

Comité sur les  
pratiques collaboratives  
et la formation  
interprofessionnelle  
RÉSEAU UNIVERSITAIRE  
INTÉGRÉ DE SANTÉ



# Pratique collaborative

Engagement et leadership

Le 30 août 2012



Rédaction :

D<sup>r</sup> Jacques Bernier, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Diane Calce, CHU Sainte-Justine

Diane Filiatrault, CSSS de Thérèse-De Blainville

Luce Gosselin, Université de Montréal

Justin Jefferson-Falardeau, Université de Montréal

D<sup>re</sup> Paule Lebel, Université de Montréal

Christine Roberge, CHUM

Maryse St-Onge, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Traitement de texte :

Mélanie Moan, Université de Montréal

Infographie :

Jean-François Cabana

Crédit photos : Les photos et illustrations du rapport nous ont été gracieusement fournies par les établissements participants suivants : Centre hospitalier de l'Université de Montréal, CSSS de Trois-Rivières, CSSS du Sud de Lanaudière, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

© Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2012

© CHU Sainte-Justine, 2012

© CSSS de Thérèse-De Blainville

© Université de Montréal, 2012

© CHUM, 2012

Ce document est rendu disponible en accès libre sur le Web sans autorisation préalable pour le partage, la diffusion, la distribution et la reproduction à des fins non commerciales à condition que la source soit indiquée et la paternité des auteurs, coauteurs reconnue et clairement mentionnée. L'adaptation de l'œuvre est toutefois réservée et requiert l'autorisation écrite préalable de tous les auteurs et coauteurs impliqués dans la création de l'œuvre. De plus, aucune adaptation ultérieure dérivée de l'œuvre ne peut porter la mention ni le logo du RUIS de l'UdeM et en aucun cas, le RUIS de l'UdeM ne peut être tenu responsable de toute modification, distorsion des faits ou des contenus qui s'y trouvent.

Avec la collaboration des membres du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM et des deux groupes de travail sur le *leadership*

Nous tenons à remercier chaleureusement de leur contribution à ce rapport les huit établissements qui ont rendu possibles les entrevues de groupe rapportées, les participants à ces entrevues, ainsi que les personnes qui ont aimablement accepté de commenter la version préliminaire du document.

Les auteurs,

**Diane Calce**, MPs, directrice des services cliniques, CHU Sainte-Justine

**Diane Filiatrault**, BA PsÉd, DÉSS, directrice générale, CSSS de Thérèse-De Blainville

**Paule Lebel**, MD, MSc, CSPQ, FRCPC, spécialiste en médecine communautaire, médecin-conseil, Direction de la santé publique de Montréal ; professeure agrégée, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence ; directrice du Secteur « Pratiques collaboratives et Partenariat de soins », Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal

**Jacques Bernier**, MD, FRCPC, CPSQ, LMCC, professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal ; psychiatre, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Christine Roberge**, MOA, MSc, adjointe interdisciplinaire, Direction de l'enseignement, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

**Justin Jefferson-Falardeau**, DC, MSc, gestionnaire de projet, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal

**Luce Gosselin**, BA Trad, MOA, gestionnaire de projet, CPASS, Faculté de médecine ; coordonnatrice, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, RUIS de l'UdeM

**Maryse St-Onge**, erg, MSc, directrice des services multidisciplinaires, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

## Établissements participants

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

CHU Sainte-Justine

CHUM

CSSS de Laval

CSSS de Trois-Rivières

CSSS du Sud de Lanaudière

CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Hôpital Maisonneuve-Rosemont



## Table des matières

Sommaire .....	9
1. Poursuite de la démarche engagée dès 2008 .....	15
2. Recension des meilleures pratiques de collaboration sur le terrain .....	17
3. Avantages perçus de la pratique collaborative.....	23
4. Leadership clinique en matière de pratique collaborative .....	26
5. Enjeux particuliers à l'exercice d'un leadership clinique par les médecins .....	33
6. Leadership clinico-administratif.....	39
7. Développement des compétences de collaboration .....	44
8. Soutien de la pratique collaborative dans l'organisation.....	47
9. Conclusion et recommandations.....	49
Annexes .....	56
Groupes de travail .....	86
Lecteurs.....	89
Bibliographie.....	90

# Notes terminologiques

Avis aux lecteurs : La terminologie ci-après reflète l'évolution des notions et concepts figurant dans les écrits recensés et les réflexions entourant la définition de ces concepts dans le *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*<sup>1</sup>.

**Compétence.** Ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsqu'ils sont mobilisés par le professionnel dans un contexte spécifique et couplés à un bon jugement, lui permettent d'exercer ses rôles et responsabilités de façon autonome, d'améliorer sa pratique et de s'adapter à un environnement en constante mutation<sup>2</sup>.

**Équipe clinique.** Équipe minimalement composée d'un patient et/ou d'un proche et d'un ou de plusieurs intervenants de la santé. Elle peut également accueillir toute autre personne qui sera jugée appropriée pour l'accompagnement du patient dans la réalisation de son projet de vie et la valorisation de son expérience comme patient.

Ce terme tient compte de la définition adoptée en 2011 par l'UdeM et son RUIS, laquelle intègre le patient et les proches comme partenaires à part entière de l'équipe clinique pour les soins et services qui les concernent. Les initiatives engagées dans les milieux cliniques par le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP) de la Faculté de médecine sont récentes et le partenariat de soins n'est pas encore déployé dans l'ensemble

des établissements du RUIS de l'UdeM. Il n'en demeure pas moins que le patient et ses proches sont au cœur des préoccupations des équipes cliniques rencontrées, dont quelques-unes fonctionnent déjà en partenariat de soins. Dans le présent contexte, le terme « équipe clinique » peut à la fois désigner une équipe, un programme ou un regroupement clientèle.

**Leader et leadership.** Selon les écrits, un *leader* manifeste des qualités telles que la passion, la détermination, l'humilité, les capacités à se représenter le futur, à soutenir et à inspirer les autres, à penser les systèmes, à questionner les pratiques existantes et à développer une pensée stratégique. Le développement actuel de la notion de *leadership* s'éloigne d'une conception du *leader* fondée sur ses capacités de contrôle et de gestion du risque. Le *leader* développe des relations clés à l'intérieur et à l'extérieur des organisations et crée de nouvelles façons de travailler ensemble. Afin de susciter une dynamique de changement au sein de son organisation, il doit également en connaître les traditions. Certaines études ont montré qu'un *leader* charismatique pouvait améliorer la motivation, la performance et la satisfaction des personnes et implanter une vision qui suscite l'enthousiasme. Toutefois, on n'a pas pu identifier de traits ni de comportements universels qui assureraient un *leadership* performant<sup>3</sup>.

**Leadership clinique.** Ce terme implique l'exercice de rôles de *leadership* par les intervenants

de la santé, à savoir : établir, inspirer et promouvoir des valeurs et une vision et utiliser leur expérience clinique et leur expertise afin que les besoins du patient soient au cœur des objectifs et de la prestation de services de l'organisation<sup>4</sup>.

**Leadership médical.** L'évolution des besoins de la société met l'accent sur de nouvelles dimensions de la pratique médicale, comme la prise en compte de la santé dans sa dimension non seulement physique mais aussi psychique et sociale, le développement de liens avec d'autres organisations, l'orientation vers la multidisciplinarité (*sic*) et le travail en équipe, ainsi que l'adaptation aux besoins locaux. Le *leadership* clinique est essentiel compte tenu du rôle central du médecin dans tout processus de changement du système de santé. Le médecin *leader* doit avoir une perspective systémique, en se percevant comme un élément-clé du système de santé. Il doit alors trouver un équilibre entre son autonomie clinique et une responsabilité collective par rapport aux objectifs du système de santé. On attend du médecin *leader* qu'il prenne conscience de la variété des points de vue devant un problème auquel lui aussi fait face, qu'il implique et écoute les autres acteurs afin de créer une synergie.

Le *leadership* clinique ne peut être restreint à un *leadership* d'autorité alors que la pratique médicale évolue vers le travail en équipe et la multidisciplinarité (*sic*). Par sa nature horizontale et son accent mis sur la mise en commun des compétences, le *leadership* réparti s'avère pertinent pour améliorer le fonctionnement des équipes de travail et pourrait favoriser l'interprofessionnalisme (*sic*). Ainsi, les

micro-systèmes cliniques performants dans les organisations de santé se caractérisent par la présence de plusieurs *leaders*, souvent un *leader* médecin, un *leader* infirmier et un *leader* administratif. Les facultés de médecine auront donc à susciter, faire émerger ou transmettre des valeurs et des capacités de *leadership* à leurs étudiants<sup>5</sup>.

**Leadership médico-administratif.** Nous empruntons ici la définition proposée dans le document publié par l'AQESSS en 2012 sur les modèles et enjeux du partenariat médico-administratif<sup>6</sup>: « Ainsi, il s'agit de porter attention au rôle des médecins occupant des positions formelles de gestion dans l'organisation (DSP, chefs de départements, chefs de programmes, président de CMDP, par exemple) et dans le développement de la gestion et de la gouvernance des organisations de santé. Ces rôles pouvant être assumés par des médecins qui sont gestionnaires de carrière ou par des médecins qui occupent de tels rôles à temps partiel ou de façon transitoire. Le *leadership* médical renvoie aussi à une notion plus large se rapportant à l'engagement de la profession médicale dans des rôles au-delà de ceux qu'ils accomplissent dans le cadre habituel de leurs tâches cliniques, rôles qui visent à atteindre une meilleure qualité et sécurité des soins et une utilisation plus judicieuse des ressources en s'impliquant davantage dans des dossiers se rapportant à l'organisation des soins et services »<sup>7</sup>.

**Leadership organisationnel.** Démarche structurée qui vise à renforcer la cohésion opérationnelle d'une équipe en veillant à une meilleure définition de la mission, des

objectifs, des valeurs clés, des processus et des structures, des responsabilités, des synergies et du positionnement de l'équipe<sup>8</sup>. Le *leadership* organisationnel renvoie à certaines capacités qui doivent être maîtrisées et assumées à l'intérieur de l'établissement pour assurer son bon fonctionnement général, notamment les capacités à :

- » déléguer ;
- » contrôler (renvoie ici à l'intérêt du Conseil d'administration envers l'efficacité, la pertinence et la qualité, à la fréquence des tâches mal assumées, à la duplication du travail, au fonctionnement général de l'établissement etc.) ;
- » communiquer avec ses collaborateurs (renvoie ici à la diffusion d'informations diverses, à son degré d'ouverture aux suggestions que lui adresse le personnel) ;
- » encourager ses collaborateurs (reconnaissance, motivation, etc.) ;
- » garder un bon climat organisationnel ;
- » gérer les conflits et les problèmes entre les personnes ;
- » entretenir des rapports avec les syndicats ;
- » entretenir des rapports avec les partenaires ;
- » entretenir des rapports entre les différents acteurs (Conseil d'administration, direction générale, équipe des cadres, personnel) ;
- » décider ;
- » s'adapter ;
- » diriger (renvoie au respect des procédures, à l'efficacité des réunions, à la rapidité du travail, au pilotage des services, etc) ;
- » planifier (renvoie aux orientations et aux objectifs, à leur degré d'atteinte, à leur réalisme, leur précision et aux délais de réalisation)<sup>9</sup>.

**Patient.** Bien que les termes « usager », « client », « bénéficiaire », « personne » soient d'usage courant dans le secteur de la santé et des services sociaux, et dans certains milieux en particulier, aux fins du présent rapport, nous lui préférons celui de patient, soit une personne qui a recours aux services de santé et services sociaux, qu'elle soit malade ou non<sup>10</sup>.

### **Plan d'intervention interdisciplinaire (PII).**

Outil clinique, répondant aux besoins et aux aspirations du patient et des proches, qui fait partie du dossier du patient. Il implique la participation active du patient ou de son représentant, des parents et des proches aidants soutenant l'intégration des interventions au niveau clinique d'une équipe interprofessionnelle(*sic*). Il énonce, à partir de la situation spécifique de la personne et de son plan de services individualisé :

1. les besoins du patient auxquels le PII répond et leur mise en priorité convenue avec ce dernier,
2. les objectifs communs spécifiques ou résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour le patient en accord avec ses attentes,
3. les interventions de l'équipe (types, fréquence et séquence ou ordonnancement),
4. la durée prévisible des interventions,
5. l'identification de l'intervenant responsable,
6. la date de révision<sup>11</sup>.

**Pratique collaborative.** Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation, de prises de décisions. Pratique qui interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à



travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus, dont les objectifs sont :

- » d'orienter l'organisation des soins et services autour du projet de vie du patient et de ses proches et
- » de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

Cette définition renvoie par le fait même à celle de « collaboration interprofessionnelle » proposée dans le « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme », à savoir : un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux<sup>12</sup>.

**Proche.** Parent ou personne avec laquelle le patient est intimement lié<sup>13</sup>.

**Professionnels.** Ce terme désigne ici les professionnels de la santé membres de l'équipe clinique qui ne sont pas des médecins. Le terme « intervenant » renvoie, quant à lui, à toute personne qui dispense des soins de santé ou des services sociaux, quelle soit un professionnel ou non.

**Tandem médico-administratif.** Tandem de gestion clinique formé du gestionnaire clinico-administratif et du chef médical (observé dans sept des huit milieux participants). Par ailleurs, dans certains milieux cliniques du RUIS de l'UdeM, il s'agit plutôt d'un tandem

clinico-administratif, c'est-à-dire d'un tandem de gestion clinique formé du gestionnaire clinico-administratif et d'un intervenant de la santé désigné à titre de gestionnaire. Pour alléger le texte, le terme « tandem médico-administratif » sera utilisé pour désigner le tandem de cogestion, quelqu'en soit la nature.

# Acronymes

<b>ACPM</b>	Association canadienne de protection médicale	<b>DSM</b>	Direction des services multidisciplinaires
<b>AQESSS</b>	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux	<b>FMOQ</b>	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
<b>ASSS</b>	Agence de la santé et des services sociaux	<b>FMSQ</b>	Fédération des médecins spécialistes du Québec
<b>BFEP</b>	Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire	<b>HMR</b>	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
<b>CAU</b>	Centre affilié universitaire	<b>HSCM</b>	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
<b>CII</b>	Conseil des infirmiers et infirmières	<b>LCE</b>	<i>Leader</i> collaboration en établissement
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>LSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>CHUM</b>	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>CM</b>	Conseil multidisciplinaire	<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>CPASS</b>	Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé	<b>OPQ</b>	Office des professions du Québec
<b>CPIS</b>	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé	<b>PII</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>CRDP</b>	Centre de réadaptation en déficience physique	<b>RUIS</b>	Réseau universitaire intégré en santé
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux	<b>SIPPE</b>	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
<b>DCI</b>	Dossier clinique informatisé		
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers		
<b>DSP</b>	Direction des services professionnels		

## Contexte et enjeu

Soucieux de remplir son double mandat et de poursuivre les travaux engagés précédemment, le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM a voulu explorer les conditions favorables et les obstacles à l'exercice d'un *leadership* en matière de pratique collaborative, notamment les enjeux particuliers liés à la formation, à l'engagement des médecins et à l'engagement des décideurs. La démarche entreprise a permis de dresser un certain nombre de constats, lesquels ont donné lieu à la formulation de recommandations en vue de favoriser l'adhésion à la pratique collaborative et l'exercice, à tous les paliers, d'un *leadership* essentiel au déploiement et à l'harmonisation de cette pratique dans les établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM.

## Méthodologie

Les constats établis découlent d'une analyse rigoureuse des données recueillies auprès d'un échantillon d'établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. En fonction de critères de sélection convenus en vue d'assurer une juste représentativité des contextes cliniques et des régions, huit équipes/milieus cliniques et organisationnels ont été ciblés pour cette enquête : deux CHU, un CRDP, un CAU, quatre CSSS. Ces équipes ont été

choisies à partir d'une première sélection effectuée dans leurs organisations respectives par les membres des deux groupes de travail auxquels le Comité avait confié la démarche. Elles ont été retenues en fonction de l'implication manifeste de leur médecin à titre de cogestionnaire ou de clinicien dans le milieu et pour le *leadership* qu'elles démontrent en matière de pratique collaborative.

Deux entrevues de groupe ont été menées dans chacun des milieux : l'une, pour le volet médical et clinique de la démarche, avec le cogestionnaire médical ou un médecin clinicien identifié, des professionnels de l'équipe clinique auquel il est rattaché et le cogestionnaire clinico-administratif ; l'autre, pour le volet organisationnel, avec les mêmes cogestionnaires de l'équipe clinique et le médecin clinicien, le cas échéant, le gestionnaire du programme et des représentants des instances structurantes de l'établissement (CII, CMDP et CM), ainsi que des directions des ressources humaines, des services cliniques/multidisciplinaires et des regroupements clientèles.

Les tandems d'intervieweurs affectés aux différentes entrevues se sont chargés de faire la synthèse des propos recueillis, synthèse qui a été soumise à l'approbation des participants — cliniciens et gestionnaires des établissements. Les synthèses approuvées ont ensuite été examinées par les auteurs du présent rapport pour donner lieu à une première version du document actuel, appuyée par une recension

des écrits ciblée afin d'approfondir la réflexion sur les principaux constats. Les constats et les recommandations issus de cette première version ont été discutés lors de la réunion du Comité tenue le 26 mars 2012 et approuvés par les participants des huit établissements. Par la suite, des consultations individuelles ont été menées auprès de personnes ressources rattachées aux différentes instances visées par le rapport. Enfin, l'ensemble de ces démarches a permis de produire un rapport préliminaire qui a été soumis aux membres du Comité lors de sa réunion de juin 2012. Le rapport final doit être présenté à l'automne 2012 au Comité directeur du RUIS de l'UdeM, pour être déposé auprès des directeurs et gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM, des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Office des professions du Québec (OPQ), de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), de diverses associations professionnelles ou d'établissements, de syndicats et des établissements d'enseignement collégial et universitaire, en particulier pour le développement de compétences.

## Constats

### Une pratique riche et diversifiée

En contexte clinique, la pratique de collaboration prend des formes très diversifiées, de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire par l'équipe à la rencontre thérapeutique conjointe du patient par deux intervenants de professions différentes en passant par les rencontres et discussions, qu'elles

soient formelles ou informelles, l'élaboration d'outils et de programmes, la formation et la réalisation de projets d'amélioration continue de la qualité ou de recherche clinique interprofessionnelle.

### Une pratique avantageuse pour tous

De façon unanime, les participants perçoivent des avantages à la pratique collaborative, que ce soit pour la clientèle, pour les équipes cliniques, pour les gestionnaires et l'organisation. La connaissance des données probantes sur l'efficacité de cette pratique contribuerait à mobiliser encore davantage les intervenants en cause : médecins, professionnels, gestionnaires et décideurs.

### Des facteurs facilitants et des obstacles bien circonscrits

Qu'ils soient intrinsèques, c'est-à-dire propres aux membres de l'équipe et à son fonctionnement, ou extrinsèques, soit d'ordre structurel et organisationnel, les facteurs facilitants comme les obstacles à la pratique collaborative sont bien connus des milieux qui l'ont implantée.

Reste que la démonstration d'attitudes positives (respect, ouverture, confiance, transparence, humilité), les valeurs partagées, la clarté des rôles au sein de l'équipe et du mandat de l'équipe, la compétence et la stabilité de ses membres, l'efficacité des mécanismes de communication, la proximité physique ressortent comme des atouts certains pour l'exercice de la pratique collaborative. En outre, un *leadership* médical ou médico-administratif souple, rassembleur et participatif constitue une condition de succès. Corollaire obligé, l'individualisme, le corporatisme, la rigidité

engendrée par certaines règles syndicales et professionnelles, l'absence de langage commun entre cliniciens et avec les gestionnaires, l'insuffisance chronique de personnel clinique, le roulement du personnel -- clinique et de gestion -- viennent entraver la stabilité nécessaire à ce type de pratique.

Plusieurs des personnes consultées réclament le dossier clinique informatisé et du temps libéré pour l'implantation de la pratique collaborative dans les milieux. D'autres préconisent des indicateurs de performance spécifiques à cette pratique, sous forme de données qualitatives et quantitatives, mesurant à la fois la dynamique des interactions et les résultats cliniques. Aussi, les participants souhaitent-ils une collaboration et une concertation plus étroites entre les instances liées au fonctionnement de l'organisation, par exemple entre directions, programmes, conseils professionnels (CMDP, CII, CM) et syndicats pour la mise en place de cette pratique.

### **Des enjeux particuliers à la profession médicale**

Il appert que **le chef médical** joue un rôle déterminant dans la mobilisation de son équipe médicale, à tel point qu'il devrait lui-même transmettre à son équipe de médecins les messages provenant du tandem qu'il forme avec le gestionnaire clinico-administratif. Par ailleurs, pour adhérer à la pratique collaborative, **le médecin clinicien**, doit pouvoir compter sur une vision claire de la part des gestionnaires cliniques et sur des résultats positifs liés à cette pratique, observables rapidement. La connaissance des données probantes sur son efficacité est donc souhaitable. Enfin,

les représentants de la profession médicale souhaitent une rémunération équitable pour les activités cliniques et de gestion reliées à la pratique collaborative et une organisation de la pratique en conséquence, en insistant notamment sur l'efficacité des réunions formelles de discussion de cas.

### **Un tandem médico-administratif solide**

Climat de confiance, vision commune, valeurs partagées sur le travail d'équipe, rôles clairs, communication directe, disponibilité et transparence sont à la base d'un fonctionnement optimal et de la crédibilité du tandem médico-administratif. Aussi, un soutien administratif approprié, assuré par une même personne auprès des deux gestionnaires, contribue-t-il à la bonne marche des activités du tandem.

### **Des compétences à développer et à consolider**

Afin de faciliter le développement des compétences de collaboration chez les différents intervenants -- professionnels, médecins, gestionnaires cliniques et de l'organisation -- il serait avantageux, par exemple, de considérer les habiletés et attitudes propres à la collaboration lors du recrutement des médecins, des professionnels cliniques et des membres du personnel. De plus, une offre de développement en organisation apprenante au sein des établissements semble pertinente, car plusieurs intervenants n'ont jamais bénéficié de formation dans le domaine. Enfin, il est souhaitable d'offrir aux stagiaires et résidents une formation et de l'accompagnement au sein même des équipes, en continuité avec la formation collégiale ou universitaire.

### Une pratique soutenue par l'organisation

Plusieurs aspects reliés à la structure organisationnelle peuvent favoriser la pratique collaborative dans les milieux cliniques. Par exemple, la création d'une fonction ou d'un poste dédiés au développement de la pratique collaborative, qui relèvent directement de la direction générale, constitue une condition de succès. De plus, la philosophie de gestion, tant sur le plan stratégique que sur le plan

opérationnel, devrait être fondée sur une approche de collaboration interdirections et interprofessionnelle. Mentionnons que si la pratique collaborative fait partie intégrante de la vision et de la mission de l'organisation ou qu'elle figure dans la planification stratégique de certains des milieux étudiés, sa formalisation représente un défi important pour la majorité d'entre eux.

## Recommandations

---

Les deux groupes de travail mandatés par le Comité ont formulé une série de recommandations à la lumière des constats établis. Ces recommandations se déclinent en modalités concrètes d'application quant à l'exercice de la pratique collaborative au sein des établissements en ce qui concerne le *leadership* clinique (dont le *leadership* médical), le *leadership* organisationnel et les orientations professionnelles et ministérielles. Parmi ces recommandations, celles figurant ci-après ont été jugées incontournables par les membres du Comité.

### A. *Leadership* clinique

---

#### Profession médicale

1. Développer les compétences de *leadership* clinique et de gestion chez les futurs médecins et les médecins en exercice en leur offrant une formation en gestion, notamment sur les notions de *leadership*, et assurer la poursuite de cette formation sur le terrain sous forme de développement professionnel continu ou d'accompagnement

en gestion du changement par les ressources humaines.

2. Sensibiliser les médecins cliniciens à la plus-value de la pratique collaborative à partir des expériences recensées et de données cliniques probantes.
3. Mobiliser les médecins cliniciens et les professionnels des équipes cliniques à la pratique collaborative en créant des conditions propices à l'exercice de leur *leadership* en la matière (plages horaires optimales, mécanismes de communication privilégiés, efficacité des réunions, gestion des conflits).
4. Établir une rémunération équitable pour les médecins qui s'adonnent à des activités de gestion et à des activités cliniques de collaboration, rémunération qui intègre les actes spécifiques de pratique collaborative.

### Tandem médico-administratif

1. Formaliser la définition des rôles du tandem médico-administratif, notamment pour ce qui est des mécanismes de prise de décision et de médiation des conflits.
2. Mettre en place des mécanismes d'amélioration continue de la pratique collaborative au sein de l'équipe clinique et de gestion.
3. Promouvoir la réalisation d'activités d'apprentissage interprofessionnelles au sein de l'équipe clinique et de gestion et la mobilisation des différentes professions représentées pour l'élaboration de projets communs.

### Équipes cliniques

1. S'assurer que la vision, le mandat, les valeurs et les objectifs de l'équipe clinique du programme ou du service auquel sont rattachés les membres de l'équipe soient connus et partagés par tous, y compris par les nouveaux employés.
2. Employer un langage commun et développer un vocabulaire technique qui soit compréhensible pour tous, et adapté au niveau de littératie des patients et de leurs proches, et préciser les mécanismes de communication et d'organisation du travail interprofessionnel les plus efficaces au sein de l'équipe.

### B. Leadership organisationnel

1. S'assurer que la pratique collaborative fasse partie intégrante des valeurs et de la structure de l'organisation.
2. Créer une fonction de niveau stratégique dédiée au développement et au soutien de la pratique collaborative et soutenir la gestion du changement.
3. S'arrimer au futur *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*, se l'approprier et y initier les médecins, professionnels et gestionnaires.

### C. Orientations professionnelles et ministérielles

1. **Office des professions du Québec et ordres professionnels du Québec**  
Prévoir des modalités permettant la cueillette de données, l'évaluation et la production de rapports conjoints interprofessionnels déposés dans le dossier médical des patients.
2. **Syndicats de médecins, de professionnels et d'employés de soutien**  
Conclure avec les unités syndicales locales des ententes qui favorisent l'exercice de la pratique collaborative.
3. **MSSS/ASSS/Réseau d'établissements et RUIS de l'UdeM**  
**3.1 MSSS/ASSS/Réseau d'établissements**  
Produire un plan directeur provincial de la pratique collaborative en partenariat avec

le patient et les proches et le diffuser au sein des établissements.

Prioriser le développement et le déploiement de la pratique collaborative à l'échelle des agences, appuyés par un financement de transition pour soutenir cette transformation organisationnelle.

### 3.2 RUIS de l'UdeM

Soutenir l'application des recommandations du présent rapport.

Soutenir le déploiement du futur *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*.

## Conclusion

---

En résumé, les constats présentés sous-entendent une interdépendance entre les moyens favorisant le développement de la pratique collaborative au sein des équipes cliniques, le cadre organisationnel dans lequel évoluent les équipes et la structure de prestation de soins et de services qui marque l'environnement organisationnel. Ainsi, la mise en place et le soutien de la pratique collaborative dans les établissements sont tributaires d'un *leadership* clinique auquel doivent adhérer non seulement les professionnels cliniques et les gestionnaires en exercice, mais aussi la profession médicale, soutenu par un *leadership* organisationnel, d'une part, et par un engagement ferme de la part des instances décisionnelles, professionnelles et gouvernementales, d'autre part. Les auteurs du rapport souhaitent que les initiatives rapportées soient une source d'inspiration pour l'ensemble des milieux cliniques et que les recommandations qui en découlent influencent les différentes instances, à tous les paliers, pour la promotion, le déploiement et l'harmonisation de la pratique collaborative au sein des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM.





## 1. Poursuite de la démarche engagée dès 2008

Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle a été créé à l'issue de la planification stratégique du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM), menée à l'automne 2008. Il s'agit d'un comité tripartite réunissant des représentants des facultés des sciences de la santé et des arts et sciences de l'UdeM, de différents établissements hospitaliers à vocation universitaire, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des six agences de la santé et des services sociaux (ASSS) rattachés au RUIS de l'UdeM.

Le Comité poursuit le double objectif de développer la pratique collaborative dans les établissements du RUIS et de soutenir l'expérimentation de nouveaux modes de formation interprofessionnelle et de pratique collaborative. Depuis l'automne 2010, la présidence du Comité est assumée conjointement par madame Diane Calce, directrice des services cliniques au CHU Sainte-Justine, madame Diane Filiatrault, directrice générale du CSSS de Thérèse-De Blainville, et la D<sup>re</sup> Paule Lebel, professeure agrégée et directrice du secteur « Pratiques collaboratives et partenariat de soins » au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la

Faculté de médecine de l'UdeM. Les travaux en cours s'inscrivent dans la foulée de ceux réalisés précédemment par le Comité, sous la coprésidence de la D<sup>re</sup> Christine Colin, de la Faculté de médecine de l'UdeM, et de madame Pauline Turpin, du CHU Sainte-Justine, et des recommandations formulées au terme de leur mandat, notamment en ce qui concerne la formation, l'engagement des décideurs et l'engagement de la profession médicale dans la pratique collaborative. Rappelons que ces recommandations particulières ont été énoncées par le groupe de travail piloté par le D<sup>r</sup> Jacques Bernier au cours de son mandat à la Direction de l'enseignement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sur la situation des pratiques collaboratives (*sic*) au sein du RUIS de l'UdeM.

Le présent rapport a pour but d'explorer les enjeux particuliers liés à l'exercice d'un *leadership* clinique et organisationnel en matière de pratique collaborative. Les constats établis découlent d'une analyse rigoureuse des données recueillies auprès d'un échantillon représentant divers milieux cliniques et établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. Les auteurs du rapport souhaitent que les initiatives rapportées soient une source d'inspiration et un modèle pour l'ensemble des milieux cliniques et que les recommandations qui en sont issues influencent les différentes instances, à tous les paliers, pour la promotion, le déploiement et l'harmonisation de la pratique collaborative au sein des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM.

De plus, ce rapport alimentera une démarche menée en parallèle en vue de l'élaboration d'un *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*<sup>15</sup>. Ce cadre de référence vise à promouvoir et à faciliter l'implantation de la pratique collaborative dans les divers établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM ou de tout autre établissement du Québec intéressé par la démarche proposée.



## 2. Recension des meilleures pratiques de collaboration sur le terrain

### 2.1 Tendence irréversible

À l'échelle mondiale, on observe une préoccupation entourant une plus grande équité et une meilleure performance des systèmes de soins de santé<sup>16</sup>. L'Organisation mondiale de la santé a souligné l'importance de la formation interprofessionnelle et de la pratique collaborative relativement à la formation et aux pratiques en santé<sup>17</sup>. En effet, des facteurs comme le vieillissement de la population et les soins nécessités par la chronicisation des maladies nécessitent la présence de plusieurs professionnels de la santé dans les processus de soins<sup>18</sup>.

Afin de relever le défi de répondre à des besoins de santé complexes, dans le cadre de réseaux de services intégrés, la nécessité est apparue de travailler en collaboration interprofessionnelle. Les équipes dans les domaines de la santé mentale<sup>19</sup>, de la réadaptation<sup>20</sup>, de la gériatrie<sup>21</sup> ont été les pionnières en la matière. Plus récemment, des efforts importants ont été réalisés auprès des équipes spécialisées en maladies chroniques — maladies vasculaires cérébrales (*Canadian Stroke Network*, 2010) et cancer<sup>22</sup>, par exemple — pour améliorer leur fonctionnement par la production de lignes directrices cliniques incluant des dimensions de collaboration interprofessionnelle.

Les équipes de soins de première ligne se sont engagées sur cette même voie<sup>23</sup>, la collaboration interprofessionnelle ayant émergé comme étant l'un des aspects essentiels à consolider pour améliorer l'organisation de la première ligne de soins et assurer un accès adéquat aux ressources disponibles.

Selon le rapport 2009 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec<sup>24</sup> concernant la performance du système de santé et de services sociaux du Québec, un des aspects qui méritent l'attention des décideurs, autant à l'échelle provinciale, régionale, locale que sur le plan organisationnel, concerne le fait que le système sociosanitaire souffre notamment d'une utilisation sous-optimale des compétences des professionnels et d'un réseautage interdisciplinaire (*sic*) lent à s'inscrire dans les pratiques. Qui plus est, une revue systématique laisse entendre que la collaboration interprofessionnelle peut améliorer la prestation des soins de santé et ses résultats<sup>25</sup>. En outre, de nombreuses données probantes identifient le travail en équipe comme un prédicteur clé du succès des organisations de santé. Des recherches ont également démontré que, si elle est efficace, la pratique collaborative est particulièrement reliée à une qualité améliorée des soins aux patients et usagers de services<sup>26</sup>.

Les avantages de la pratique collaborative dans les contextes de soins aigus, primaires et communautaires sont bien démontrés dans la documentation. Ils comprennent les suivants :

» amélioration des soins au patient : taux de satisfaction accrus, meilleure acceptation des soins, résultats améliorés ;

- » amélioration de l'accès et de la coordination des services de santé ;
- » utilisation plus appropriée des ressources cliniques spécialisées et des ressources rares (par exemple, en milieu rural ou isolé) ;
- » augmentation de la sécurité du patient et réduction des erreurs cliniques ;
- » diminution :
  - des complications totales chez les patients,
  - de la durée du séjour et du traitement,
  - des admissions à l'hôpital,
  - des consultations externes et visites cliniques,
  - du taux de mortalité,
  - du roulement de personnel,
  - des coûts globaux de santé<sup>27</sup>.

La pratique collaborative contribue également au bien-être du personnel, le travail d'équipe étant relié à la satisfaction au travail, à des taux réduits de stress nuisible et à un engagement accru de la part des employés.

Si la relation clinicien-patient est au cœur de la prestation des soins de santé, l'équipe, elle, se situe au cœur de l'amélioration de la qualité. Les équipes qui fonctionnent bien et dont les membres affichent un niveau de stress peu élevé donneraient des services de meilleure qualité. Assurer le bon fonctionnement de l'équipe est donc une fonction essentielle du *leader clinique*<sup>28</sup>.

### **Caractéristiques des équipes cliniques efficaces :**

- » Identité définie
- » Objectifs précis
- » Clarté des rôles
- » Processus d'équipe efficaces (prise de décision,



- communication, débats constructifs)
- » Collaboration inter-équipes
  - » *Leadership* clair<sup>29</sup>.

## 2.2 Démarche 2011-2012

Soucieux d'atteindre ses objectifs et de poursuivre les travaux engagés précédemment, le Comité mandatait, dès janvier 2011, deux groupes de travail afin d'identifier, au sein des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM, plus particulièrement, de leurs équipes cliniques et de gestion, les conditions favorables à l'exercice d'un *leadership* en matière de pratique collaborative, dont les enjeux particuliers à l'engagement de la profession médicale.

Le groupe de travail sur le *leadership* médical et professionnel, sous la responsabilité du Dr Jacques Bernier, alors directeur de l'enseignement à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, s'est donné le mandat suivant:

- » Identifier, au sein de la profession médicale, des pratiques de collaboration gagnantes, en préciser les conditions facilitantes et en démontrer les avantages;
- » Circonscrire les obstacles à l'adoption de telles pratiques par les médecins;
- » Cerner les attentes des autres professionnels relativement au rôle du médecin dans les équipes de travail.

Le groupe de travail sur le *leadership* organisationnel, dirigé par madame Christine Roberge, adjointe interdisciplinaire à la Direction de l'enseignement du CHUM, a choisi le mandat

d'identifier les préalables, les défis, les conditions facilitantes et les obstacles reliés à la mise en œuvre, au déploiement stratégique et au maintien, dans les établissements de santé et de services sociaux, d'une culture de pratique collaborative.

Ces deux groupes de travail réunissaient des gestionnaires, cliniciens et professeurs des établissements suivants : Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, CHU Sainte-Justine, CHUM, CSSS de Laval, CSSS de Thérèse-De Blainville, CSSS du Sud-Ouest-Verdun, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Facultés de médecine, de pharmacie, des arts et sciences et des sciences infirmières de l'UdeM.

## 2.3 Méthodologie

### 2.3.1 Sélection des équipes

En fonction de critères de sélection convenus en vue d'assurer une juste représentativité des contextes cliniques et des régions, huit équipes/milieus cliniques et organisationnels ont été ciblés pour cette enquête : deux CHU, un CRDP, un CAU, quatre CSSS. Les équipes cliniques ont été choisies à partir d'une première sélection effectuée par les membres des deux groupes de travail dans leurs organisations respectives. Ces équipes ont été retenues en fonction de l'implication manifeste de leur médecin à titre de cogestionnaire ou de clinicien respecté et compétent dans leur milieu et pour le *leadership* qu'elles démontrent en matière de pratique collaborative, à savoir :

- » capacité reconnue chez le médecin

- cogestionnaire d'influencer la structure et les processus cliniques de l'équipe,
- » *leadership* de la part des cogestionnaires clinico-administratif et médical (capacité d'établir des priorités et de mobiliser les bonnes ressources),
  - » participation régulière du médecin à des réunions de l'équipe clinique (réunions de gestion, de discussion de cas cliniques, de formation),
  - » coordination, gestion, encadrement et règles claires,
  - » mission et objectifs bien spécifiés,
  - » rôles et tâches répartis au sein de l'équipe,
  - » réunions d'équipes régulières,
  - » mécanismes de suivi bien établis,
  - » prise de décision partagée,
  - » climat harmonieux,
  - » satisfaction de la part des professionnels,
  - » respect des besoins du patient et des proches.

Le Tableau 1 présenté à l'Annexe C résume les principales caractéristiques des huit milieux cliniques étudiés, sous les rapports suivants : responsabilité territoriale, thématique de soins, clientèle, mandat, statistiques annuelles et composition de l'équipe clinique.

Plus précisément, l'équipe 1 (Unité de courte durée gériatrique), l'équipe 2 (Programme d'oncologie), l'équipe 3 (Équipe de transplantation hépatique), l'équipe 4 (Équipe de pédopsychiatrie) et l'équipe 7 (Centre cardiovasculaire) appartiennent à des milieux de soins hospitaliers généraux et spécialisés. L'équipe 5 (Clinique réseau intégrée) et l'équipe 8 (Unité de médecine familiale) offrent des soins de première ligne. Enfin, l'équipe 6 (Programme Traumatisme crânio-cérébral)

est rattachée à un Centre de réadaptation en déficience physique.

### 2.3.2 Cueillette de données

Un canevas d'entrevue semi-structurée (Annexes A et B) a été construit conjointement par les membres des deux groupes de travail pour approfondir, d'une part, les déterminants liés au *leadership* médical et professionnel et, d'autre part, ceux liés au *leadership* organisationnel. Les questions à discuter en entrevue ont été élaborées en fonction des principaux écrits publiés dans le domaine<sup>30</sup> et à partir de l'expertise et de l'expérience des membres des groupes de travail.

Deux entrevues de groupe ont été menées dans chacun des milieux : l'une, pour le volet médical et professionnel de la démarche, avec le cogestionnaire médical ou un médecin clinicien identifié, des professionnels de l'équipe clinique auquel il est rattaché et le cogestionnaire clinico-administratif ; l'autre, pour le volet organisationnel, avec les mêmes cogestionnaires de l'équipe clinique (ou le gestionnaire clinico-administratif et le médecin clinicien identifié), le gestionnaire du programme et des représentants des instances structurantes de l'établissement (CII, CMDP et CM), ainsi que des directions des ressources humaines, des services cliniques/multidisciplinaires et des regroupements clientèles.

La participation aux entrevues de groupes a été volontaire. Chacune des rencontres, d'une durée d'environ une heure et demie, réunissait de 5 à 10 personnes du milieu ciblé, représentant, dans la mesure du possible, des professions différentes. Au total, quelque 118

## UNE PRATIQUE RICHE ET DIVERSIFIÉE

En contexte clinique, la pratique de collaboration est riche et prend des formes très diversifiées, de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire par l'équipe à la rencontre thérapeutique conjointe du patient par deux intervenants de professions différentes en passant par la simple discussion de cas entre intervenants concernés, les rencontres et discussions, qu'elles soient formelles ou informelles, l'élaboration d'outils et de programmes, la formation et la réalisation de projets d'amélioration continue de la qualité ou de recherche clinique interprofessionnelle. Bien des lecteurs trouveront dans cette recension effectuée sur le terrain des pratiques déjà en cours dans leurs milieux respectifs. D'autres voudront s'en inspirer pour développer leur pratique collaborative.

personnes ont participé aux entrevues, soit 57 au volet médical et professionnel et 61 au volet organisationnel de la démarche.

Deux membres de nos groupes de travail agissaient à titre d'intervieweurs à chaque entrevue, l'un assumant l'animation alors que l'autre consignait par écrit les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs de la démarche. Au total, trois médecins (médecin de famille, psychiatre, spécialiste en santé communautaire), trois gestionnaires d'établissements (HMR, CHUM, CSSS du Sud-Ouest-Verdun) et deux professionnels de la santé, chargés de projet pour le Comité, ont réalisé les entrevues. Par souci d'objectivité, les gestionnaires membres de l'un ou l'autre groupe de travail n'ont pas réalisé d'entrevue dans leur propre établissement de santé.

### 2.3.3 Analyse des données

Les tandems d'intervieweurs se sont chargés de faire la synthèse des entrevues qu'ils ont réalisées, après quoi chacune des synthèses a été soumise à l'approbation des participants — cliniciens et gestionnaires des établissements.

Les synthèses approuvées ont ensuite été examinées par les auteurs du présent rapport pour donner lieu à une première version du document actuel, appuyée par une recension des écrits ciblée afin d'approfondir la réflexion sur les principaux constats. Les constats et les recommandations de cette première version ont été discutés lors de la réunion du Comité tenue le 26 mars 2012 et approuvés par des participants des huit établissements. Par la suite, des consultations individuelles ont été menées auprès de personnes ressources rattachées aux différentes instances visées par le rapport. Enfin, l'ensemble de ces démarches a permis de produire un rapport préliminaire qui a été soumis aux membres du Comité lors de sa réunion du 4 juin 2012. Le rapport final sera présenté à l'automne 2012 aux membres du Comité directeur du RUIS de l'UdeM, puis déposé auprès des différentes instances, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Agences de la santé et des services sociaux, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Office des professions du Québec, les associations, ordres professionnels et syndicats visés, ainsi que les

établissements de santé et de services sociaux et d'enseignement.

#### 2.3.4 Forces et limites de la méthodologie

L'échantillon à l'étude a été choisi en assurant une représentativité des divers établissements de santé et de services sociaux rattachés au RUIS de l'UdeM quant à leur région (Montréal, Laval, Mauricie et Centre-du-Québec, Lanaudière), territoire (urbain, semi-urbain), contextes cliniques (soins de première ligne, soins hospitaliers généraux et spécialisés, réadaptation) et tranches d'âges de la clientèle (enfant, adulte, personne âgée). De plus, les groupes rencontrés présentaient une bonne représentativité en ce qui concerne les professions de la santé et les instances structurantes actuellement présentes dans le réseau de la santé. Dans chaque milieu, le choix d'une équipe « championne » de la pratique collaborative, à partir de l'implication du médecin clinicien ou cogestionnaire, a été fondé sur la reconnaissance par les pairs et par les gestionnaires de l'établissement.

La méthodologie employée présente toutefois certaines limites. En effet, les données recueillies sont des données qualitatives qui reflètent des opinions et des perceptions des cliniciens et gestionnaires rencontrés en groupe. Les entrevues n'ont pas permis d'explorer le *leadership* des intervenants de la santé qui ne sont pas médecins. Aucun représentant de ces milieux n'a été rencontré individuellement et nous n'avons mené aucune entrevue individuelle auprès de patients ou de proches sur le sujet. De plus, l'échantillon ne compte pas de clinique privée de première ligne de type GMF. Pour des raisons de logistique associée

aux déplacements, aucune entrevue n'a été réalisée dans un établissement situé en région éloignée. Par ailleurs, nous tenons à signaler l'hétérogénéité de la conduite des entrevues, l'animation des discussions ayant été confiée à différents tandems d'intervieweurs selon les milieux visités.

#### 2.3.5 Description de la pratique collaborative

À l'examen des synthèses d'entrevues menées dans les huit établissements sélectionnés du RUIS de l'UdeM, on constate que la pratique collaborative se décline sous plusieurs formes. Par exemple, différents types de rencontres peuvent permettre aux équipes de réaliser des activités de collaboration : réunions d'élaboration ou de suivi de plan d'intervention interdisciplinaire (PII), réunions de discussion de cas cliniques hebdomadaires, rencontres thérapeutiques de patients et proches en dyades, échanges informels ou autres. Aussi, plusieurs activités de formation, de recherche ou, encore, d'élaboration d'outils ou de programmes ont été recensées au sein des milieux cliniques. Sans être exhaustif, le Tableau 2 présenté à l'Annexe C illustre la diversité des modalités de collaboration. Afin de préserver l'anonymat des participants, nous avons omis volontairement la présentation d'indications permettant d'identifier directement l'une ou l'autre des équipes rencontrées.





### 3. Avantages perçus de la pratique collaborative

Lorsque questionnés sur les avantages de la pratique collaborative, les participants, qu'ils soient médecins, professionnels ou gestionnaires, formulent les commentaires suivants :

#### Pour le patient et ses proches

- » Réponse plus complète et mieux intégrée aux besoins du patient et de ses proches.
- » Diminution de la redondance lors de la cueillette d'information auprès du patient et de ses proches.
- » Cohérence du message véhiculé par l'équipe auprès du patient et des proches par les différents intervenants.
- » Renforcement de l'adhésion du patient et des proches aux diverses interventions, lesquels se sentent en sécurité, appuyés, obtiennent réponse à leurs questions, avec une continuité dans les interventions.
- » Élargissement de l'accessibilité aux différents intervenants et services, tant dans la collectivité que dans les réseaux hospitaliers, de la réadaptation et de la longue durée.
- » Amélioration ou atteinte des résultats cliniques attendus chez le patient.
- » Accroissement de la sécurité des soins pour le patient avec diminution de la morbidité et de la mortalité associées aux erreurs générées par les équipes de soins.
- » Satisfaction accrue du patient et des proches quant aux soins et services reçus.

## Pour l'équipe clinique

- » Vision plus globale des besoins du patient grâce au partage d'une cueillette d'information plus élaborée qui favorise des orientations cliniques plus solides.
- » Diminution de la duplication lors de la cueillette d'information ; gain de temps et d'efficacité.
- » Meilleure gestion des épisodes de soins, ce qui peut augmenter les probabilités d'un traitement précis, efficace et de durée contrôlée.
- » Meilleure répartition du travail entre les professionnels, ce qui mène à des actions plus cohérentes et efficaces, et, possiblement, diminue l'épuisement des intervenants.
- » Développement de la compétence de l'équipe par la mise en commun des expertises de tous.
- » Valorisation liée à la reconnaissance des différentes compétences et expertises. Il a même été mentionné que cette valorisation est également ressentie par les membres du personnel de soutien administratif et d'entretien, lesquels comprennent mieux l'importance de leur rôle, le pourquoi de leurs fonctions et développent un sentiment d'appartenance à l'équipe.
- » Synergie, esprit de cohésion, sentiment d'appartenance et soutien de la part de l'équipe.
- » Motivation des intervenants à maintenir et à développer leurs compétences et à apprendre ensemble.
- » Satisfaction augmentée en raison de l'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés aux patients.
- » Stimulation et esprit d'innovation générés par le soutien de l'équipe.

## Pour les médecins spécifiquement

- » Détection plus précoce des problèmes.
- » Traitements mieux ciblés, donc plus efficaces.
- » Diminution des sentiments d'impuissance et d'isolement, particulièrement lors de l'évaluation et du suivi de clientèles vulnérables présentant des problèmes multiples et complexes sur les plans médical ou psycho-social.
- » Facteur de protection contre l'épuisement professionnel face à la lourdeur des besoins de santé des patients.
- » Augmentation du sentiment de sécurité des médecins dans les soins prodigués aux patients en équipe par un partage explicite des tâches entre les professionnels et une délégation efficace.
- » Protection accrue sur le plan médico-légal.
- » Possibilité de composer plus facilement avec les comportements non productifs de certains patients.
- » Meilleure compréhension des décisions administratives générée par la collaboration des médecins et des gestionnaires.
- » Utilisation plus appropriée des ressources, dont les cliniques spécialisées.
- » Meilleure gestion des épisodes de soins.
- » Aménagement plus efficient des horaires cliniques.
- » Espace propice pour faire la démonstration du *leadership* attendu.
- » Possibilité de développer toutes les compétences *CanMEDS*<sup>31</sup>, dont la collaboration interprofessionnelle.
- » Stimulation intellectuelle, créativité accrue, ouverture à plus d'options de traitement.

## Une pratique avantageuse pour tous

De façon unanime, les participants perçoivent des avantages à la pratique collaborative, que ce soit pour les patients et leurs proches, pour les équipes cliniques et leurs différents membres, ainsi que pour les gestionnaires et l'organisation.

### Pour les gestionnaires

- » Qualité des soins et satisfaction de la clientèle accrues.
- » Souci du continuum de soins : prise en charge rapide (reconnaissance des rôles au moment opportun) et respect de la durée de séjour.
- » Cohésion d'équipe, climat de travail harmonieux et productif, équipe qui apprend et qui se développe ensemble, d'où satisfaction de ses membres.
- » Meilleure compréhension des décisions médicales générée par la collaboration avec des gestionnaires et des médecins.
- » Amélioration de la coordination des soins et des services.

### Pour l'organisation

- » Meilleure gestion de la trajectoire de soins, d'où efficacité accrue des soins et de la continuité entre les différents épisodes de soins, ce qui conduit à de meilleurs traitements aux patients, à une satisfaction plus élevée du personnel.
- » Facilitation de l'atteinte des objectifs et de la réalisation de l'entente de gestion, de la mission de l'établissement, ainsi que des critères d'agrément.
- » Développement des liens et de l'entraide entre directions et interétablissements.
- » Pouvoir d'attraction accru des milieux cliniques pour les employés, les stagiaires et les résidents.
- » Dynamisation des milieux cliniques, stimulation apportée par la promotion et l'implantation de cette pratique et levier de mobilisation du personnel au profit d'une meilleure rétention de la main-d'œuvre.



## 4. Leadership clinique en matière de pratique collaborative

Afin d'exercer un *leadership* en matière de pratique collaborative, les participants aux entrevues et les personnes consultées ont mis en évidence des conditions facilitantes et des obstacles à franchir. Ils ont souligné l'importance de l'application des responsabilités professionnelles respectives.

### 4.1 Conditions facilitantes

#### **Clarté et exercice compétent des rôles**

Une définition claire et négociée des rôles de tous les intervenants et des gestionnaires est la condition facilitante la plus souvent citée dans

les milieux rencontrés. Y sont associées une connaissance et une reconnaissance des rôles et de l'expertise des différents professionnels, et ce, par chacun des membres de l'équipe clinique, en tenant compte de l'évolution des rôles amenée par les lois 90 et 21 et leur application dans les contextes propres aux établissements. Dans certaines équipes cliniques, il peut y avoir une superposition des rôles sans que cela nuise, qui puisse même conduire à un effet synergique en permettant une adaptabilité des membres de l'équipe aux spécificités du patient et de ses proches. Cette façon de faire demande toutefois une maturité d'équipe supérieure.

## Des facteurs facilitants et des obstacles bien circonscrits

Qu'ils soient intrinsèques, c'est-à-dire propres aux membres de l'équipe ou à son fonctionnement, ou extrinsèques, soit d'ordre structurel et organisationnel, les facteurs facilitants comme les obstacles à la pratique collaborative sont bien connus des milieux qui l'ont implantée.

Reste que la démonstration d'attitudes positives (respect, ouverture, confiance, transparence, humilité), les valeurs partagées, la clarté des rôles au sein de l'équipe et du mandat de l'équipe, la compétence et la stabilité de ses membres, l'efficacité des mécanismes de communication, la proximité physique ressortent comme des atouts certains pour l'exercice de la pratique collaborative. En outre, un leadership médical ou médico-administratif souple, rassembleur et participatif constitue une condition de succès.

L'exercice compétent par chaque intervenant de son expertise spécifique fait la base de la confiance et de la reconnaissance que chacun des membres de l'équipe aura envers lui. Sans cette expertise, il est difficile pour un professionnel d'avoir confiance en lui-même et de répondre avec ouverture, sans attitude défensive, aux questionnements de ses pairs et des autres professionnels de l'équipe.

### **Attitudes et valeurs individuelles et partagées**

Les attitudes et les valeurs - individuelles et collectives - des membres de l'équipe clinique peuvent également favoriser la pratique collaborative. Sont souvent mentionnées les attitudes et valeurs suivantes :

- » souplesse et flexibilité dans l'exercice de son rôle professionnel;
- » écoute, ouverture et respect de l'opinion des

- autres membres de l'équipe ainsi que de leurs spécificités professionnelles et culturelles;
- » humilité, reconnaissance de ses limites et acceptation du soutien apporté par d'autres membres de l'équipe qui possèdent des expertises et des forces complémentaires;
- » engagement et responsabilité face aux décisions de l'équipe;
- » transparence et authenticité;
- » disponibilité et générosité intellectuelle;
- » créativité et tolérance à l'ambiguïté;
- » valorisation du travail des autres membres de l'équipe;
- » recherche de l'excellence.

### **Communication**

Plusieurs autres aspects se rattachent à une communication efficace : capacité d'écoute des membres de l'équipe, rapidité du transfert de l'information selon les besoins, outils informatiques (par exemple, dossier informatisé,



## Des facteurs facilitants et des obstacles bien circonscrits (suite)

Corollaire obligé, l'individualisme, le corporatisme, la rigidité engendrée par certaines règles syndicales ou professionnelles, l'absence de langage commun entre cliniciens et avec les gestionnaires, l'insuffisance chronique de personnel clinique, le roulement du personnel -- clinique et de gestion -- viennent entraver la stabilité nécessaire à la pratique collaborative.

Plusieurs participants réclament le DCI, du temps libéré pour l'implantation de la pratique collaborative dans les milieux, des indicateurs de performance spécifiques à cette pratique, sous forme de données qualitatives et quantitatives, mesurant à la fois la dynamique des interactions et les résultats cliniques. Ils souhaitent aussi une collaboration et une concertation plus étroites entre les instances liées au fonctionnement de l'organisation, par exemple entre directions, programmes, conseils professionnels (CMDP, CII, CM) et syndicats pour la mise en place de cette pratique.

téléphone intelligent, intranet) et modes de discussion synchrones et asynchrones (réunions formelles et informelles, forums) permettant aux membres de l'équipe d'échanger. À ce chapitre, on signale l'importance, pour chacun des membres de l'équipe, d'identifier explicitement le mode de communication à privilégier avec ses différents collègues, particulièrement en situation d'urgence. Ainsi, certains professionnels préfèrent le téléphone, le courriel, d'autres la pagette. Le respect de ces préférences constituerait un atout certain. Plusieurs soulignent l'apport que représente au sein d'une équipe d'un(e) « téléphoniste/réceptionniste/commiss » bien formé(e) qui sait quand et comment joindre les différents intervenants de l'équipe, selon les contextes cliniques.

### Aménagement de l'espace et du temps

L'aménagement des lieux et des horaires pour répondre aux besoins de l'équipe a plusieurs fois été cité comme condition facilitante. Mentionnons, à titre d'exemples, l'accessibilité à une salle de réunions située sur les lieux cliniques, et la proximité des différents membres de l'équipe clinique (dans un même immeuble et sur le même étage).

Un horaire de travail prévoyant des périodes fixes pour les rencontres d'équipe constitue un facteur de succès. Pour certains, ces rencontres permettent de mieux comprendre la réalité de chacun, ainsi que les valeurs préconisées par l'équipe, et représentent une occasion de favoriser la compréhension du fonctionnement de l'équipe chez les stagiaires et les nouveaux employés. Enfin, la libération

des professionnels pour assister aux réunions d'équipe semblerait facilitée par une structure par programme et non par service ou département spécifique.

### Mesures de soutien organisationnelles

Tous les participants aux entrevues de groupe et personnes consultées ont mentionné comme facteur facilitant à l'implantation et à la pérennité de la pratique collaborative clinique le positionnement stratégique de l'organisation à ce chapitre. Le *leadership* organisationnel sera discuté plus en détail à la section 8 du rapport.

## 4.2 OBSTACLES

D'après ce qui a été rapporté, plusieurs difficultés viennent freiner la mise en œuvre de la pratique collaborative, ce qui peut représenter autant de défis tant pour les équipes cliniques que pour les organisations. Ces difficultés sont présentées ci-dessous.

### Caractéristiques personnelles et professionnelles

Des participants évoquent le manque de souplesse, l'individualisme et le corporatisme de certains membres de l'équipe clinique, lesquels peuvent se traduire par des préjugés défavorables face à la pratique collaborative, par une résistance à adopter de nouvelles façons de travailler ou par une compétition non productive entre membres. En outre, l'on observerait parmi les professionnels et les médecins différents paradigmes d'intervention, assortis d'un jargon professionnel, qui peuvent être à l'origine d'incompréhension mutuelle face aux modalités d'intervention, particulièrement

lors des épisodes de soins aigus ou subaigus dans lesquels le modèle biomédical prédomine.

### Enjeux particuliers à la profession médicale

Insuffisance chronique de professionnels au sein des équipes cliniques, rotation du personnel clinique, perte de temps et de productivité, multiplication des réunions, diffusion dupliquée de l'information, sont autant de facteurs évoqués par les médecins pour expliquer leur intérêt ou motivation moindre à travailler en collaboration interprofessionnelle. Dans certains milieux, la non-rémunération du travail de collaboration semble aussi constituer pour eux un obstacle à la pratique collaborative. Cet aspect sera examiné plus loin dans le rapport. Le manque d'efficacité des réunions d'équipe (ex.: présentation par certains professionnels d'information non pertinente pour l'équipe clinique) est également pointé du doigt, étant donné les disponibilités limitées de professionnels qui doivent composer avec une charge de travail importante, notamment en raison de la pénurie de main-d'œuvre.

De plus, l'encadrement des gestionnaires peut être perçu comme limitant et lié à des critères d'efficacité qui ne rejoignent pas complètement les valeurs des médecins. Ces derniers peuvent vivre un dilemme : soucieux avant tout de l'état du patient, ils s'inquiètent de ce que les ressources ne soient pas réellement utilisées aux soins directs aux patients. Ils doivent aussi comprendre la complexité des environnements et les efforts à consentir pour améliorer l'efficacité du système et la continuité des soins. De plus, ils doivent consacrer un minimum de temps aux membres des

équipes cliniques avec qui ils travaillent afin de mieux les connaître et faire en sorte que la confiance se bâtisse pour pouvoir déléguer des interventions ou implanter des ordonnances collectives.

### **Méconnaissance des lois 90 et 21**

L'adoption des projets de loi n° 90 en 2002 et n° 21 en 2009 a permis de moderniser le système professionnel dans les domaines de la santé physique et mentale et des relations humaines. Parmi les différents changements fondamentaux qui ont été introduits, mentionnons la révision des champs d'exercice des professions qui sont non réservés et la réserve d'activités qui sont partagées entre des professionnels ayant les compétences pour les exercer. Un postulat fondamental sous-jacent aux travaux des comités d'experts qui ont conduit à la formulation de ces lois est la reconnaissance et la promotion de la collaboration interprofessionnelle. Cependant, ces lois et les règlements qui les accompagnent demeurent encore méconnus de certains professionnels et leur application n'est pas uniforme dans les établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. Certains professionnels n'exercent pas en fonction du plein potentiel de leur champ d'activités. Les participants ont mentionné des difficultés dans la tenue de leur dossier professionnel lorsque des évaluations ou des traitements sont réalisés auprès de patients en mode interprofessionnel ; sur le plan pratique, la réflexion reste à faire sur la meilleure façon de tenir les dossiers.

### **Règles administratives et syndicales**

On mentionne sur ce plan les difficultés d'adaptation et d'intégration vécues par les

professionnels qui ne sont pas rattachés à un programme ou à une unité en particulier et tous les problèmes reliés au roulement du personnel (obligation de reprendre la formation du personnel, manque de cohésion au sein des équipes). Autre obstacle rapporté, la difficulté à dégager du temps ou à reconnaître le temps indirect consacré à la clientèle par les professionnels, notamment par les infirmières dont la participation aux rencontres d'équipes est difficile à justifier pour le gestionnaire confronté à une pénurie infirmière et au recours à une main-d'œuvre indépendante.

On signale également les règles syndicales relativement à certains dossiers de dotation en personnel. À cet égard, il est rapporté que les postes sont habituellement attribués selon des critères d'ancienneté plutôt que des critères de compétences, dont la facilité à coopérer et à travailler en équipe. De plus, le tandem médico-administratif ne jouirait pas de toute la latitude voulue pour choisir son personnel administratif partagé en raison des règles syndicales.

### **Aspects organisationnels**

À ces obstacles potentiels s'ajoutent l'absence de dossier clinique informatisé (DCI) dans la majorité des milieux, et, indépendamment du déploiement du DCI, la lenteur des différents intervenants à consigner l'information au dossier du patient. On mentionne aussi les ressources financières insuffisantes pour l'ajout de professionnels à l'équipe ou, encore, l'augmentation de la tâche de certains professionnels déjà en poste pour participer au développement de la pratique collaborative. On soulève également la lenteur du cheminement



des ordonnances collectives (élaboration : MD, chef de service médical, DSI, CII ; validation : MD, DSI, CII, CMDP ; adoption : CMDP)<sup>32</sup>. La dispersion physique de l'équipe (ex. : sur deux étages du même site ou sur plusieurs sites) représenterait aussi un obstacle non négligeable.

La complexité de l'organigramme institutionnel semble constituer dans certains cas un frein à la pratique collaborative. On signale le flou relatif aux rôles et responsabilités de certains gestionnaires, ainsi que l'instabilité engendrée par le roulement du personnel cadre, laquelle est susceptible de nuire aux liens interdirections et interprogrammes et à des prises de décisions rapides et concertées. Également, le manque de communication et de coordination des priorités entre directions et programmes ne favorise pas l'utilisation optimale des ressources humaines des équipes, et ce, bien souvent dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs établissements.

D'après les participants, les indicateurs de performance ne seraient pas adaptés à la pratique collaborative. Par exemple, ces indicateurs sont le plus souvent quantitatifs, alors que les effets de la pratique collaborative seraient en plus d'ordre qualitatif. Ainsi, on déplore qu'une vision « actuarielle » du système de santé semble dominante à travers laquelle les attentes administratives sont davantage axées sur les processus de productivité tels que le nombre de patients vus par jour par professionnel, la durée de séjour, que sur des aspects non négligeables comme le bien-être des patients et des professionnels, leurs besoins, leur satisfaction et leur engagement. En outre, le contexte de

pratique est soumis à des exigences de service, de performance et à un rythme accéléré alors que la mise en place de la pratique collaborative demande une acclimatation à une nouvelle culture du travail. Selon ce qui a été rapporté, les exigences de productivité imposées par les ASSS et le MSSS laissent peu de latitude pour favoriser la mise en place de la pratique collaborative dans les établissements.

Enfin, on souligne que les gestionnaires et les membres des équipes cliniques ne sont pas toujours bien informés des ressources existantes au sein de l'établissement pour soutenir le déploiement de la pratique collaborative dans le milieu (ressources en développement organisationnel, en ressources humaines, en santé et sécurité au travail, par exemple). De plus, il est rapporté que la formation à la pratique collaborative est insuffisante et on déplore la difficulté pour plusieurs gestionnaires cliniques d'exercer leur rôle de *leader* et de facilitateur dans le domaine.

### 4.3 Responsabilité professionnelle

Peu d'équipes ont fait état d'enjeux liés à la responsabilité professionnelle dans le contexte de la pratique collaborative. Pourtant, la responsabilité professionnelle des médecins peut être invoquée comme une résistance pour collaborer avec les autres professionnels. Peut-être le silence sur cette préoccupation s'explique-t-il du fait que les lois 90 et 21 sont venues clarifier les rôles et responsabilités des différents professionnels dans la prestation des soins ou, du moins, offrir les mécanismes pour que se fassent ces clarifications au moyen, entre

autres, des ordonnances collectives (Tableau 3 - ANNEXE C). De façon parallèle, il est intéressant de mentionner que l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), dans un dossier paru en 2010<sup>33</sup>, donne aux médecins des conseils pour un bon fonctionnement en milieu de soins interprofessionnels et, surtout, pour éviter les poursuites; on y recommande que les rôles et responsabilités des différents professionnels soient clairement définis et que leurs communications se fassent de façon efficace, claire et en temps opportun.

La plupart des participants rencontrés mentionnent que tous les membres de l'équipe clinique sont responsables de leurs actes. En ce sens, plusieurs sont d'avis que chaque membre de l'équipe doit posséder une aisance professionnelle (bien comprendre son rôle et ses responsabilités) afin d'être en mesure de s'ouvrir aux autres professionnels. Néanmoins, un médecin interviewé confiait que, sur le plan médicolégal, c'est lui qui est imputable à la fin du processus de soins (ex. : congé du patient, établissement des formulaires CSST ou autres), ce qui peut engendrer des divergences d'opinions entre les professionnels lors de la prise de décision. Par ailleurs, il a été soulevé que les consultations en tandem (par exemple, le patient est reçu en consultation par plus d'un professionnel à la fois) sous-entendent des changements professionnels majeurs impliquant les ordres professionnels, les lois professionnelles et le Code des professions.



## 5. Enjeux particuliers à l'exercice d'un leadership clinique par les médecins

Cette partie de la démarche a consisté, dans un premier temps, à cerner les perceptions du rôle du médecin entretenues par les médecins, les professionnels et les gestionnaires rencontrés et, dans un second temps, à circonscrire les attentes des médecins et des professionnels quant au fonctionnement de l'équipe clinique dans le but de connaître les attentes réciproques face aux rôles du médecin dans l'équipe. Ont ensuite été examinés les principaux facteurs d'adhésion des médecins à la pratique collaborative, notamment en ce qui a trait à la rémunération, au développement des compétences et à la pratique d'une médecine factuelle, c'est-à-dire fondée sur des données probantes.

### 5.1 Perception des médecins quant à leur rôle

Selon les médecins qui ont participé aux entrevues, voici les caractéristiques principales reliées au rôle du médecin en tant que chef médical, puis en tant que clinicien au sein d'une équipe clinique.

#### 5.1.1 Rôle de chef médical

D'après les médecins consultés, le chef médical assume un *leadership* en portant la vision de l'établissement et en la transmettant à l'équipe clinique. Cependant, les médecins ne posséderaient pas tous les qualités de *leadership* au

même degré, car la plupart d'entre eux n'ont pas reçu de formation en gestion ni dans le domaine de la pratique collaborative.

Lorsque le chef médical assume un *leadership* dans la pratique collaborative, il s'assure de favoriser un climat de confiance, une vision commune, une communication directe, une grande disponibilité et une transparence au sein du tandem médico-administratif, d'une part, et au sein de l'équipe clinique dans son ensemble, d'autre part. Il veille également à faciliter l'intégration des nouveaux venus dans l'équipe clinique. À tous ces titres, il sert de modèle de rôle pour ses collègues et pour les résidents et externes en médecine et joue un rôle facilitant auprès des autres médecins de l'équipe. Une fois la confiance établie, il se fait le défenseur de tous les professionnels.

Le chef médical fera en sorte de prôner une gestion participative et des prises de décisions consensuelles. En effet, selon les personnes consultées, la gestion participative et le partage de l'information peuvent favoriser une meilleure compréhension, et, au final, une meilleure acceptation des décisions parmi tous les membres de l'équipe clinique.

Lors de conflits, le rôle du chef médical consiste, notamment, à tenter d'obtenir rapidement les points de vue des membres de l'équipe afin de pouvoir mieux gérer la situation. (L'importance du tandem médico-administratif lors de la gestion des conflits sera détaillée plus loin.) Aussi, certains médecins déplorent le fait qu'ils doivent assumer des fonctions de gestion sans avoir reçu de formation au préalable.

### 5.1.2 Rôle du médecin clinicien

Le médecin qui n'exerce pas la fonction de gestionnaire médical a la responsabilité légale, au sein de l'équipe clinique, de poser le diagnostic, de contrôler la médication et le traitement médical et, au besoin, d'orienter le patient vers d'autres services ou ressources. Il est signalé que l'aspect médico-légal revêt une importance cruciale dans le cadre du travail du médecin étant donné l'imputabilité de ce dernier. Les médecins consultés se voient également comme des modulateurs, des rassembleurs, des facilitateurs relativement aux activités cliniques de l'équipe tout en accordant une place importante à l'aide et aux suggestions des professionnels. En effet, ils sont habituellement amenés à exercer un *leadership* diligent. Par exemple, dans les prises de décision qui ne font pas l'objet d'un consensus dans l'équipe, c'est souvent le médecin qui sera appelé à trancher.

### 5.1.3 Attentes des médecins face au fonctionnement de l'équipe clinique

Les médecins jugent primordial que tous les professionnels soient dédiés aux soins du patient, qu'ils s'assurent de la qualité de leurs interventions, soient ouverts aux opinions des autres et assistent aux rencontres. En ce sens, l'engagement et l'expertise professionnelle sont les premières valeurs attendues chez tous les membres de l'équipe. Sont également soulignées la communication efficace et en temps opportun des renseignements cliniques, la capacité et le jugement appropriés pour intervenir dans les situations difficiles, le développement d'une culture véritable d'entraide entre professionnels, la protection des renseignements des patients et des professionnels, ainsi que l'adhésion à un programme d'amélioration

continue des compétences. Enfin, on souligne le maintien d'une atmosphère de travail agréable passant par l'identification des problèmes et l'obtention de l'aide nécessaire pour résoudre les tensions ou conflits pouvant mener à la détérioration de l'esprit d'équipe, et, par conséquent, de la qualité des soins aux patients: chaque professionnel a la responsabilité de voir à l'atteinte des conditions nécessaires à son épanouissement professionnel et personnel par le fait même. Règle générale, le médecin attend du professionnel qu'il soit en mesure de communiquer aisément ses réticences ou son inconfort, qu'il manifeste une attitude respectueuse et courtoise, surtout lors de situations difficiles, et qu'il puisse lui donner et recevoir une rétroaction professionnelle sur les contributions mutuelles aux traitements.

## 5.2 Perception des professionnels

Les professionnels rencontrés dégagent, quant à eux, les caractéristiques suivantes relativement au rôle du médecin en tant que gestionnaire médical, d'une part, et en tant que clinicien au sein d'une équipe clinique, d'autre part.

### 5.2.1 Rôle de chef médical

Le chef médical est vu comme un visionnaire reconnu pour ses compétences cliniques, qui sait se montrer positif et convaincant et trouver rapidement des solutions pour assurer une bonne cohésion au sein de l'équipe. On attend de lui qu'il exerce son *leadership* dans la pratique collaborative avec un esprit d'ouverture et de reconnaissance face aux autres expertises. Aussi saura-t-il véhiculer et maintenir

les valeurs du milieu en plus de guider les membres de l'équipe clinique dans le processus de discussion et de résolution de problèmes. Enfin, il est précisé que le chef médical doit démontrer un souci du continuum de soins et services (lien épisodes de soins - planification du congé). Il doit se rendre disponible et manifester de la confiance à ses collègues.

### 5.2.2 Rôle du médecin clinicien

Le médecin clinicien fait preuve de confiance envers les autres professionnels et se montre disponible et ouvert à leurs commentaires et recommandations quant aux traitements offerts au patient. (Il arrive que le médecin et les professionnels envoient des messages contradictoires aux patients ; en outre, certains médecins auraient une compréhension incomplète des rôles et de l'expertise des autres professionnels.) Certains des professionnels rencontrés reconnaissent que le médecin doit parfois user de son statut professionnel et intervenir directement auprès du patient pour mieux faire comprendre les messages de l'équipe clinique. Le *leadership* du médecin qui travaille en partenariat avec les professionnels est très bien reconnu et valorisé. Le médecin est d'ailleurs souvent perçu comme le « dirigeant » du cas, le pilier de l'équipe lorsque les problèmes de santé physique et psychique prédominent ou demeurent instables.

### 5.2.3 Attentes des professionnels face au fonctionnement de l'équipe clinique

Une approche participative et respectueuse est grandement appréciée et favorable au climat au sein de l'équipe clinique. Les participants disent vouloir compter sur l'expertise et le dévouement du médecin pour les patients et

pour le fonctionnement de l'équipe clinique, sur sa participation au PII, de même que sur la reconnaissance et l'utilisation optimale de leurs compétences respectives. Enfin, certaines équipes disent souhaiter que les médecins suscitent le développement scientifique de l'équipe.

### 5.3 Perception des gestionnaires de l'organisation relativement à l'implication des médecins dans la pratique collaborative

Selon les gestionnaires qui ont participé aux entrevues (volet organisationnel), l'implication des médecins dans la pratique collaborative est essentielle, au même titre que celle des autres professionnels qui interviennent dans les soins, traitements et services aux patients. On estime que, dans les équipes qui fonctionnent bien en mode collaboratif, le chef médical exerce habituellement un rôle de *leader* dans la mise en oeuvre de la pratique collaborative. Le médecin doit avoir une capacité d'anticipation, s'appuyer sur des bases solides, se montrer positif et convaincant et trouver rapidement des solutions pour assurer une bonne cohésion au sein de l'équipe.

Certains gestionnaires se disent souvent confrontés à un problème de résistance au changement, parfois observé chez les médecins qui exercent depuis plus longtemps et qui ont un mode de fonctionnement plus traditionnel. En ce sens, il leur faut alors demander à certains médecins de manifester une plus grande ouverture. Règle générale, le gestionnaire doit faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins des médecins. Le rôle particulier du tandem de cogestion pour favoriser l'adhésion des médecins à la pratique collaborative sera examiné plus loin.

## 5.4 Facteurs d'adhésion des médecins

### 5.4.1 Médecine factuelle

Parmi les moyens cités par certains chefs médicaux et gestionnaires cliniques pour obtenir l'adhésion des médecins, mentionnons des outils tels que des données probantes, cadres de référence, orientations stratégiques permettant de démontrer la pertinence d'une approche ou d'exigences spécifiques liées à la pratique collaborative. Aussi, plusieurs sont d'avis que, pour les médecins cliniciens, au même titre que pour les professionnels, l'adoption de nouvelles pratiques doit produire des résultats rapidement observables. Pour cette raison, le chef médical devrait entreprendre la mise en place de la pratique collaborative à l'aide de projets simples et relativement faciles à exécuter qui donnent des résultats positifs, rapidement observables. De plus, la diffusion des expériences positives vécues par les équipes cliniques relativement à cette pratique, par des *leaders* médicaux et professionnels, contribuerait à diminuer les préjugés négatifs qui pourraient y être reliés.



## Des enjeux particuliers à la profession médicale

Le **chef médical** joue un rôle déterminant dans la mobilisation de son équipe médicale, à tel point qu'il devrait lui-même transmettre à son équipe de médecins certains messages provenant du tandem qu'il forme avec le gestionnaire clinico-administratif. Par ailleurs, pour adhérer à la pratique collaborative, le **médecin clinicien** doit pouvoir compter sur une vision claire de la part des gestionnaires cliniques et sur des résultats positifs liés à cette pratique, observables rapidement. La connaissance des données probantes sur son efficacité est donc souhaitable. Enfin, les représentants de la profession médicale souhaitent une rémunération équitable pour les activités cliniques et de gestion reliées à la pratique collaborative et une organisation de la pratique en conséquence, en insistant notamment sur l'efficacité des réunions formelles de discussion de cas.

### 5.4.2 Développement des compétences

Il apparaît important de favoriser la représentation de toutes les professions au sein des structures de gestion, en particulier de la profession médicale, qui y est habituellement sous-représentée. On souligne également la nécessité de développer les compétences médico-administratives et le *leadership* de gestion de projet des futurs médecins pendant la formation universitaire. En ce sens, une formation en gestion d'établissements de santé serait profitable. Par le fait même, il est indispensable que les conditions liées à la rémunération de ces activités soient considérées.

### 5.4.3 Rémunération

La rémunération des médecins est perçue comme un facteur pouvant améliorer leur adhésion à la pratique collaborative. En effet, la majorité des participants sont d'avis qu'une rémunération compétitive de la participation aux activités de collaboration par rapport aux

autres activités médicales pourrait faciliter l'implication des médecins, bien qu'elle ne constitue pas un facteur exclusif. À ce titre, certaines formes de rémunération seraient plus favorables, comme dans un des milieux recensés où la rémunération est mixte et permet de combiner les actes médicaux et le temps consacré aux réunions d'équipe. La rémunération mixte est ainsi définie par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) :

*1.1 Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.*

*1.2 Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche.*

*Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire<sup>34</sup>.*

Dans certains milieux, la rémunération choisie par l'équipe médicale facilite la pratique collaborative et les nouveaux médecins recrutés sont incités de façon systématique à travailler en mode collaboratif. Enfin, dans les autres milieux, où les médecins sont habituellement rémunérés à l'acte, l'activité du médecin est centrée sur le patient, ce qui a pour effet, entre autres, de limiter la disponibilité du médecin pour le soutien de l'équipe et d'orienter ses choix de pratique.

Ce type de rémunération peut constituer un frein à la pratique collaborative. Il n'existe pas, à l'heure actuelle de rémunération spécifique pour ce type de pratique chez le médecin de famille (par exemple, présence aux réunions d'équipe), sauf si le médecin est payé à honoraire fixe ou à taux horaire. Dans ce cas, des codes sont prévus qui permettent une rémunération spécifique. Cependant, la tendance actuelle demande que la proportion d'intervention directe auprès des patients soit beaucoup plus grande que celle observée dans

la pratique collaborative, d'où l'importance de faire en sorte que les médecins perçoivent comme productives des activités qui ne sont pas dévolues aux soins directs aux patients telles que les réunions de discussion de cas en équipe. Enfin, quelques milieux où les médecins touchent une rémunération à l'acte ont réussi à mettre sur pied une certaine forme de rémunération pour la participation des médecins à la pratique collaborative, ce qui semble constituer un incitatif. Des exemples sont présentés dans la section suivante.

En résumé, la rémunération des médecins qui soutiennent la pratique collaborative existe bel et bien, mais elle n'est pas uniformisée ; en outre, elle n'est pas compétitive par rapport à la rémunération des activités quotidiennes des médecins. De plus en plus, les associations médicales prennent en compte les différentes activités des médecins, telles que l'enseignement et les tâches administratives tout en favorisant un modèle de productivité des soins. Il est à souhaiter que les nouvelles ententes de rémunération des médecins -- actuelles et à venir -- viendront reconnaître le travail du médecin dans son ensemble et, surtout, confirmer que les activités de collaboration du médecin s'inscrivent à juste titre dans le modèle de productivité recherché.





## 6. Leadership clinico-administratif

### 6.1 Rôle et compétences du gestionnaire clinico-administratif

Le gestionnaire clinico-administratif est appelé à jouer un rôle important dans la mise en place et la coordination des équipes multiprofessionnelles, en particulier pour le développement de la pratique collaborative. C'est souvent à lui qu'il incombe d'établir et de maintenir le lien entre les médecins et l'équipe clinique. De plus, il peut être appelé à agir comme agent facilitateur auprès des médecins de l'équipe ou comme représentant des professionnels auprès de ces derniers. Dans certains milieux, le gestionnaire clinique favorise l'actualisation

des modes de collaboration auprès de l'équipe et du personnel administratif. Pour favoriser la collaboration entre les médecins et les autres professionnels, il importe que le gestionnaire clinique ou le gestionnaire médical identifie les attentes et les besoins des parties en cause, par exemple à l'aide d'une rencontre individuelle avec chacun des groupes. Par la suite, le gestionnaire doit s'assurer de rendre réalistes les attentes et les besoins des deux groupes.

Par ailleurs, les membres de l'équipe clinique, incluant les médecins, apprécient la disponibilité du gestionnaire clinico-administratif et son implication au sein de l'équipe. En ce

sens, la rapidité des réactions à leurs questions et des prises de décisions constitue un atout. Selon certaines personnes rencontrées, le partage des valeurs de l'équipe, les habiletés de communication et le *leadership* semblent des caractéristiques aussi importantes que l'expertise clinique puisque le rôle du professionnel est bel et bien de gérer une équipe.

## 6.2 Importance du tandem médico-administratif

De manière générale, le tandem médico-administratif est considéré capital pour l'équipe clinique. Lorsque la situation l'exige, les discussions entre le chef médical et le gestionnaire clinico-administratif favorisent une prise de décision renforcée, du fait qu'elle est partagée. En l'absence du gestionnaire clinique, le chef médical intervient et vice versa. La gestion des conflits au sein de l'équipe clinique repose avant tout sur la communication -- se parler, écouter, recueillir et partager toute l'information (les faits) auprès des personnes concernées -- pour ensuite analyser l'information recueillie et l'objectiver. De plus, la relation de réciprocité ainsi développée permet aux médecins de mieux comprendre les décisions administratives et aux gestionnaires de mieux comprendre les décisions médicales.

## 6.3 Rôle et compétences du gestionnaire médical

Sont exposés ci-après certains facteurs qui peuvent amener le chef médical à exercer un plein *leadership* et le rôle précis que ce dernier

peut jouer dans l'adhésion des médecins cliniciens à la pratique collaborative.

Dans tous les milieux recensés, le chef médical exerce un rôle déterminant relativement à l'implication des médecins cliniciens dans la pratique collaborative. C'est lui qui doit mobiliser son équipe médicale pour certains dossiers. Pour exercer un véritable *leadership*, il doit être en mesure d'anticiper objectivement les transformations qui découleront de l'adoption de nouvelles pratiques dans son équipe clinique. Cette responsabilité est partagée avec le reste de l'équipe et une vision d'équipe appuie les orientations.

Différents modes d'information et de diffusion peuvent être employés pour transmettre le modèle de collaboration de l'équipe clinique auprès des autres médecins (bulletin interne, forum midi, réunion). Il semble préférable que les messages du tandem médico-administratif qui sont destinés aux médecins cliniciens soient communiqués par le chef médical lui-même. En effet, même si le gestionnaire clinico-administratif effectue parfois une grande partie du travail en arrière-plan, les messages sont habituellement mieux reçus par les médecins lorsqu'ils sont transmis par le chef médical lui-même, dans le contexte actuel de la pratique médicale au sein de nos organisations. Même si cette pratique semble diverger du changement de paradigme visé sous-tendant le décloisonnement, il n'en demeure pas moins que les allégeances professionnelles sont encore très présentes. Il faut donc composer avec cet état de fait, le nommer et proposer des stratégies progressives de changement témoignant concrètement du

décloisonnement entre les professions.

Voici des exemples recensés dans trois milieux différents qui illustrent comment l'implication des médecins dans la pratique collaborative a été favorisée.

### Écoute et partage des tâches

Lors de la mise en place de l'équipe clinique, le chef médical a rencontré chaque médecin pour identifier ses attentes et son plan de carrière individuel pour les cinq années à venir. À partir de cette rencontre, chacun a pu accorder ses intérêts cliniques avec l'organisation des soins. Ainsi, les attentes des différents médecins sont directement liées à la réalisation des objectifs de l'équipe clinique. De plus, le cogestionnaire médical rencontre les médecins une fois par mois et une rencontre de réflexion annuelle réunit tous les médecins et les chefs de secteurs. Pour assurer une présence médicale aux activités d'équipe, la moitié des médecins sont identifiés pour participer aux tournées et aux réunions d'équipe (minimum de 2 semaines par année par personne). Dans ce milieu, les médecins ont fait preuve de créativité en constituant un fonds de réserve pour soutenir ces activités qui permet un partage équitable.

### Vision et efficience

À son arrivée, le chef médical a suivi la démarche suivante pour renforcer la pratique collaborative au sein de son équipe et impliquer les autres médecins :

1. identifier les résistances et y faire face ;
2. analyser avec les différentes directions de l'établissement des problèmes reliés à la mise en œuvre de la pratique collaborative

au sein de son programme, et les solutions possibles ;

3. rallier les *leaders* des autres professions ;
4. réunir tous les médecins pour discuter des différents enjeux ;
5. démontrer la pertinence de ce modèle de pratique (documentation à l'appui) ;
6. exercer son pouvoir d'influence et proposer des solutions.

Par ailleurs, lorsque les réunions d'équipe ont été instaurées, les médecins cliniciens s'étaient montrés réticents, car ils considéraient la durée de ces activités excessive. Pour convaincre les médecins cliniciens de participer à ces réunions, le chef médical en a optimisé le caractère opérationnel (par exemple, on évite les tours de table ; les membres de l'équipe ne prennent la parole que lorsqu'ils ont un point pertinent à mentionner). Il a proposé à ses collègues de participer aux réunions pendant un mois et de décider par la suite si la rencontre devait être conservée ou non. En définitive, la rencontre a été maintenue, car elle était appréciée de tous. De plus, afin de formaliser l'activité, cette dernière est inscrite dans le cadre du fonctionnement clinique. Enfin, les médecins sont rémunérés par le milieu pour participer aux réunions d'équipe. Bien que modeste, cette rémunération traduit en quelque sorte l'importance de la présence des médecins à ces réunions. La rémunération a été établie en réponse aux démarches du chef médical.

### Engagement et mobilisation

Dans ce milieu, plusieurs éléments mettent en évidence l'importance de la pratique collaborative, ainsi que la participation du corps médical. Tout d'abord, la structure organisationnelle

## Un tandem médico-administratif solide

Climat de confiance, vision commune, valeurs partagées sur le travail d'équipe, rôles clairs, communication directe, disponibilité et transparence sont à la base d'un fonctionnement optimal et de la crédibilité du tandem médico-administratif.

Un soutien administratif approprié, assuré par une même personne auprès des deux cogestionnaires, contribue à la bonne marche des activités du tandem en facilitant la communication et la gestion des agendas.

a été établie à l'aide des *leaders* médicaux. De plus, le chef médical a mobilisé son équipe de médecins pour qu'ils s'impliquent dans certains dossiers. Par ailleurs, le comité de gestion-coordination rassemble les médecins cliniciens et les autres professionnels. De ce fait, les médecins et les professionnels se sentent impliqués dans les différentes décisions et dans les actions qui sont entreprises. Soulignons que la collaboration facilite les échanges entre les membres de ce comité, ce qui augmente par la suite la satisfaction de ces derniers. Enfin, le chef médical a réussi à obtenir un budget pour rémunérer certaines des activités de gestion.

### 6.4 Facteurs propices à la collaboration au sein du tandem médico-administratif

Selon certains chefs médicaux, un climat de confiance, une vision commune, des valeurs partagées sur le travail d'équipe, des rôles clairs, une communication directe, une très

grande disponibilité et une transparence sont à la base d'un fonctionnement optimal et de la crédibilité du tandem médico-administratif. L'approche de cogestion requiert également une implication de tous les membres de l'équipe à chacune des étapes de la prise de décisions ou de la résolution de problèmes et une marge de manœuvre pour les cogestionnaires. De plus, la proximité physique entre le bureau du gestionnaire clinique et le lieu d'exercice des membres de l'équipe constitue un avantage sur le plan de la communication.

Dans certains milieux où le poste d'agent(e) administratif (ve) existe, cette personne joue un rôle clé au regard de la gestion clinico-administrative en facilitant la communication entre les deux cogestionnaires, la gestion de leurs agendas, etc. Ce rôle a une valeur ajoutée si une même personne soutient les deux éléments du tandem. De ce fait, la stabilité et les critères de compétence à l'embauche (vs des critères d'ancienneté) deviennent des enjeux reliés à ce poste.

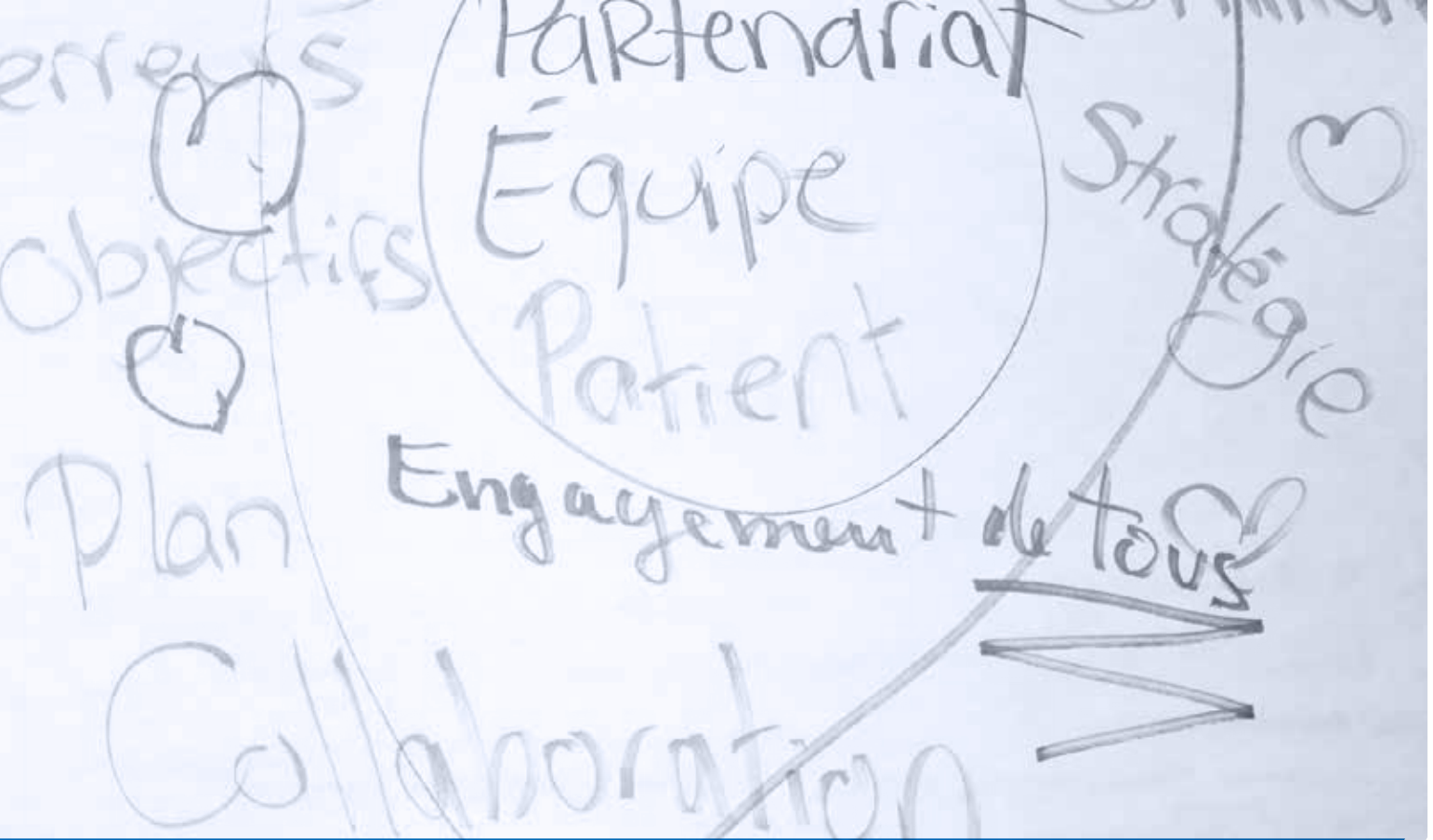
Dans le cadre d'une analyse documentaire entourant le partenariat médico-administratif, Denis et coll. (2012)<sup>35</sup> précisent que plusieurs incitatifs à l'engagement des médecins dans la gestion peuvent aider au développement d'un *leadership* médical au sein des organisations. Les auteurs mentionnent qu'il semble nécessaire à ce chapitre de combiner les incitatifs extrinsèques (rémunération, possibilité d'avancement de carrière, statut, respect par les pairs, etc.) et les incitatifs intrinsèques (plaisir à relever de nouveaux défis, capacité d'influencer pour réaliser des améliorations aux pratiques cliniques et organisationnelles importantes, etc.). De plus, ces mêmes auteurs soulignent que « l'engagement d'un nombre suffisant de médecins-gestionnaires est peu probable si les conditions d'implication occasionnent des pertes en termes de revenus, de statut ou de satisfaction au travail » (p. 14). Dans le but de faciliter le développement du *leadership* clinique exercé par le tandem de cogestion, il convient de formaliser la définition des rôles du tandem médico-administratif, notamment pour ce qui est des mécanismes de prise de décision et de médiation des conflits. Les auteurs mentionnent également la notion de confiance entre les parties :

« Une condition importante à la formation d'une équipe de cogestionnaires est la confiance entre les parties. Les ingrédients en sont :

1. une communication effective;
2. une entente sur des valeurs et des objectifs communs ainsi que sur une définition commune du succès;
3. la transparence et le partage de l'information;

4. la compétence, le respect des engagements, la cohérence et l'intégrité dans les actions;
5. la stabilité (durée) dans les fonctions occupées. » (p. 13).





## 7. Développement des compétences de collaboration

Des besoins de formation en pratique collaborative ont été mis en évidence par la recension effectuée dans les milieux, autant pour les gestionnaires, les médecins, les professionnels que pour les résidents et stagiaires. Les éléments qui ont été cités le plus souvent rejoignent les six composantes du « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme » du CPIS illustré à la page suivante : communication interpersonnelle; soins centrés sur la personne et ses proches et la communauté (approche ayant évolué vers le « partenariat avec le patient et ses proches » au sein du RUIS de l'UdeM); clarification des rôles; travail d'équipe; *leadership* collaboratif; résolution de conflits interprofessionnels<sup>36</sup>.

Sur le plan du *leadership*, les points les plus souvent rapportés concernent le développement des capacités à:

- » rassembler, mobiliser, convaincre, à partir d'une vision et d'objectifs ;
- » anticiper, réagir rapidement (prise de décisions, résolution de problèmes) ;
- » établir des liens interdirections et interprofessionnels ;
- » démontrer un courage décisionnel ;
- » agir comme modèle de rôle ;
- » animer, offrir de l'accompagnement (*coaching*), donner des rétroactions constructives ;
- » déléguer.



En ce qui a trait à la profession médicale, il paraît essentiel de développer les compétences de *leadership* clinique et de gestion chez les futurs médecins et les médecins en exercice en leur offrant une formation en gestion, notamment sur les notions de *leadership*, et d'assurer la poursuite de cette formation sur le terrain sous forme de développement professionnel continu ou dans le cadre d'un accompagnement à la gestion du changement.

Pour ce qui est des équipes cliniques, il est recommandé, par exemple, d'assurer la formation nécessaire auprès de tous les membres de l'équipe relativement à l'élaboration et au suivi du PII. Enfin, il serait judicieux d'offrir aux gestionnaires en poste une formation en gestion du changement et en gestion participative, sous l'angle des orientations prises en pratique collaborative, et ce, à titre de formation continue.

## Des compétences à développer et à consolider

Il serait avantageux, par exemple, de considérer les habiletés et attitudes propres à la collaboration lors du recrutement des médecins, des professionnels cliniques et des membres du personnel. De plus, une offre de développement en organisation apprenante au sein des établissements semble pertinente, car plusieurs intervenants n'ont jamais bénéficié de formation dans le domaine. Enfin, il est souhaitable d'offrir aux stagiaires et résidents une formation ou de l'accompagnement au sein même des équipes, en continuité avec la formation collégiale ou universitaire.





## 8. Soutien de la pratique collaborative dans l'organisation

### 8.1 Rôle de l'organisation dans l'implantation et la consolidation de la pratique collaborative

Le Tableau 4 présenté à l'Annexe C résume les différentes modalités de soutien organisationnel à la pratique collaborative qui ont été observées au sein des huit établissements sélectionnés du RUIS de l'UdeM. Il présente une description des modes de soutien organisationnels, lesquels ont été regroupés sous deux volets, le volet ressources humaines (ex. : poste de gestion dédié à la pratique de collaboration, formation et accompagnement sur la pratique collaborative, etc.) et le volet structurel (ex. : concertation interdirections, comités divers, etc.). Ces exemples riches et diversifiés pourront certainement inspirer les gestionnaires des établissements de santé dans le soutien au développement et à la consolidation de la pratique collaborative dans leur milieu.

L'organisation a un rôle déterminant à jouer dans la mise en œuvre de la pratique collaborative au sein de l'équipe clinique/du regroupement clientèle. Tout d'abord, comme il a été mentionné plus haut, plusieurs aspects liés à la structure organisationnelle peuvent favoriser la pratique collaborative dans les milieux cliniques. Par exemple, la création d'un poste ou d'une fonction dédiés au développement de la pratique collaborative, qui relève directement de la direction générale, représente un appui important. De plus, d'une manière générale, la philosophie de gestion, tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, devrait être fondée sur une approche interdirections et interprofessionnelle. Cette collaboration interdirections peut être facilitée par certaines structures de gestion (ex. : comité de la pratique collaborative). Par ailleurs, toujours selon les données obtenues lors des entrevues, une collaboration plus étroite entre les

## Une pratique soutenue par l'organisation

Plusieurs aspects reliés à la structure organisationnelle peuvent favoriser la pratique collaborative dans les milieux cliniques. Par exemple, la création d'une fonction ou d'un poste dédiés au développement de la pratique collaborative, qui relèvent directement de la direction générale, constitue une condition de succès. De plus, la philosophie de gestion, tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, devrait être fondée sur une approche de collaboration interdirections et interprofessionnelle. Mentionnons que si la pratique collaborative fait partie intégrante de la vision et de la mission de l'organisation ou qu'elle figure dans la planification stratégique de certains des milieux étudiés, sa formalisation représente un défi important pour la majorité d'entre eux.

gestionnaires, c'est-à-dire entre les différentes directions, semble créer un effet de modelage auprès des professionnels.

Dans certains milieux, la pratique collaborative fait partie intégrante de la vision et de la mission de l'organisation. Néanmoins, sa formalisation représente un défi important pour la majorité des milieux étudiés. En effet, une formalisation croissante de cette pratique auprès des structures de gestion administrative et clinique devrait découler de l'orientation choisie par l'organisation (ex. : comité de la pratique collaborative, cadre de référence sur la pratique collaborative, charte des rôles des membres de l'équipe, cadre de fonctionnement clinique, etc.). Introduite prudemment, cette structure pourrait servir de levier afin de transformer la culture de l'organisation à long terme et, ainsi, assurer la pérennité des activités de collaboration au-delà des individus qui en font la promotion<sup>37</sup>.

Pour les milieux cliniques, le soutien de la haute direction permet, par exemple, l'attribution de locaux, de ressources humaines et

financières qui facilitent l'implantation et la consolidation de la pratique collaborative. De plus, des mécanismes d'accompagnement et de support aux équipes qui développent les pratiques cliniques peuvent se traduire par le soutien d'une personne ressource au sein de l'organisation ou, encore, par des séances de formation offertes aux équipes cliniques en recourant à des ressources externes.

### 8.2 Outils de soutien à la pratique collaborative

Sur les huit équipes recensées, toutes ont mis en place des outils pratiques pour soutenir les initiatives de collaboration. Le Tableau 5 présenté à l'Annexe C décrit plusieurs outils, par exemple le plan d'intervention interdisciplinaire (PII); les cadres de références, protocoles et guides de collaboration; les outils informatiques et électroniques; les normes et pratiques cliniques ou de gestion, etc. Aussi, plusieurs exemples reflétant l'application de ces outils pratiques dans les milieux cliniques sont fournis et pourront inspirer d'autres milieux.





## 9. Conclusion et recommandations

Le présent rapport permet de dresser des constats sur la pratique collaborative et le soutien à cette pratique dans les établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. Ces constats donnent à penser que l'implantation et la pérennisation de la pratique collaborative sont tributaires à la fois d'un *leadership* clinique et d'un *leadership* organisationnel dans les établissements. De plus, ils mettent en lumière le fait que cliniciens et gestionnaires composent avec des priorités différentes, ce qui nécessite la mise en œuvre de mesures diversifiées, à tous les paliers, pour favoriser le développement de cette pratique.

Ces constats ont donné lieu à des

recommandations afin de favoriser le développement de la pratique collaborative au sein des établissements du RUIS de l'UdeM, ainsi que l'exercice d'un *leadership* clinique et organisationnel essentiel au déploiement et à l'harmonisation de cette pratique. Soulignons que l'implantation de ces recommandations serait complémentaire à la démarche d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines, financières, informationnelles et matérielles, actuellement en cours dans le réseau. Enfin, bien que la pratique collaborative doit s'observer tout au long du continuum de soins et de services, et qu'il s'agit donc d'une pratique intra- et interétablissements, les présentes recommandations visent d'abord et avant tout

le volet intra-établissements. Le Comité pourrait se pencher sur le volet interétablissements dans le cadre d'une démarche subséquente.

Les recommandations ci-après s'adressent aux directeurs et gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM, aux Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à l'Office des professions du Québec (OPQ), à l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), à diverses associations professionnelles ou d'établissements, aux syndicats, aux établissements d'enseignement collégial et universitaire, en particulier pour le développement de compétences.

**Rappel** - Au moment où ces travaux ont été entrepris, en janvier 2011, la notion de pratique collaborative n'était pas d'emblée associée à celle de « partenariat avec le patient et ses proches ». Toutefois, les recommandations intègrent cette orientation prise par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM. En effet, depuis avril 2012, une Démarche systématique (DS) d'amélioration continue du partenariat de soins est en implantation au sein des établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM afin de favoriser une concertation du tandem médico-administratif, des médecins et professionnels de l'équipe, ainsi que des patients et de leurs proches en vue d'enrichir la pratique collaborative par l'implication des patients et de leurs proches comme partenaires de soins.

L'implantation d'un *leadership* clinique dans le

système de santé ne peut se faire indépendamment des autres parties du système de santé. Il est nécessaire de penser le *leadership* aux niveaux de l'individu, du groupe ou microsystème (l'équipe qui implante le changement), de l'organisation qui doit établir la vision et assurer le soutien et la disponibilité des ressources et, enfin, au niveau de l'environnement au sens le plus large. Cette perspective permet notamment de vérifier que les actions ou attitudes à l'un de ces niveaux ne soient pas un obstacle à un changement implanté à un autre niveau<sup>38</sup>. Ici regroupées en trois grandes catégories, les recommandations se déclinent en modalités concrètes d'application qui concernent le *leadership* clinique, le *leadership* organisationnel et les orientations professionnelles et ministérielles essentielles au déploiement et à l'harmonisation de la pratique collaborative.

## 9.1 *Leadership* clinique

### 9.1.1 Médecins

L'évolution des besoins de la société nécessite de nouvelles pratiques médicales. Cette évolution met l'accent sur la pratique du médecin au cœur d'équipes, de réseaux et de partenariats. Il est primordial que le médecin sache identifier ces différentes configurations de travail, qu'il comprenne leur fonctionnement et puisse y intégrer sa pratique. Les étudiants auront donc à être formés non seulement pour agir au sein de ces groupes mais aussi pour assurer leur fonctionnement, voire les créer.

Ces nouvelles dimensions de la pratique médicale s'inscrivent dans un *leadership* des médecins qui peut être soit individuel, c'est-à-dire



le fait du médecin seul, soit réparti, selon le contexte dans lequel se font les soins. Les facultés de médecine auront donc à susciter, faire émerger ou transmettre des valeurs et des capacités de *leadership* à leurs étudiants. Il est donc important que les facultés favorisent, dès la formation médicale initiale, l'émergence de *leaders*, notamment par des activités auprès des étudiants.

Le médecin sera confronté également à des situations où le *leadership* médical s'articule difficilement avec le contexte local ou avec d'autres types de *leadership*, par exemples administratifs ou politiques. C'est pourquoi, il est primordial de développer les capacités organisationnelles des futurs médecins et de donner aux *leaders* en émergence des pistes qui leur permettent de dépasser certains problèmes organisationnels. La maîtrise des capacités de gestion devrait être initiée dès les études médicales initiales<sup>39</sup>.

1. Développer les compétences de *leadership* clinique et de gestion chez les futurs médecins et les médecins en exercice en leur offrant une formation en gestion, notamment sur les notions de *leadership*, et assurer la poursuite de cette formation sur le terrain sous forme de développement professionnel continu ou d'accompagnement en gestion du changement par les ressources humaines.
2. Tenir compte des attitudes et des habiletés propres aux compétences de collaboration lors des entrevues de sélection des futurs étudiants en médecine et du recrutement des médecins et en assurer le maintien et

le développement par la suite.

3. Établir une rémunération équitable pour les médecins qui s'adonnent à des activités de gestion et à des activités cliniques de collaboration, qui intègre les actes spécifiques de pratique collaborative.
4. Sensibiliser les chefs de départements, de services médicaux et les tandems médico-administratifs à l'importance de donner aux médecins cliniciens des rétroactions sur leurs comportements de collaborateurs avec leurs pairs et les autres intervenants, et ce, en lien avec les valeurs organisationnelles.
5. Sensibiliser les médecins cliniciens à la plus-value de la pratique collaborative à partir des expériences recensées et de données cliniques probantes.
6. Mobiliser les médecins cliniciens, comme les professionnels de l'équipe, en créant des conditions propices à l'exercice de leur *leadership* (plages horaires optimales, mécanismes de communication privilégiés, efficacité des réunions, gestion des conflits).
7. Favoriser l'implantation et la supervision d'activités de formation interprofessionnelle auprès des stagiaires et des résidents et intégrer ces derniers aux activités de réflexion interprofessionnelle sur les interventions de l'équipe.

### 9.1.2 Tandem médico-administratif

1. Formaliser la définition des rôles du tandem médico-administratif, notamment pour ce qui est des mécanismes de prise de décision et de médiation des conflits.
2. Aménager un soutien technique administratif approprié afin de faciliter le suivi des dossiers et la gestion des agendas.
3. Prendre les mesures nécessaires pour mobiliser les médecins cliniciens à exercer un *leadership* au sein de leur équipe clinique.
4. Diversifier les réunions interprofessionnelles cliniques qui favorisent le développement de la pratique collaborative.
5. Favoriser chez le personnel de soutien et les intervenants cliniques le développement d'attitudes favorables à l'exercice de la pratique collaborative et en valoriser l'expression.
6. Mettre en place des mécanismes d'amélioration continue de la pratique collaborative au sein de l'équipe clinique et de gestion.
7. Promouvoir la réalisation d'activités d'apprentissage interprofessionnelles au sein de l'équipe clinique et de gestion et la mobilisation des différentes professions représentées pour l'élaboration de projets communs.
8. Favoriser l'accès à un environnement physique propice aux échanges entre les membres de l'équipe, avec la clientèle et

avec le tandem médico-administratif.

### 9.1.3 Équipes cliniques

1. S'assurer que la vision, le mandat, les valeurs et les objectifs de l'équipe clinique du programme ou du service auquel sont rattachés les membres de l'équipe clinique soient connus et partagés par tous, y compris par les nouveaux employés.
2. Adopter un modèle d'intervention clinique intégrateur ou, de façon minimale, partager des outils cliniques interprofessionnels fondés sur des principes communs d'intervention clinique.
3. Employer un langage commun et développer un vocabulaire technique qui soit compréhensible pour tous, et adapté au niveau de littératie des patients et de leurs proches, et préciser les mécanismes de communication et d'organisation du travail interprofessionnel les plus efficaces au sein de l'équipe.
4. Formaliser la définition des rôles et le partage des tâches et responsabilités des membres de l'équipe.
5. Formaliser, puis consolider les processus reliés à l'élaboration et au suivi du PII avec le patient et ses proches et assurer la formation nécessaire auprès de tous les membres de l'équipe.
6. Favoriser l'implantation et la supervision d'activités de formation interprofessionnelle auprès des stagiaires et des résidents et intégrer ces derniers aux activités de

réflexion interprofessionnelle sur les interventions.

7. Favoriser les projets de recherche interprofessionnelle sur les interventions cliniques réalisées dans le milieu.
8. Développer la culture d'évaluation des pratiques et des outils (ex. : révision par les pairs, transfert des connaissances, etc.) et la mesure des résultats cliniques/retombées de la pratique collaborative.

## 9.2 Leadership organisationnel

1. S'assurer que la pratique collaborative fasse partie intégrante des valeurs et de la structure de l'organisation.
2. Offrir aux gestionnaires en poste une formation en gestion du changement, gestion participative, sous l'angle des orientations prises en pratique collaborative, à titre de développement professionnel continu.
3. Créer une fonction ou un poste de niveau stratégique dédiés au développement et au soutien de la pratique collaborative et soutenir la gestion du changement.
4. S'arrimer au futur *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services* du RUIS de l'UdeM, se l'approprier et y initier les intervenants cliniques, les médecins et les gestionnaires.
5. Implanter des mécanismes de concertation entre les programmes, les directions,

les conseils professionnels (CMDP, CII, CM), le Comité des usagers et la Direction des ressources humaines pour favoriser le développement de la pratique collaborative au sein de l'organisation.

6. Permettre plus d'autonomie aux tandems médico-administratifs dans la prise de décision relative à la pratique collaborative des équipes cliniques.
7. Faciliter le développement, l'approbation et l'implantation de protocoles interprofessionnels et d'ordonnances collectives au sein des équipes et des établissements.
8. Ajouter un volet sur la pratique collaborative au programme existant de formation continue offert aux intervenants des équipes et à la formation offerte dans le cadre du processus d'intégration des nouveaux employés.
9. Prévoir une enveloppe budgétaire dédiée aux équipes d'amélioration de la pratique collaborative afin de faciliter et d'accélérer la mise en place de cette pratique au sein de ces équipes.
10. Mettre en place des mécanismes de reconnaissance et de diffusion des bons exemples de pratique collaborative.
11. Favoriser la création de répertoires électroniques d'outils cliniques et de gestion sur la pratique collaborative pour les gestionnaires et les intervenants des équipes et en assurer la mise à jour.

12. Favoriser la mise sur pied de comités consultatifs et décisionnels mixtes afin de favoriser des pratiques de gestion interprofessionnelles et interdirections (gestionnaires, cliniciens, chercheurs de formations et de directions diverses).
13. Reconnaître le temps consacré aux activités de pratique collaborative dans les statistiques cliniques produites par les intervenants.

### 9.3 Orientations professionnelles et ministérielles

---

1. Office des professions du Québec et ordres professionnels
  - 1.1 Prévoir des modalités permettant la cueillette de données, l'évaluation et la production de rapports conjoints interprofessionnels déposés dans le dossier médical des patients.
2. Syndicats de médecins, de professionnels et d'employés de soutien
  - 2.1 Conclure avec les unités syndicales locales des ententes qui favorisent l'exercice de la pratique collaborative.
3. MSSS/ASSS/Réseau d'établissements et RUIS de l'UdeM
  - 3.1 MSSS/ASSS/Réseau d'établissements
    1. Produire un plan directeur provincial de la pratique collaborative en partenariat avec le patient et les

proches et le diffuser au sein des établissements.

2. Prioriser le développement et le déploiement de la pratique collaborative à l'échelle des agences, appuyés d'un financement de transition pour soutenir cette transformation organisationnelle.
3. Faire en sorte que les agences exercent un *leadership* régional en la matière, notamment dans la concertation interétablissements sur la pratique collaborative.
4. Développer, tester et implanter des indicateurs de résultats proximaux qui permettent une rétroaction rapide aux intervenants quant à l'impact des pratiques en partenariat avec le patient et ses proches, en conservant un équilibre entre les indicateurs de performance de nature quantitative et qualitative.
5. Favoriser le réseautage des équipes sur la pratique collaborative interétablissements via un site Web et d'autres mécanismes.
6. Développer le dossier clinique informatisé (DCI) dans une perspective de soutien à la pratique collaborative.

#### 3.2 RUIS de l'UdeM

1. Soutenir l'application des recommandations du présent rapport.
2. Soutenir le déploiement du futur *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*.
3. Poursuivre les travaux entrepris par le Comité en examinant plus

particulièrement les mécanismes de collaboration interétablissements.

4. Poursuivre l'implantation de la Démarche systématique d'amélioration continue du partenariat de soins engagée depuis le début de 2012.

## ANNEXE A : Canevas d'entrevue - *Leadership* médical et professionnel

**Comité sur les  
pratiques collaboratives  
et la formation  
interprofessionnelle**

RÉSEAU UNIVERSITAIRE  
INTÉGRÉ DE SANTÉ



Université   
de Montréal

### Leadership médical et professionnel

#### GRILLE D'ENTREVUE

##### Table des matières

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE
2. UTILISATION DES RÉSULTATS
3. IDENTIFICATION DU MILIEU
4. IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS
5. IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE
6. COLLABORATION DU MÉDECIN ET DES PROFESSIONNELS AU SEIN DE L'ÉQUIPE
7. RÉSULTATS DE VOTRE TRAVAIL DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
8. CONDITIONS FACILITANTES ET OBSTACLES À LA PRATIQUE COLLABORATIVE
9. SYNTHÈSE

ÉQUIPE \_\_\_\_\_

RÉPONDANT \_\_\_\_\_

INTERVIEWEURS \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_



## 1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

---

Nous sommes mandatés par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM et ses deux groupes de travail : leadership médical et professionnel; leadership organisationnel.

Notre démarche a pour but d'identifier, dans les établissements de santé et services sociaux rattachés au RUIS de l'UdeM, plus particulièrement au sein de leurs équipes/regroupements-clientèle cliniques et de gestion, les conditions favorables et les obstacles à l'exercice d'un leadership en matière de pratique collaborative. La première rencontre s'adresse aux membres de l'équipe clinique ou du regroupement-clientèle et à leurs gestionnaires cliniques. La deuxième rencontre vise ces mêmes gestionnaires cliniques, des représentants des conseils professionnels (CMDP, CII, CM) et des gestionnaires des structures administratives.

Nous vous remercions de votre généreuse participation.

## 2. UTILISATION DES RÉSULTATS

---

Les données qui seront recueillies lors de cette entrevue donneront lieu à des recommandations précises en vue du déploiement et de la consolidation de la pratique collaborative dans les établissements du RUIS de l'UdeM.

Une synthèse écrite de la rencontre sera soumise à votre approbation. Un rapport préliminaire sera soumis aux huit établissements participants. Le rapport final sera déposé auprès des différentes instances : Comité directeur du RUIS, MSSS, Agences de la santé et des services sociaux, associations et ordres professionnels, syndicats, établissements de santé et de services sociaux et d'enseignement.

## 3. IDENTIFICATION DU MILIEU

---

Établissement \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Institut universitaire                  | <input type="checkbox"/> Région                          |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire (CHU)  | <input type="checkbox"/> 06 Montréal                     |
| <input type="checkbox"/> Centre affilié universitaire (CAU, CHA) | <input type="checkbox"/> 13 Laval                        |
| <input type="checkbox"/> CSSS                                    | <input type="checkbox"/> 16 Montérégie                   |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière                   |
|  | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides                  |
|  | <input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec |



## 5. IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE

---

### 5.1 Pouvez-vous nous décrire votre équipe de travail ?

Nom de l'équipe et thématique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clientèle visée \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mandat de l'équipe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Composition de l'équipe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5.2 Comment cette équipe a-t-elle été mise en place et depuis quand?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. COLLABORATION DU MÉDECIN ET DES PROFESSIONNELS AU SEIN DE L'ÉQUIPE

---

Ces questions s'adressent, d'une part, au médecin et, d'autre part, aux professionnels de l'équipe

**6.1** La **collaboration interprofessionnelle** est un processus où deux professionnels ou plus travaillent ensemble afin d'influencer positivement les soins de santé (Zwarenstein, Goldman et al., 2009, in Jefferson-Falardeau, 2011).

Le **leadership participatif**, c'est le processus où chacun influence l'autre par son expertise.

**6.1.1** Décrivez le travail que vous faites en collaboration interprofessionnelle.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.1.2** Au md : Comment percevez-vous votre rôle dans l'équipe en tant que médecin? Le rôle des autres professionnels ?

---

---

---

---

---

---

---

**6.1.3** Aux autres prof. : Comment percevez-vous le rôle du médecin dans l'équipe ? Votre rôle dans l'équipe ?

---

---

---

---

---

---

---

**6.1.4** Au gestionnaire : Comment percevez-vous le rôle du médecin dans l'équipe ?

---

---

---

---

---

---

---

**6.2** À quelle fréquence participez-vous à des activités de collaboration interprofessionnelle ?

Hebdomadaire [ ] Bimensuelle [ ] Mensuelle

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**6.3** Comment percevez-vous la qualité des interactions lors de ces participations?

De très satisfaisant.....

à satisfaisant .....

à peu satisfaisant.....

**6.4** Quelle place le patient et ses proches occupent-ils au sein de l'équipe et de son fonctionnement?

---

---

---

**6.5** Parmi les compétences de collaboration suivantes, laquelle vous semble la plus importante et pourquoi ?

- Soins et services en partenariat avec le patient/client, la famille/les proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Clarification et compréhension des rôles
- Leadership collaboratif ou partagé
- Travail d'équipe
- Résolution de conflits interprofessionnels

**6.6** Quelles compétences les professionnels devraient-ils développer pour être en mesure d'exercer la pratique collaborative clinique au sein de l'établissement ?

---

---

---

**6.6.1** Quels professionnels de façon prioritaire?

---

---

---

**6.6.2** Par quels moyens?

---

---

---

6.7 Est-ce que vous recevez des stagiaires?

---

---

---

6.8 Faites-vous de l'enseignement sur la pratique collaborative dans votre équipe?

---

---

---

## 7. RÉSULTATS DE VOTRE TRAVAIL DE COLLABORATION

7.1 Quels avantages voyez-vous à la pratique collaborative ?

---

---

---

7.2 Y voyez-vous des inconvénients? Si oui, lesquels ?

---

---

---

7.3 Quoi maintenir et quoi changer dans le fonctionnement de votre équipe ?

---

---

---



## 8. CONDITIONS FACILITANTES ET OBSTACLES À LA PRATIQUE COLLABORATIVE

8.1 Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent la participation du médecin et des professionnels aux activités de l'équipe et l'exercice de son leadership au sein de cette équipe ?

Exercice du leadership et pratique collaborative	Facteurs qui facilitent	Obstacles et irritants
Leadership médical		
Leadership professionnel		
Leadership des gestionnaires cliniques		

8.2 Avez-vous des moyens particuliers de surmonter ces obstacles ?

---

---

---

---

---

---

### 8.3 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ET PRATIQUE COLLABORATIVE

Est-ce la rémunération médicale influence la participation médicale aux activités interprofessionnelles de l'équipe?

---

---

---

### 8.4 RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Voyez-vous des enjeux particuliers liés à la responsabilité professionnelle en ce qui concerne la pratique collaborative?

---

---

---

**8.5** Selon vous, quelles actions concrètes pourraient être engagées pour créer un contexte plus favorable à la pratique collaborative ?

ÉLÉMENTS À MODIFIER	ACTIONS FAVORABLES À LA PRATIQUE COLLABORATIVE
<b>Structures organisationnelles</b>	
<b>Ressources humaines</b>	
<b>Ressources financières</b>	
<b>Ressources matérielles (environnement physique et technologique)</b>	
<b>Formation du personnel (professionnels de la santé et gestionnaires)</b>	
<b>Autres</b>	

## 9. SYNTHÈSE

---

CONDITIONS GAGNANTES/ESSENTIELLES À L'EXERCICE DU LEADERSHIP MÉDICAL ET PROFESSIONNEL (3) :

---

---

---

---

---

---

---

OBSTACLES PRINCIPAUX À L'EXERCICE DU LEADERSHIP MÉDICAL ET PROFESSIONNEL (3) :

---

---

---

---

---

---

---

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (1-2):

---

---

---

---

---

---

---

Comité sur les  
pratiques collaboratives  
et la formation  
interprofessionnelle  
RÉSEAU UNIVERSITAIRE  
INTÉGRÉ DE SANTÉ



## Leadership organisationnel

# GRILLE D'ENTREVUE

### Table des matières

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE,
2. UTILISATION DES RÉSULTATS,
3. IDENTIFICATION DU MILIEU,
4. IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE/DU REGROUPEMENT-CLIENTÈLE RENCONTRÉ,
5. IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS,
6. PARTENARIAT ENTRE L'ÉQUIPE CLINIQUE/LE REGROUPEMENT CLIENTÈLE ÉTUDIÉ ET LES STRUCTURES DE GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT,
7. CULTURE DE PRATIQUE COLLABORATIVE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT,
8. CONDITIONS FACILITANTES/OBSTACLES À L'EXERCICE D'UN LEADERSHIP DE GESTION EN MATIÈRE DE PRATIQUE COLLABORATIVE,
9. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES GESTIONNAIRES,
10. SYNTHÈSE,

ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_  
RÉPONDANT \_\_\_\_\_  
INTERVIEWEURS \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_

## 1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

---

Nous sommes mandatés par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM et ses deux groupes de travail : leadership médical et professionnel; leadership organisationnel.

Notre démarche a pour but d'identifier, dans les établissements de santé et de services sociaux rattachés au RUIS de l'UdeM, plus particulièrement au sein de leurs équipes cliniques et de gestion, les conditions favorables et les obstacles à l'exercice d'un leadership en matière de pratique de collaboration.

Nous avons rencontré dans un premier temps une équipe ou un regroupement-clientèle clinique (co-gestionnaires et professionnels) pour explorer le leadership médical et professionnel qui s'y exerce.

Lors de la présente entrevue, nous analyserons avec les mêmes cogestionnaires, des gestionnaires des structures organisationnelles et des représentants des conseils professionnels (CII, CMDP, CM), les pratiques de gestion de l'établissement qui influencent la pratique collaborative.

Merci de votre généreuse contribution à cette démarche!

## 2. UTILISATION DES RÉSULTATS

---

Les données qui seront recueillies lors de cette entrevue donneront lieu à des recommandations précises en vue du déploiement et de la consolidation de la pratique collaborative dans les établissements du RUIS de l'UdeM. Une synthèse écrite de la rencontre sera soumise à votre approbation.

Un rapport préliminaire sera soumis aux huit établissements participants. Le rapport final sera déposé auprès de différentes instances : Comité directeur du RUIS, MSSS, Agences de la santé et des services sociaux, AQESSS, syndicats, associations et ordres professionnels, établissements de santé et de services sociaux et d'enseignement.



### 3. IDENTIFICATION DU MILIEU

---

Établissement \_\_\_\_\_

- Institut universitaire
- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Centre affilié universitaire (CAU, CHA)
- CSSS
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Région

- 06 Montréal
- 13 Laval
- 16 Montérégie
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec

### 4. IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE CLINIQUE/DU REGROUPEMENT-CLIENTÈLE QUI A ÉTÉ RENCONTRÉ

---

Nom de l'équipe et thématique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clientèle visée \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mandat de l'équipe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Composition de l'équipe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 6. PARTENARIAT ENTRE L'ÉQUIPE CLINIQUE/LE REGROUPEMENT-CLIENTÈLE ÉTUDIÉ ET LES STRUCTURES DE GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT

---

Quels ont été les liens/partenariats mis en place avec les structures de gestion de l'établissement (structures administratives, conseils professionnels, syndicats et autres) pour soutenir l'implantation et la consolidation de la pratique collaborative au sein de l'équipe clinique/du regroupement clientèle étudié ?

- CMDP
- CM
- CII
- CU
- Direction des regroupements clientèles/programmes
- Direction des ressources humaines
- Direction des services multidisciplinaires (ou équivalent)
- Direction générale adjointe
- Comité de direction de la Direction générale
- Syndicats (précisez lesquels) : \_\_\_\_\_

## 7. CULTURE DE PRATIQUE COLLABORATIVE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

---

La culture organisationnelle i.e. les valeurs et les croyances des membres d'une organisation, fournit aux individus des façons de penser et de se comporter auxquelles ils doivent adhérer s'ils veulent s'intégrer harmonieusement à l'organisation. (Chanlat JF et Séguin F, 1987).

Nous nous pencherons à travers les prochaines questions sur la présence d'une culture de pratique de collaboration au sein de votre établissement, au-delà de l'équipe/du regroupement qui a été étudié précédemment.

**7.1** La pratique collaborative fait-elle partie intégrante de la mission (de la vision ou du plan stratégique) de l'établissement ? (OBTENIR LE DOCUMENT de la mission ou de la planification stratégique qui en fait foi.)

- Oui
- Non

Questions à titre indicatif :

**7.2** À quels facteurs attribuez-vous la réussite de ces initiatives de collaboration interprofessionnelle au sein de votre établissement ?

---

---

---

**7.3** Comment percevez-vous la participation du corps médical à la pratique collaborative dans votre établissement ?

---

---

---

**7.4** Quelles sont vos attentes par rapport à l'implication du corps médical dans la pratique collaborative ?

---

---

---

**7.5** Quels avantages voyez-vous à ces initiatives de collaboration interprofessionnelle (pour l'utilisateur/le patient et ses proches, les professionnels, les gestionnaires, l'établissement) ?

ACTEURS CONCERNÉS	AVANTAGES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE
PATIENTS ET PROCHES	
CLINICIENS	
GESTIONNAIRES	
ÉTABLISSEMENT	

**7.6** La pratique collaborative est-elle soutenue par une structure formelle (règlements, comités, instances décisionnelles) au sein de votre établissement ou de façon informelle (culture, relations entre les personnes, attitudes)? Précisez comment ce soutien a été mis en place.

---

---

---

**7.7** Par quels mécanismes pourrait-on promouvoir une culture de pratique collaborative dans votre établissement ?

---

---

---

**7.6** Comment croyez-vous que votre organisation pourrait les y inclure ?

---

---

---

## **8. CONDITIONS FACILITANTES ET OBSTACLES À L'EXERCICE D'UN LEADERSHIP DE GESTION EN MATIÈRE DE PRATIQUE COLLABORATIVE**

**8.1** Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent favoriser l'exercice d'un leadership de gestion pour assurer l'implantation de la pratique collaborative au sein de votre établissement ?

---

---

---

**8.2** Selon vous, quelles actions concrètes pourraient être engagées pour créer un contexte favorable à l'implantation de la pratique collaborative au sein de l'établissement ?

---

---

---

## 9. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES GESTIONNAIRES

---

9.1 Quelles compétences les gestionnaires devraient-ils développer pour être en mesure de :

- soutenir la pratique collaborative clinique au sein de l'établissement et de

---

---

---

- développer une pratique collaborative de gestion interdirections?

---

---

---

9.2 Quels gestionnaires de façon prioritaire ?

---

---

---

9.3 Par quels moyens ?

---

---

---

10. SYNTHÈSE

CONDITIONS GAGNANTES/ESSENTIELLES (3) :

---

---

---

---

---

---

OBSTACLES PRINCIPAUX (3) :

---

---

---

---

---

---

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (1-2):

---

---

---

---

---



# ANNEXE C : Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des huit équipes cliniques sélectionnées

Équipe	Responsabilité (approximation du bassin de desserte populationnelle)	Thématique de soins	1- Clientèle cible 2- Mandat 3- Statistiques annuelles (approximation pour la dernière année)	Composition de l'équipe clinique (ÉTC : équivalent temps plein)
Équipe 1	Responsabilité hybride : régionale et locale (400 000 habitants)	Unité de courte durée gériatrique (UCDG)	1 : Personnes âgées de 65 ans ou plus, hospitalisées en courte durée pour différentes conditions spécifiques. 2 : Évaluation et traitement de personnes âgées de 65 ans ou plus présentant un profil gériatrique et en perte d'autonomie. 3 : Psychogériatrie: - 270 patients/an - 614 visites/an Gériatrie ambulatoire : - 717 patients/an - 1 625 visites/an Hospitalisation : - 310 patients admis/an	41,6 professionnels ÉTC : Infirmières cliniciennes, infirmière clinicienne de liaison, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, médecins de famille dont l'un est cogestionnaire, conseillère clinique spécialisée en soins infirmiers et infirmière clinicienne à la formation, pharmacienne, travailleur social Sur consultation : physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, psychologue (neuropsychologue), médecins spécialistes
Équipe 2	Responsabilité suprarégionale (484 500 habitants)	Programme d'oncologie	1 : Personnes atteintes de cancer et leurs proches 2 : Traitement et suivi de patients atteints d'un cancer et de leurs proches. Le programme fait partie du continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, mis en place en 2004, tant aux niveaux local, régional que suprarégional. 3 : Hémato-oncologie: - 17 686 visites/an - 8 040 traitements/an Radio-oncologie: - 1 283 visites/an - 1 509 mises en traitements/an Entre 2 000 et 2 200 nouveaux patients atteints de cancer/an	7 hémato-oncologues, dont le chef médical, 5 radio-oncologues, chirurgiens ou autres médecins requis, 1 infirmière clinicienne dédiée en oncologie, 1 infirmière clinicienne dédiée en radio-oncologie, 3 coordonnatrices techniques, 3 pharmaciens, 5 infirmières pivots, 1 archiviste médicale (registraire), 2 travailleuses sociales, 2 psychologues, 2 nutritionnistes, ergothérapeute, physiothérapeute, intervenant en soins spirituels, bénévoles. S'ajoutent à l'équipe : 6 infirmières en chimiothérapie, 2 infirmières en radiothérapie, 2 physiciens, 2 techniciens GBM, 24 technologues en radiothérapie, le personnel administratif et les gestionnaires.
Équipe 3	Responsabilité suprarégionale (Seul centre responsable des greffes hépatiques chez l'enfant au Québec)	Équipe de transplantation hépatique	1 : Enfants 0-18 ans nécessitant une greffe du foie 2 : - Répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle nécessitant une greffe hépatique (approche globale), et ce, tant en pré-, en per- qu'en post-chirurgie - Participer à des projets de recherche clinique et pharmacologique et accueillir des résidents et stagiaires de diverses professions de la santé 3 : 80 dossiers actifs/an, 10 à 12 greffes/an	1 hépatologue pédiatrique, 2 pharmaciens (1 ÉTC), 2 chirurgiens, 1 pédopsychiatre, 2 nutritionnistes, 1 travailleuse sociale. Ces professionnels sont rattachés à un service et sont disponibles pour l'équipe de transplantation hépatique lorsque nécessaire. 1 infirmière clinicienne est responsable de la coordination de l'équipe de transplantation hépatique (1 ÉTC).

Équipe 4	Responsabilité sous-régionale 2 <sup>e</sup> ligne (Population des moins de 18 ans du territoire desservi = 26 420 habitants)	Équipe de pédopsychiatrie	<p>1 : Enfants de 0-18 ans présentant des problèmes de santé mentale sévères complexes ou des comorbidités, ainsi que leur famille</p> <p>2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins et services en pédopsychiatrie externe</li> <li>- Participation à différents projets de recherche et accueil de résidents et stagiaires</li> </ul> <p>3 : 51 patients traités de ce territoire, 61 au total (territoires confondus)</p>	<p>1,0 ÉTC pédopsychiatre</p> <p>2,5 ÉTC psychologues</p> <p>0,4 ÉTC ergothérapeute</p> <p>1,6 ÉTC travailleur social</p>
Équipe 5	Responsabilité : locale (139 655 habitants)	Clinique réseau intégrée (CRI)	<p>1 : Adultes atteints de maladies cardio-métaboliques (HTA et diabète) et de problèmes de santé mentale, suivis dans un contexte de soins de première ligne</p> <p>2 : Suivi de maladies chroniques déjà diagnostiquées, en collaboration avec un centre de référence spécialisé pour ce qui est du volet des maladies cardio-métaboliques (HTA et diabète) et de la santé mentale des adultes</p> <p>3 : Médecins et professionnels : 44 170 visites/an Professionnels : 3 477 visites/an Médecins et professionnels : 25 900 patients/an Professionnels : 2 150 patients/an</p>	<p>Équipe médicale : 17 ÉTC médecins et 25 résidents en médecine familiale et médecine d'urgence</p> <p>Équipe professionnelle :</p> <p>5,8 ÉTC inf. cliniciennes/praticiennes</p> <p>2,0 ÉTC nutritionnistes</p> <p>1,0 ÉTC kinésologue</p> <p>1,0 ÉTC travailleur social</p> <p>0,8 ÉTC psychologue</p> <p>0,6 ÉTC inhalothérapeute</p> <p>0,2 ÉTC pharmacien</p> <p>1,0 ÉTC spécialiste en évaluation des soins</p>
Équipe 6	Responsabilité : régionale (Territoire Est de l'Île de Montréal, soit les territoires CSSS suivants : -Pointe-de-l'île -Lucille-Teasdale -St-Léonard-St-Michel -Ahuntsic-Montréal-Nord -Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (en partie:H4L, H4M et H4N) -Coeur-de-l'île -Jeanne-Mance)	Programme TCC (Traumatisme crano-cérébral)	<p>1 : - Adultes ayant subi un TCC léger et présentant un besoin de dépistage, d'intervention précoce ou de réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes ayant subi un TCC modéré ou grave qui a entraîné ou est susceptible d'entraîner des incapacités significatives et persistantes entravant la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale</li> </ul> <p>2 : <u>Pour TCC léger</u> : Réadaptation de personnes qui, à la suite d'un TCC léger, présentent des symptômes post-traumatiques (affectifs, cognitifs ou physiques) d'intensité et de durée variables qui limitent la réalisation des habitudes de vie. <u>Pour TCC modéré ou grave</u> : services d'adaptation et de réadaptation fonctionnelle et psychosociale en vue de permettre la pleine réalisation des habitudes de vie et l'optimisation de la participation sociale de la clientèle.</p> <p>3 : 203 patients/an pour un total d'environ 19 300 heures de prestation de services</p>	<p>2,61 ÉTC ergothérapeutes,</p> <p>2,82 ÉTC neuropsychologues,</p> <p>0,91 ÉTC travailleur social,</p> <p>1,91 ÉTC éducateurs spécialisés,</p> <p>0,91 ÉTC orthophoniste,</p> <p>1,82 ÉTC physiothérapeutes,</p> <p>1,71 ÉTC kinésologues,</p> <p>1,20 ÉTC médecins,</p> <p>0,91 ÉTC agente administrative,</p> <p>1,91 ÉTC coordonateurs cliniques et 1 chef de programme (1 ÉTC).</p>
Équipe 7	Responsabilité : suprarégionale (population du CHUM et du RUIS de l'UdeM)	Centre cardio-vasculaire	<p>1 : Adultes atteints de maladie coronarienne</p> <p>2 : - Cardiologie clinique de fine pointe (ex. : unité coronarienne, hémodynamie, électrophysiologie, chirurgie cardiaque, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de nouvelles technologies</li> <li>- Enseignement</li> </ul> <p>3 : Hospitalisations : 2 642 patients/an Nombre de rendez-vous au Centre ambulatoire de cardiologie (consultations cardiologies + examens spécialisés) : 72 131/an</p>	<p>Médecin et professionnels représentent environ 250 ÉTC : 37 cardiologues, 8 chirurgiens cardiaques, 3 infirmières praticiennes spécialisées et autres professionnels, dont les infirmières, technologues, kinésologues, psychologues, nutritionnistes et employés administratifs et de soutien.</p>
Équipe 8	Responsabilité : suprarégionale (population : 268 000 habitants)	Unité de médecine familiale (UMF)	<p>1 : Tout âge, tout problème de santé</p> <p>2 : - Traitement en soins de première ligne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation en soins de première ligne d'étudiants en médecine et de résidents en médecine familiale et stagiaires d'autres professions.</li> </ul> <p>3 : 16 000 visites/année</p>	<p>12 résidents en médecine (6 R1; 6 R2),</p> <p>9,5 médecins ÉTP, 1 pédiatre 0,5 j/sem, 1 psychiatre 0,5 j/mois,</p> <p>2 infirmières cliniciennes, 1 pharmacien 2 j/sem (prêt de service),</p> <p>1 psychologue 4 j/sem, 1 nutritionniste 2 j/sem, 1 agente de recherche</p> <p>1 j/sem</p>

**Tableau 2 : Recension de la pratique collaborative au sein des équipes cliniques des huit établissements sélectionnés**

Type de pratique collaborative	Description
<b>Différents types de rencontres</b>	
<b>Réunion d'élaboration et/ou de suivi de Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)</b>	<p>Dans la moitié des équipes, la collaboration interprofessionnelle se traduit par l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour un patient donné. Certains milieux réservent le PII aux cas complexes ou à des clientèles spécifiques. Le plus souvent, une première réunion regroupant les professionnels requis et le médecin du patient se tient quelques semaines (jusqu'à un mois) après l'admission du patient. Se tiennent par la suite des réunions de suivi de PII et de planification de congé. Dans un cas, ces réunions ont lieu en présence du patient et de ses proches après identification des besoins et priorités d'intervention de ces derniers.</p> <p>La durée de la réunion de PII est variable (de 15 minutes à 1 heure par patient). Certaines équipes tiennent des réunions de PII sur une base hebdomadaire, d'autres deux fois par semaine, ce qui permet de planifier les interventions pour plusieurs patients. Dans quelques milieux, le médecin n'est pas toujours présent à ces rencontres ; les partenaires (de la 1<sup>re</sup> ligne ou autre) sont parfois invités. Le PII élaboré par l'équipe est ensuite déposé au dossier du patient.</p>
<b>Réunions de discussion de cas cliniques hebdomadaires</b>	<p>La plupart des équipes disent tenir des réunions hebdomadaires (les « hebdos »), souvent tôt le matin, pour présentation de nouveaux patients et revue clinique des patients existants, qu'ils soient hospitalisés, suivis en réadaptation ou vus en clinique externe. Ces réunions revêtent le plus souvent un caractère opérationnel, plusieurs cas pouvant y être discutés en rafale. Bien que ces réunions ne fassent pas l'objet d'un plan d'intervention formel, elles peuvent donner lieu à la rédaction d'un court sommaire ou à un plan de traitement qui sera transmis aux membres de l'équipe clinique (par courriel dans certains cas). Ces réunions se tiennent le plus souvent à horaire fixe, sur une période de 30 à 60 minutes, et regroupent les professionnels et médecins significatifs pour les patients visés.</p> <p>Un programme spécialisé suprarégional a mis sur pied un comité thérapeutique réunissant deux fois par mois les divers professionnels impliqués auprès de patients donnés. Cette rencontre est offerte en visioconférence pour rejoindre les cliniciens des autres centres de la région. La consultation réalisée est jointe au dossier du patient, ce qui traduit le caractère officiel de la rencontre.</p>
<b>Rencontres de patients en dyades</b>	<p>Une équipe fait état de rencontres de patients à deux professionnels.</p>
<b>Échanges informels</b>	<p>Les échanges informels rapportés prennent la forme de conversations spontanées au téléphone, dans les corridors, lors des repas.</p>
<b>Journée de réflexion</b>	<p>Un des milieux recensés rapporte la tenue, deux fois l'an, d'une activité de réflexion clinique à laquelle participent tous les membres de l'équipe clinique afin de discuter des différents objectifs d'équipe.</p>
<b>Réunions spéciales tous les 4-5 ans avec les partenaires cliniques</b>	<p>Un autre milieu signale la tenue, tous les 4 ou 5 ans, de réunions spéciales entre des membres de l'équipe et des consultants invités dans le but de réviser les protocoles d'intervention spécialisée. Ces protocoles sont rendus disponibles en version imprimée et électronique.</p>

<b>Formation</b>	
<b>Formation inter-professionnelle pour les stagiaires</b>	<p>La formation sur la pratique collaborative offerte aux stagiaires revêt un caractère tantôt formel, tantôt informel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Formation des résidents en médecine familiale par d'autres professionnels, par exemple, les infirmières pour les soins des plaies ou la vaccination ;</li> <li>» Formation des stagiaires et du personnel des unités lors de la tournée d'enseignement sur les unités hospitalières ;</li> <li>» Information donnée sur les rôles professionnels par chacun des professionnels présents lors de l'accueil des stagiaires.</li> </ul>
<b>Recherche</b>	
<b>Recherche inter-professionnelle</b>	<p>Des activités de recherche clinique interprofessionnelle sont en voie de développement dans un programme spécialisé.</p> <p>Une équipe signale, quant à elle, la participation à une recherche action sur la gestion de projet et la collaboration interprofessionnelle, « Les équipes de projet dans le milieu de la santé : Plus de collaboration et moins de stress », menée par des chercheurs de l'UdeM (Chiocchio et coll.) et financée par le <i>Project Management Institute (PMI)</i>. Le projet mis sur pied a permis de rédiger un guide de collaboration précisant les rôles de chacun des membres de l'équipe. Il a favorisé une ouverture face aux opinions des autres et une tolérance face à l'ambiguïté pour proposer des solutions innovantes quant au travail de collaboration de l'équipe.</p>
<b>Élaboration d'outils ou de programmes</b>	
<b>Ordonnances collectives</b>	Un milieu mentionne l'élaboration et la mise en application d'ordonnances collectives en équipe.
<b>Programme d'amélioration continue de la qualité au sein de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les intervenants, professionnels et non-professionnels, de l'un des programmes spécialisés recensés sont invités à remplir un formulaire proposant une amélioration au programme, dont la pratique de collaboration. L'intervenant doit préciser sur le formulaire les raisons qui motivent le changement souhaité et une piste d'amélioration. Les cogestionnaires du programme soutiennent les changements qui sont porteurs d'amélioration concrète et significative.</li> <li>» Un milieu clinique réalise une activité de réflexion sur les bonnes pratiques qui s'effectue en mode interprofessionnel 1 ou 2 fois/mois.</li> </ul>
<b>Élaboration d'un outil d'identification des rôles professionnels</b>	Une équipe mentionne avoir développé un outil d'identification des rôles sous forme d'organigramme afin de prévenir les irritants susceptibles de survenir lors du travail entre deux milieux (ex. : soutien à domicile et soins palliatifs).

## Tableau 3 - Cadre législatif entourant la pratique collaborative

### Intervention interdisciplinaire ou pratique professionnelle interdisciplinaire (sic)<sup>40</sup>

« Toute intervention ou pratique mettant en jeu interaction et synergie entre au moins deux professions, qui s'articule autour d'un effort conjoint (partage des responsabilités) et d'une action concertée, avec le souci d'une communication efficace, pour résoudre ou explorer des problématiques communes visant une meilleure compréhension globale des besoins et la meilleure participation possible du patient et de ses proches. »

### Intervention interdisciplinaire et encadrement de la pratique médicale

- » Selon les besoins du patient (ART 101 et 103 LSSSS)
- » Dans le cadre des obligations de l'établissement
- » Les médecins et les autres professionnels de l'équipe doivent prodiguer leurs services à l'intérieur de ces règles (ART 103 LSSSS)
- » Le médecin n'est plus l'ultime responsable de l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle
- » Le médecin assume la responsabilité de la composante médicale qu'il exécute ou qui s'exécute sous son contrôle et sa direction
- » Le médecin est responsable de ses décisions de prescrire des soins particuliers ou de ne pas le faire, mais il ne répond pas de l'exécution fautive d'autres professionnels qui n'agissent pas sous son contrôle direct
- » Le médecin demeure responsable des actes des résidents (sauf exception), de ceux de ses assistants
- » Le médecin doit agir dans le cadre des politiques et règlements de l'établissement:
  - protocoles
  - règles de soins
  - règles d'utilisation des ressources
  - règles d'utilisation des médicaments
  - règlement de département
  - obligations rattachées à la jouissance des privilèges
  - obligations imposées par la loiex.: déclaration des incidents-accidents

### Responsabilité

- » Responsabilité professionnelle accrue
- » Passage de l'information
- » Gestion des délais
- » Clarification des responsabilités
- » Règles du congé

**Tableau 4 : Soutien organisationnel à la collaboration au sein des huit établissements sélectionnés du RUIS de l'UdeM**

Mode de soutien	Description
<b>A. Volet ressources humaines</b>	
<b>Poste de gestion dédié à la pratique de collaboration</b>	<p>Dans deux des milieux recensés, un poste a été créé spécialement pour le développement de la pratique collaborative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» poste d'adjoint(e) au partenariat, qui relève directement de la direction générale ;</li> <li>» poste de coordonnateur (trice) au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche (CDPIR).</li> </ul> <p>Dans ce dernier cas, le rôle du coordonnateur est notamment d'accompagner les milieux cliniques dans le développement de la pratique collaborative. Plusieurs milieux ont déjà été ciblés à cet effet, à savoir les soins à domicile, la lutte contre le cancer, le SIPPE, la santé mentale, la gériatrie. Il est souligné que certains incitatifs amènent les milieux à développer leurs pratiques collaboratives, dont la norme 3 de l'agrément et la complexité croissante des situations de santé des patients. Les initiatives engagées s'inscrivent dans la volonté de l'organisation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» maximiser les chances de rétention du personnel à l'aide de pratiques stimulantes ;</li> <li>» augmenter son nombre de stagiaires (le développement de la pratique collaborative a été jugé un bon moyen de développer de nouveaux types de stages) ;</li> <li>» développer le concept de « milieu apprenant » et de saisir toutes les occasions de développement ou d'apprentissage chez les professionnels et les non-professionnels.</li> </ul>
<b>Formation et accompagnement (<i>coaching</i>) sur la pratique collaborative</b>	<p>Dans les trois cas recensés, différentes formules sont employées, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» formation, suivie d'accompagnement, offerte à tous les membres de l'équipe clinique ou à des sous-équipes spécifiques (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) par un consultant ou, encore, par la DSM ou la DSI. Parfois, certaines compétences, comme la communication et le travail d'équipe seront particulièrement ciblées.</li> </ul> <p>L'accompagnement est jugé essentiel, que ce soit pour opérationnaliser la formation reçue, soutenir les membres de l'équipe dans la mise en place ou la consolidation de la pratique collaborative, améliorer (réorganiser) les processus de travail, modifier certains actes par d'autres ou élaborer les outils cliniques nécessaires.</p>
<b>Processus de médiation au sein de l'équipe ou de médiation de conflits interprofessionnels</b>	<p>Une équipe clinique rapporte avoir recours à la médiation lorsqu'un consensus n'est pas atteint (entre le médecin et les professionnels) autour d'un patient donné ; le médiateur est alors un gestionnaire clinique.</p> <p>Quant à la gestion des conflits interprofessionnels, elle est assumée par la Direction des ressources humaines ou par une direction regroupant les pratiques professionnelles et les soins infirmiers.</p>
<b>Processus de recrutement du personnel</b>	<p>Dans la moitié des organisations, la Direction des ressources humaines (DRH) déploie des efforts, en collaboration avec les milieux/équipes cliniques, pour recruter des professionnels cliniciens ou gestionnaires qui répondent aux attentes de ces derniers. En ce sens, on rapporte la mise en place d'un processus de sélection fondé sur des critères essentiels tels que la compétence de collaboration et les expériences de travail. Dans un cas, on implique les gens de la base en favorisant la présence d'un représentant de la profession lors des entrevues de sélection afin d'assurer la connaissance de la réalité des professionnels.</p>
<b>Processus de gestion du changement</b>	<p>Organisation de formations ou de rencontres d'information.</p>
<b>Activités de reconnaissance</b>	<p>Un établissement tient annuellement une activité pour souligner l'engagement et l'expertise de ses professionnels par la remise de prix, ainsi que des « journées du personnel ».</p>

B. Volet structurel	
<b>Concertation interdirections</b>	<p>Dans un établissement, on souligne les travaux de concertation en cours entre le CDPIR, la DSM, la DSP et la DSI de l'établissement afin d'articuler et de formaliser la pratique collaborative tout en évitant qu'il y ait un seul porteur du projet. On mentionne aussi les efforts de rétention du personnel comme exemple probant de collaboration interdirections.</p> <p>La concertation serait facilitée lorsqu'il n'y a pas de cloisonnement hiérarchique entre les directions.</p>
<b>Conseils, dont le Conseil multidisciplinaire (CM)</b>	<p>Les conseils (CM, CII et CMDP) sont des lieux d'échanges et de développement propres aux différentes professions. Réunissant les professionnels autres que les infirmières et les médecins, le CM tient plusieurs réunions au cours de l'année afin de rallier les professionnels autour de questions d'intérêt commun (intra- et interprofessions) comme la collaboration (ex. : favoriser l'évaluation et le développement de la compétence professionnelle). Dans un milieu, des représentants du CM siègent également au comité de gestion des risques, au comité de programme, au comité d'agrément et au conseil d'administration.</p> <p>Un établissement mentionne que son CM a entrepris le développement d'une formation continue sur la pratique collaborative, dont les résultats sur le terrain seront éventuellement mesurés.</p>
<b>Fonctionnement par programme</b>	<p>Il est mentionné par une équipe que le fonctionnement par programme favorise la pratique collaborative par la mise en commun d'expertises complémentaires. Selon ce qui a été rapporté dans un milieu, la structure organisationnelle par regroupement clientèles incite le médecin à jouer le rôle de partenaire et oblige ce dernier à adopter une vision globale de la situation, et ce, avec tous les autres professionnels. Aussi, les chefs médicaux des programmes sont-ils impliqués dans l'établissement des objectifs et des priorités, le développement du programme (ajout de personnel, par ex.). Il est précisé qu'un lien de confiance s'est développé avec le temps, ce qui favorise l'imputabilité et la reddition de compte.</p> <p>Par ailleurs, la présence de comités de coordination entre les programmes permet d'éviter le cloisonnement des programmes.</p>
<b>Comités divers</b>	<p>Divers comités sont constitués de représentants de différentes professions et instances, ce qui présente l'avantage d'amener une vision globale des problèmes à résoudre. À titre d'exemples, mentionnons les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Comité interdirections en enseignement : voit au développement de la pratique collaborative en enseignement et au soutien des équipes de soins et de services pour permettre la réalisation d'activités d'apprentissage interprofessionnelles pour les stagiaires.</li> <li>» Comité d'évaluation de programme : formule des recommandations sur l'ensemble des « mémoires de programme » de l'établissement, questionne l'optimisation de l'offre de services et s'assure que chacun des programmes répond aux besoins de la clientèle (en révisant périodiquement sa programmation). Ce type d'implication permet aux médecins de demeurer aux faits des besoins de la clientèle et des meilleures pratiques de collaboration.</li> <li>» Comité de gestion des risques.</li> <li>» Comité stratégique (composé de l'ensemble des gestionnaires) et comité opérationnel mis en place dans le cadre d'un projet organisationnel, après consultation du syndicat et d'une direction professionnelle.</li> </ul> <p>Dans ce dernier cas, les participants expliquent que la philosophie de gestion, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel, s'appuie sur une approche interdirections et interprofessionnelle. Les discussions de gestion se font en mode interdirections. On souligne la collaboration étroite entre la direction adjointe des services hospitaliers et ambulatoires, les programmes et les services.</p> <p>Dans un autre établissement, on mentionne les rapports égaux plutôt que hiérarchiques entre la DSP et les autres directions de l'établissement pour démontrer l'importance de la collaboration entre les différentes directions.</p>



<b>Table médicale élargie</b>	Dans un milieu recensé, le CMDP a participé à l'élaboration d'une table médicale élargie, à laquelle sont représentées la direction générale et la direction des services professionnels et siègent les chefs de programme et les directeurs médicaux. Il est mentionné que cette initiative donnera possiblement lieu à la formation d'une table multidisciplinaire incluant la Direction des services infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires.
<b>Direction des services multidisciplinaires (DSM)</b>	Cette direction a été créée dans la foulée de la Loi 90, relativement au partage des activités professionnelles. Ses activités sont centrées sur la volonté de réunir les instances professionnelles pour réviser les protocoles et les champs de pratique afin de maximiser la pratique collaborative. En ce sens, des projets d'organisation du travail sur les unités de soins hospitaliers ont été réalisés en collaboration avec l'UdeM. De plus, elle a pour mandat de former des accompagnateurs ( <i>coaches</i> ) pour favoriser la collaboration, améliorer les processus de travail et modifier certains actes. Trois équipes auraient été impliquées dans ces changements à ce jour.
<b>Sondage</b>	Une enquête a été réalisée auprès des équipes et des médecins sur leurs perceptions de la pratique collaborative. L'objectif de ce sondage était de dresser le portrait de la pratique collaborative perçue et présente dans les secteurs cliniques afin de préparer une démarche sur l'interdisciplinarité ( <i>sic</i> ) à proposer à l'établissement.

**Tableau 5 : Outils de soutien à la pratique collaborative au sein des équipes cliniques**

Outils	Description
<b>Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)</b>	Bien qu'il ne soit pas formalisé ou appliqué dans la totalité des milieux recensés, l'outil de collaboration le plus répandu est sans contredit le PII. Une seule équipe rapporte qu'une place privilégiée est accordée au patient dans l'élaboration du PII grâce à un outil qui permet à ce dernier de consigner par écrit les besoins qu'il identifie et priorise dans le cadre de son plan d'intervention.
<b>Cadres de références, protocoles et guides de collaboration</b>	<p>UMF. Une équipe a mis en place un guide de collaboration qui permet d'identifier les rôles reliés à l'enseignement et à la clinique, et ce, pour chacun des professionnels. Dans ce même milieu, un outil d'identification des rôles, sous forme d'organigramme pour la délégation de responsabilités, a été mis en place afin de diminuer les irritants qui pouvaient survenir lors du travail entre les deux milieux que sont le Soutien à domicile et les soins palliatifs. Cet outil de formalisation est apparu environ 6 mois suivant l'apparition des irritants. On mentionne qu'une définition écrite des rôles de chacun au sein de l'équipe peut contribuer à créer un sentiment d'appartenance dans l'équipe.</p> <p>Réadaptation. On mentionne que le Processus de production du handicap (PPH) constitue un cadre de référence pour l'ensemble des intervenants, qui impose un langage commun et une philosophie commune, lesquels constituent des atouts certains dans la pratique collaborative. Les mémoires de programme, déjà mentionnés, sont également cités.</p> <p>Milieu hospitalier. On cite « L'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier », qui fournit un cadre de travail auprès de la clientèle âgée, clientèle le plus souvent atteinte de pathologies multiples et complexes nécessitant des interventions concertées et une collaboration étroite entre les intervenants.</p> <p>Soins spécialisés. Un protocole de soins spécialisés est imprimé et relié sous forme de « petit livre de poche » à l'intention des cliniciens.</p> <p>Enfin, il est souhaité que le <i>Guide d'implantation du partenariat de soins et de services</i>, actuellement élaboré par un groupe de travail mandaté par le Comité, dirigé par M. Bernard Deschênes, du CSSS du Sud de Lanaudière, favorisera le développement et la formalisation de la pratique collaborative dans les établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. Dans un établissement, on précise que ce document sera assorti d'un cadre d'opérations incluant le patient et ses proches en tant que partenaires dans les soins, l'enseignement et la recherche.</p> <p>Tous ces outils contribuent à l'harmonisation des processus cliniques.</p>

<p><b>Outils informatiques et électroniques</b></p>	<p>Quelque soit la taille de l'équipe, il est mentionné que de bons outils de communication, en modes synchrone et asynchrone, sont essentiels.</p> <p>Courriel, intranet, pagette, téléphone intelligent facilitent la communication (accessibilité, rapidité des échanges) entre les membres de l'équipe et viennent s'ajouter aux autres modes de communication plus conventionnels, qu'ils soient écrits (messages manuscrits) ou verbaux (discussions de corridor, appels téléphoniques directs).</p> <p>Par exemple, dans un milieu, l'horaire de rencontres hebdomadaires formelles entre intervenants est confirmé via un programme intranet (selon 3 plages horaires possibles) pour discuter d'aspects cliniques entre les révisions formelles du plan d'intervention, les « pré-PII» (préparation du PII) et les « PII ».</p> <p>Les rapports finaux (PII et rapports des différents professionnels) sont déposés au dossier central du patient (papier) et au dossier informatique (programme intranet). Les notes évolutives des professionnels sont placées au dossier informatique seulement. Chaque professionnel peut ainsi consulter les notes d'évolution de ses collègues, mais seulement les notes informatisées (certaines notes plus confidentielles demeurant à la discrétion du professionnel). En effet, un système intranet contient un canevas particulier qui permet à chacun des membres de l'équipe d'écrire ses impressions et ses informations.</p> <p>Le protocole de soins sous forme de « petit livre de poche » dont nous avons parlé plus haut peut aussi être consulté via intranet.</p> <p>Ailleurs, la DSI, la DRH et la DSM se sont concertées à différents niveaux pour mettre en place une structure de pratique collaborative qui implique aussi la Direction des ressources techniques et informationnelles, qui projette l'installation d'un programme informatique pour partager le PII. On rapporte aussi un projet d'obtention d'un logiciel de dépôt de l'information clinique (ex. : pour des PII informatisés), en mentionnant toutefois l'imposition d'un moratoire pour le moment sur les projets de développement engageant des sommes importantes.</p> <p>Dans un milieu, un dossier clinique informatisé (DCI) est en voie d'implantation. Ce dossier permettra aux médecins et professionnels de partager des renseignements de façon rapide et lisible.</p>
<p><b>Normes et pratiques cliniques ou de gestion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ordonnances collectives (processus d'intégration des infirmières auxiliaires complété - une seule ordonnance collective est signée).</li> <li>» Demandes de consultation en ergothérapie, en physiothérapie et avec le travailleur social : remplies par les infirmières, généralement en collaboration avec le médecin.</li> <li>» Développement d'une procédure et de processus normalisés pour les soins de plaies.</li> <li>» Feuille de suivi structuré auprès d'une clientèle particulière pour faciliter le travail des infirmières.</li> <li>» Formulaires adaptés (ex. : pour les références).</li> <li>» Harmonisation des processus cliniques au niveau de l'hôpital, des cliniques médicales privées et des centres de référence.</li> </ul>
<p><b>Autres outils</b></p>	<p>On souligne aussi la mise en place prochaine d'un tableau de bord pour suivre l'évolution du projet de mise en place de la pratique collaborative (à l'échelle régionale et au niveau de l'établissement) et en assurer la pérennité.</p> <p>Un établissement tient un Forum des cadres où chacun présente en 15 minutes le rôle de son service et sa contribution auprès des patients ; on a également réalisé une courte vidéo à des fins de formation à l'interne.</p>

# Groupes de travail

---

## Groupe de travail sur le *leadership* médical et professionnel

---

### Responsable

---

**Jacques Bernier**, MD, FRCPC, CPSQ, LMCC  
Agrégé de clinique, Département de  
psychiatrie  
Faculté de médecine  
Psychiatre  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

### Membres

---

**Nicole Brière**, MD  
Omnipraticienne en réadaptation physique  
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

**Diane Calce**, MPs  
Directrice des services cliniques  
CHU Sainte-Justine  
Coprésidente, Comité sur les pratiques  
collaboratives et la formation  
interprofessionnelle

**Vincent Dumez**, MSc  
Directeur  
Bureau facultaire de l'expertise patient-  
partenaire  
Faculté de médecine

**Luce Gosselin**, BA Trad, MOA  
Coordonnatrice  
Comité sur les pratiques collaboratives et la  
formation interprofessionnelle

**Fanny Guérin**, PhD  
Neuropsychologue  
Responsable de formation professionnelle  
Adjointe au directeur (secteur académique)  
Département de psychologie  
Faculté des arts et sciences

**Hélène Lauzon**, MSI  
Informationniste  
Chef bibliothécaire  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Paule Lebel**, MD, MSc, CSPQ, FRCPC,  
CRMCC  
Spécialiste en médecine communautaire  
Médecin-conseil, Direction de la santé  
publique de Montréal  
Directrice, Secteur « Pratiques collaboratives  
et Partenariat de soins », CPASS  
Agrégée de clinique, Département de  
médecine familiale et de médecine d'urgence  
Faculté de médecine  
Coprésidente, Comité sur les pratiques  
collaboratives et la formation  
interprofessionnelle

**Hélène Lefebvre**, PhD  
Professeure titulaire  
Vice-doyenne à la recherche et au  
développement international  
Faculté des sciences infirmières

**Sylvie Martel**, BSc  
Coordonnatrice professionnelle des affaires  
multidisciplinaires  
Direction des services multidisciplinaires  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Jean Pelletier**, MD, CCFM, FCFM  
Directeur  
Agrégé de clinique  
Département de médecine familiale et de  
médecine d'urgence  
Faculté de médecine

**Nada Dabbagh**, BPharm, MSc  
Pharmacienne  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

## Groupe de travail sur le leadership organisationnel

---

Responsable : **Christine Roberge**, MOA, MSc  
Adjointe interdisciplinaire  
Direction de l'enseignement  
CHUM

**Yves Desjardins**, BAA, MSc, PhD  
Directeur général adjoint – qualité, performance  
Centre de santé et de services sociaux du  
Sud-Ouest-Verdun

**Diane Filiatrault**, BA PsÉd, DÉSS  
Directrice générale  
CSSS de Thérèse-De Blainville

**Danielle Fleury**, MSc, Inf  
Directrice  
Direction des soins infirmiers  
CHUM

Remplacée par :  
**Sylvie Dubois**, PhD, Sc inf, MBA, MEd  
Directrice, Direction des soins infirmiers  
CHUM

**Justin Jefferson-Falardeau**, DC, MSc  
Chargé de projet  
CPASS, Faculté de médecine

**Julie Lajeunesse**, MD, FCFM, MSc  
Médecin de famille  
CHUM

**France Plouffe**, BSc, MAP  
Adjointe à la Direction de l'enseignement  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

**Maryse St-Onge**, erg, MSc  
Directrice des services multidisciplinaires  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

# Lecteurs

---

## **Frédéric Abergel**

Directeur adjoint - Mission CHSGS et main-d'œuvre médicale  
Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## **Martine Bouchard**

Directrice adjointe - Mission réseaux locaux de services  
Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## **Nicole Brière**

Médecin de famille, Programme TCC  
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

## **Mireille Desrochers**

Conseillère en gestion des ressources humaines  
Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement  
Ministère de la santé et des services sociaux

## **Hélène Dubois**

Directrice de la recherche et de l'analyse  
Office des professions du Québec

## **Robin Dumais**

Coordonnateur des ressources documentaires et informationnelles du RUIS de l'UdeM  
Bureau exécutif du RUIS  
Faculté de médecine, UdeM

## **Vincent Dumez**

Directeur  
Bureau de l'expertise patient partenaire  
Faculté de médecine, UdeM

## **Evlyn Matthieu**

Conseillère  
Présidence - Direction générale  
Ressources humaines réseau  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et du Centre du Québec

# Bibliographie

---

- <sup>1</sup> Blanchet M, Deschênes B, Dumez V, Jean-Baptiste A, Matthieu É, Mercier AM, Néron A, Roberge C, St-Onge M. (à paraître). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*. RUIS de l'UdeM.
- <sup>2a</sup> Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. (2005). Defining and assessing competence of healthcare professionals: A survey of 148 organizations. *Presse Medicale*, 34(22 I), 1703-1709.
- <sup>2b</sup> Clifford RM, Plumridge RJ. (2003). Developing Key Competencies for Clinical Pharmacy Education and Peer Review Program. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 33(3): 208-212.
- <sup>3</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239–253.
- <sup>4</sup> Jonas S, McCay L, Keogh B. (2011). The Importance of Clinical Leadership in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm. Wiley-Blackwell BMJ Books, pp 1-3.
- <sup>5</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239–253.
- <sup>6</sup> Denis JL et coll. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances*. AQESSS, 81 p.
- <sup>7</sup> Spurgeon P, Barwell F, Mazelan P. (2008). Developing a medical engagement scale (MES). *The International Journal of Clinical Leadership*, 16:213-22.
- <sup>8</sup> Equations Consulting : [En ligne] URL: <http://www.equationsconsulting.com/fr/html/produits/leader-org.htm> (page consultée le 13 août 2012)
- <sup>9</sup> Bouchard, Chantal. (2002). *La qualité d'un organisme : Construction et expérimentation d'un dispositif d'indicateurs de la qualité*. Mémoires et thèses de l'Université Laval. [En Ligne] URL : <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/20189/20189.html>
- <sup>10</sup> Office québécois de la langue française. (2001). [En ligne] URL : <http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/Resultat.aspx> (page consultée le 13 août 2012).
- <sup>11</sup> Bonin L, Lebel P et coll. (2005). *Cadre de référence sur la planification des services*. Rapport du Groupe de travail sur la planification des services, présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC), MSSS.
- <sup>12</sup> Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. [En ligne] URL: <http://www.cihc.ca>
- <sup>13</sup> Bureau de normalisation du Québec. (2010). [En ligne] URL : [http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26505494](http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26505494) (page consultée le 13 août 2012). [http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26505494](http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26505494) (page consultée le 7 août 2012).
- <sup>14</sup> Jefferson-Falardeau J. (2011). Facteurs associés à l'implantation d'un programme de formation interprofessionnelle au sein d'un Centre de santé et de services sociaux au Québec. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/5893>.
- <sup>15</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239–253.



- <sup>16</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239-253.
- <sup>17</sup> World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva, WHO Press.
- <sup>18</sup> Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3): 230-241.
- <sup>19</sup> Kingdon DG. (1992). Interprofessional collaboration in mental health. *Journal of Interprofessional Care*, 6(2):141-147.
- <sup>20</sup> Strasser DC, Falconer JA, Herrin J, Bowen SE, Stevens AB, Uomoto JM. (2005). Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 86:403-9.
- <sup>21a</sup> Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults, *Nursing Outlook*, 59(4):243-250.
- <sup>21b</sup> Rich MW, Beckham V, Wittenberh C, Levens CL, Freedland KE, Carney RM. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*, 333:1190-5.
- <sup>22</sup> Programme de lutte contre le cancer. Comité consultatif sur le cancer. (1997). *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Gouvernement du Québec. Bibliothèque nationale du Québec, Publication no : 97-729-50F.
- <sup>23</sup> Goldman J, Meuser J, Rogers J, Reeves S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams. An Ontario-based study. *Can Fam Physician*, 56:e368-74.
- <sup>24</sup> Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009*. État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins. Québec.
- <sup>25</sup> Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3): 230-241.
- <sup>26</sup> Markiewicz L, West M. (2011). Leading Groups and Teams in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm, Wiley-Blackwell BMJ Books, pp.14-18.
- <sup>27</sup> McKimm J. (2011). Leading for Collaboration and Partnership Working in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm, Wiley-Blackwell BMJ Books, p. 45.
- <sup>28</sup> Moss F. (2011). Leading and Improving Clinical Services in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm, Wiley-Blackwell BMJ Books, pp.34-37.
- <sup>29</sup> Markiewicz L, West M. (2011). Leading Groups and Teams in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm, Wiley-Blackwell BMJ Books, pp. 14-18.
- <sup>30a</sup> Barker KK, Bosco C, Oandasan IF. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1: 166-176.
- <sup>30b</sup> D'Amour D, Oandasan IF. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1: 8-20.
- <sup>30c</sup> Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. (2010). *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care*. Oxford (UK), John Wiley & Sons.
- <sup>30d</sup> San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1): 132-147.

- <sup>31</sup> Frank, JR. (Ed). (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- <sup>32</sup> OIIQ/FMOQ. (2005). L'ABC de l'ordonnance collective. Aide-mémoire suite au Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.
- <sup>33</sup> Association canadienne de protection médicale. (2010). Une nouvelle réalité: L'élargissement des champs d'exercice. *Perspective ACPM*, 2(1):10-11.
- <sup>34</sup> RAMQ. ANNEXE 38. BROCHURE NO 5 - SPÉCIALISTES, MAJ 19/novembre 2009/99, p.1 [En ligne] URL: [www.ramq.gouv.qc.ca/.../158.../004\\_ann\\_38\\_rem\\_mixte\\_spec.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/.../158.../004_ann_38_rem_mixte_spec.pdf) (page consultée le 21 mai 2012).
- <sup>35</sup> Denis JL et coll. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif: état des connaissances.* AQESSS, 81 p.
- <sup>36</sup> Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework.* [En ligne] URL: <http://www.cihc.ca>
- <sup>37</sup> Jefferson-Falardeau J. (2011). Facteurs associés à l'implantation d'un programme de formation interprofessionnelle au sein d'un Centre de santé et de services sociaux au Québec. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/5893>.
- <sup>38</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239–253.
- <sup>39</sup> Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11 (4): 239–253.
- <sup>40</sup> Ménard JP. (Mai 2011). *Responsabilité professionnelle de l'équipe. D'un point de vue juridique, de quoi parle-t-on au juste ?* Présentation au Colloque CIP CHUM.





