

DES ALLIANCES ... AU QUOTIDIEN. LA BASE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.

Conférence AQIISM : 20 mai 2004

**Par : Linda Fortier, t.s., chef clinico-administrative
Hôpital de jour
Hôpital Louis-H. Lafontaine**

TEXTE DE PRÉSENTATION DISPONIBLE SUR LE SITE : www.hhl.qc.ca

Tous les jours lorsqu'on offre des services à une clientèle en difficultés et en besoin d'aide, nous devons faire des alliances. Avec la personne d'abord, son entourage, les services, nos collègues et d'autres professionnels.

Il est reconnu aujourd'hui qu'aucun professionnel peu importe sa formation, ne peut à lui seul détecter tous les besoins et dispenser tous les services requis par une personne. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la personne présente des problèmes multiples et complexes.

Les alliances font donc partie de notre quotidien et sont nécessaires pour construire une relation interprofessionnelle, dans le but d'offrir des services de meilleure qualité à la clientèle.

Les relations interprofessionnelle est d'autant plus mise au défi, que nos organisations vivent depuis les années '90, des vagues de compressions et de révision des façons de faire, sans précédent. Ceci dans un contexte où les problématiques s'alourdissent, que l'accroissement des demandes de services est fulgurante, qu'une culture d'évaluation des processus et des résultats prend place mais aussi que l'on doit faire face à une pénurie de professionnels. Tous ces éléments viennent agir sur les opportunités d'établir des alliances de qualité.

L'intérêt de cette communication est d'échanger sur les différentes facettes de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte précis des Équipes de Travail Multidisciplinaire (É.T.M.).

Il y a tellement de façons d'en parler, qu'il s'agit avant tout d'un bref survol des différents éléments qu'on peut y associer. C'est bien modestement que je partage mes réflexions avec vous, en me basant sur mes différentes expériences comme clinicienne, formatrice, étudiante et chef de service par rapport aux alliances et aux collaborations interprofessionnelles.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Au fil des ans, le langage s'est enrichi d'une variété de termes pour représenter les relations entre professionnels de disciplines différentes qui offrent des services simultanés à une même clientèle. Les chercheurs et les praticiens parlent dorénavant de *multidisciplinarité*, d'*interdisciplinarité*, de *transdisciplinarité*, de *pluridisciplinarité* et même, dans le domaine de la recherche, de *métadisciplinarité*. Cependant, ces termes n'ont pas toujours été définis clairement ou de manière homogène. Il importe d'identifier la nature et la portée de chacun des termes.

Devant la variété de définitions de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité et devant les modes de collaboration disponibles — tous aussi valables et nécessaires selon les besoins de la clientèle —, il nous apparaît important de choisir un terme générique qui englobe les différents niveaux d'interactions.

La *collaboration interprofessionnelle*, terme mis de l'avant par madame Danielle D'Amours, dans sa thèse de doctorat (1997) est donc, selon notre entendement, un terme chapeautant tous les niveaux de collaboration quels qu'ils soient. Les mécanismes et les caractéristiques inhérents à chaque niveau sont les mêmes ; seule l'intensité de la collaboration marquera le passage d'un mode multidisciplinaire à interdisciplinaire. Par ailleurs, la définition que nous privilégions situe bien les dimensions qui peuvent influencer la collaboration entre différents individus et, plus encore, traduit le caractère dynamique et évolutif de ce phénomène.

- **Définition**

« La STRUCTURATION D'UNE ACTION collective à travers le PARTAGE DE L'INFORMATION ET LA PRISE DE DÉCISION dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire du travail » (Danielle D'Amours, 1997 : 104).

- **Différents contextes de collaboration interprofessionnelle :**

On retrouve des collaborations interprofessionnelles entre des individus d'établissements et d'organisations distincts, puis des collaborations interprofessionnelles entre des professionnels d'un même établissement mais rattachés à des services différents. On retrouve aussi des individus rassemblés dans un même service et finalement à l'autre bout du spectre, des professionnels ayant à intervenir auprès d'une clientèle commune, réunit au sein d'une même équipe et se retrouvant en interactions sur une base régulière. Dans ce contexte, les liens sont multiples, rapprochés et une dynamique de groupe peut s'installer. Ce contexte est l'équipe de travail multidisciplinaire.

- **L'objet d'intérêt de la communication: L'Équipe de Travail Multidisciplinaire** *(C'est dans ce contexte qu'on vit souvent les plus grands succès et les plus grands conflits mais surtout, dans ce contexte que l'on peut retrouver un pouvoir d'action très puissant).*

Si on note aujourd'hui, une tendance à la reconnaissance de l'importance du travail d'équipe, il ne faut pas oublier que cela se fait dans un contexte où les équipes ont été déstabilisées par de multiples changements dans le secteur de la santé et des services sociaux. Si les discours actuels sont favorables à un certain réinvestissement financier, on n'en questionne pas moins les pratiques, notamment les modes de collaboration entre les intervenants, les services et les organisations.

- **Nécessité de cette forme d'organisation du travail**

- ✓ Multiplicité, complexité et chronicité des problèmes exigent mise en commun des différentes ressources humaines, pour arriver à une meilleure compréhension des problématiques et une meilleure prestation de services.
- ✓ Évolution des pratiques qui reconnaît que l'étendue des besoins requièrent un vaste éventail des compétences.
- ✓ Évolution verticale et horizontale des savoirs. (Somerville, 1991)

- **Davantage qu'une mode :**

Perspective historique

- ✓ Southard et Jarrett (1922) ; French (1940)
- ✓ Littérature des années'80 : Abondante littérature sur le travail d'équipe.

Contexte socio-politique

- ✓ Politique de santé mentale :1987
- ✓ Rapport Clair : 2000
- ✓ Rapport Bernier : 2001
- ✓ Colloques sur l'interdisciplinarité (4^{ième} depuis 1997)

Résultats attendus:

- Amélioration de la qualité des services:
 - Assurer une continuité de soins et de services

Cela se traduit entre autre, par une mise en commun des évaluations permettant une vision globale de la situation de l'utilisateur, l'élaboration, la révision et la coordination du plan d'intervention, la réévaluation continue de la pertinence de l'intervention et l'implication soutenue de l'utilisateur et son entourage dans la démarche thérapeutiques.

La promotion du travail d'équipe a notamment été importante dans les secteurs où les problèmes dominants sont de nature chronique. La réadaptation, la santé mentale et la gérontologie sont parmi ces problèmes chroniques. Ces secteurs partagent des caractéristiques qui en font des champs particulièrement aptes à accueillir l'intervention de disciplines multiples :

- les problèmes ont habituellement une causalité multiple ;
- plusieurs pathologies se retrouvent souvent, de façon concomitante, chez un même individu ;
- les problèmes sont habituellement multidimensionnels (physiques, mentaux, sociaux) et nécessitent donc l'apport de plusieurs professionnels.

L'organisation du travail par équipe de travail multidisciplinaire est plus qu'un simple courant. Elle jouit d'un ancrage historique, elle évolue, elle se précise et elle devient incontournable.

DIFFÉRENTES FORMES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DANS UNE É.T.M. : ENTRE MULTI À L'INTER

Continuum de collaboration interprofessionnelle dans une É.T.M. :

(Pronovost-Tremblay et Jinchereau ;1986)

mode
multidisciplinaire

1. la RÉFÉRENCE = partage d'un but commun sans interaction véritable entre les intervenants;
2. la CONSULTATION = implique une interaction, asymétrique toutefois, où la responsabilité demeure celle de la personne qui consulte;
3. le RASSEMBLEMENT = les intervenants s'informent réciproquement mais demeurent autonomes et responsables de leur intervention respective;

Transition entre la
multi et l'inter

4. la COORDINATION = les intervenants modulent et harmonisent leurs actions pour tenir compte des autres interventions;

mode
interdisciplinaire

5. la COLLABORATION = les intervenants parviennent conjointement à une vue d'ensemble du problème et décident des solutions et interventions, de leur priorité et du partage des rôles et des tâches de chacun dans l'action.

Les modes d'application (Hébert, 1997):

Dans nos milieux professionnels, les modalités d'interactions se présentent souvent à travers 2 canaux principaux :

- 1) Le mode informel : Les discussions de cas
- 2) Le mode formel : Les réunions d'équipe

Les deux véhicules de communication doivent coexister pour installer une dynamique d'équipe. Autrement, si seul le mode informel est investie nous serons en présence de collaborations interprofessionnelles entre deux ou quelques professionnels mais non par une structure qui favorise le vie d'équipe.

DE LA VIABILITÉ ET LA CROISSANCE D'UNE É.T.M.

Rassemblement d'individus n'implique pas la formation d'un groupe / équipe de travail.

- **Conditions de base pour assurer la viabilité et la croissance du groupe** (St-Arnaud, 1978):
 1. Objectif commun, ce « pourquoi » les individus sont rassemblés;
 2. Rapport d'échanges entre les individus et de reconnaissance des compétences respectives; (Pronovost, 2000 ; St-Arnaud, 1978)
 3. la présence et le partage du leadership ;
 4. une structure d'animation des activités du groupe qui est formalisée et adéquate ;
 5. un résultat aux activités : « il faut que les membres se sentent compétents et productifs ensemble » (Pronovost, 2000)

Le rassemblement de plusieurs individus possédant leur personnalité propre met en branle, par les interactions qu'ils ont entre eux, une dynamique de groupe qui suit des règles précises. Cette dynamique doit être utilisé pour alimenter la vie d'équipe et soutenir l'équipe dans son évolution vers une plus grande maturité et une plus grande performance.

- **La maturité d'un groupes se mesurent à partir de six critères principaux (Hébert, 1997):**
 1. les aspirations individuelles des professionnel sont réellement intégrées aux exigences de la tâche à exécuter en groupe. les rôles et les tâches sont

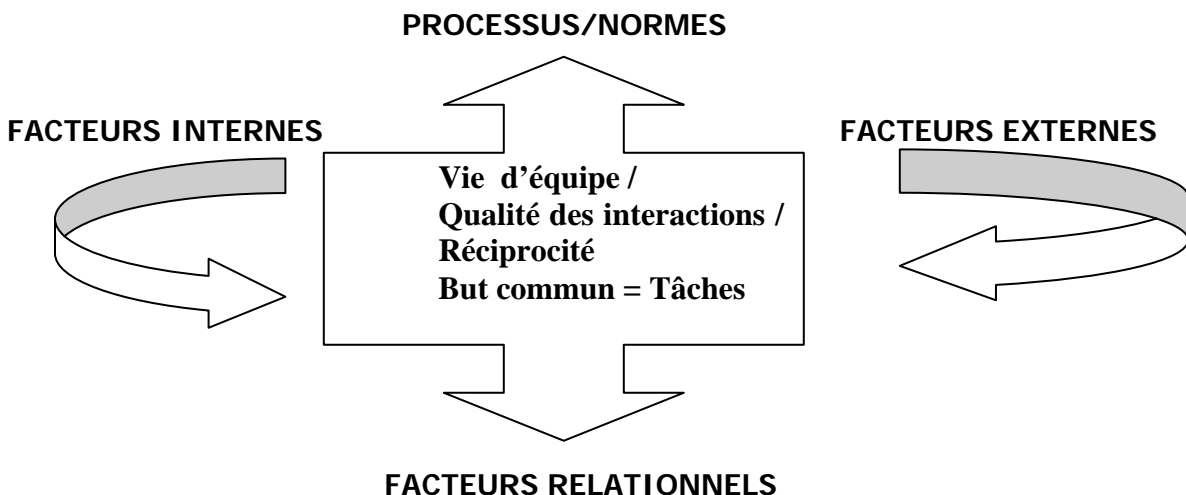
distribués pour utiliser de façon optimale le potentiel de chacun des membres qui deviennent capables d'un leadership partagé.

2. des conflits existent mais ils portent sur des contenus importants plutôt que sur des données émotives.
3. les professionnels perçoivent leurs différences et s'acceptent comme tels sans porter de jugement de valeur, tout en appréciant leur complémentarité.
4. le groupe est capable de cohésion et chacun des membres est conscient de l'importance de son rôle dans le groupe.
5. les décisions se prennent par consensus réel après une discussion rationnelle plutôt que par une recherche compulsive d'unanimité.
6. le groupe est capable d'utiliser au maximum le potentiel de créativité de chacun dans la réalisation de la tâche.

FACTEURS QUI INFLUENCENT LA VIABILITÉ ET LA CROISSANCE D'UNE É.T.M.

La dynamique d'une É.T.M. est influencé par différents facteurs :

- Les facteurs externes
- Les facteurs internes
- Les processus et normes de l'É.T.M.
- Les facteurs relationnels



QUELQUES FACTEURS D'INFLUENCE (DUSSAULT, 1990)

<p>NORMES DE FONCTIONNEMENT / PROCESSUS : Les règles et mécanismes définis par l'équipe pour accomplir la tâche.</p>	<p>FACTEURS EXTERNES : Éléments extérieurs à l'équipe, sur lesquels les membres ont peu ou pas de contrôle</p>	<p>FACTEURS INTERNES : Éléments sur lesquels l'équipe peut agir et qui constituent le cadre du fonctionnement de l'équipe.</p>	<p>RELATIONS ENTRE LES MEMBRES / CLIMAT : Niveau de confiance entre les membres et sentiment de compétence.</p>
<p><u>Avoir des mécanismes d'animation et de coordination d'équipe :</u></p> <p>Reconnaître le besoin d'avoir une personne responsable de la coordination du fonctionnement de l'équipe Prévoir des procédures d'animation de réunion Soutenir l'émergence des leaders naturels</p> <p><u>Établir des modalités de communication efficaces (normes, attitudes, forme et contenu) :</u></p> <p>Lieux et temps de communication (calendrier de réunion) Se donner une structure (où, qui, combien de temps, ordre du jour, prise de note) S'entendre sur des modalités de suivi décisionnel (qui et comment s'assure-t-on que les décisions prises en équipes sont actualisées) S'assurer de la pertinence du contenu S'assurer de la participation efficace de tous et de l'écoute Prévoir des mécanismes d'intégration des nouveaux</p> <p><u>Clarifier nos processus de prise de décision</u></p> <p>Modalités de prise de décisions sur la tâche et par rapport à l'objectif Mécanismes de résolution de problème Mécanismes de gestion de conflits liés au fonctionnement et aux orientations de services</p>	<p><u>Environnement politique :</u> Considérer les orientations définies à l'extérieur (ministère, régies, compressions budgétaires, etc.)</p> <p><u>Cadre législatif :</u> Connaître les lois, codes déontologique, conventions syndicales, etc., qui influencent l'organisation du travail et les rapports entre les professionnels. Évaluer la marge de manœuvre disponible.</p> <p><u>Cadre organisationnel</u> (Établissement dans à laquelle l'ÉTM est rattachée) : La philosophie de gestion telle que préconisée et pratiquée. La taille de l'organisation. L'organigramme de l'organisation. Précision de la mission et des mandats de chacun des services. Allocation des ressources nécessaires à la réalisation de la mission. L'engagement de l'établissement à soutenir ce mode de travail. Reconnaissance des exigences de ce mode de travail Les ressources mises à la disposition des équipes (ex ; formations de base et continu, coaching d'équipe, charge de travail, libération de temps, etc.)</p> <p>Ouverture et présence de lieux de discussions (paritaires) pour parler de l'impact sur l'organisation du travail (budget, rehaussement des équipes, diminution de la charge de travail, stabilité du</p>	<p><u>Mission :</u> Appropriation et adhésion à la mission. Définir et valider la programmation clinique.</p> <p><u>Objectifs :</u> Établir et valider en ÉTM les buts à court et long terme S'entendre sur les priorités. Définir un plan d'action pour atteindre les objectifs.</p> <p><u>Résultats :</u> Identifier des mesures objectives d'atteinte de résultats, tant au niveau de la programmation clinique, que de l'efficacité des soins et des services.</p> <p><u>Définition de l'ÉTM :</u> Clarification de la composition de l'ÉTM : membres de l'équipe de base, collaborateurs.</p> <p><u>Normes :</u> Mise en place de normes de fonctionnement formelles et négociées</p> <p><u>Temps :</u> Se donner du temps pour travailler ensemble; Se donner le temps d'évoluer; Utiliser de façon optimale, le temps passé ensemble.</p>	<p><u>Partager les perceptions :</u> (Temps pour échanger)</p> <p><i>Qu'est-ce qui nous rassemble ?</i> Les besoins de la clientèle Les buts de l'intervention</p> <p><i>Qui sommes-nous ?</i> Nos cadres de référence et nos valeurs d'intervention ? Quelles compétences professionnelles et personnelles chacun peut mettre à la disposition de l'équipe ?</p> <p><i>Qu'est-ce qui encadre notre pratique ?</i> Mission de l'organisation Raison d'être du service Programmation clinique</p> <p><u>Assurer la diversité des compétences:</u> Se donner des occasions de se connaître et se reconnaître professionnellement; Développer des liens de confiance entre les membres. Promotion des contributions de chacun Reconnaissance et respect des spécificités Clarification des frontières et des zones communes (habiletés spécifiques et génériques) Préciser les responsabilités professionnelles et légales de chacun Reconnaître l'imputabilité et la responsabilité de chacun face à ses interventions. Réciprocité/complémentarité/ Intégration/respect de l'autonomie professionnelle</p>

<p>NORMES DE FONCTIONNEMENT / PROCESSUS : Les règles et mécanismes définis par l'équipe pour accomplir la tâche.</p>	<p>FACTEURS EXTERNES : Éléments extérieurs à l'équipe, sur lesquels les membres ont peu ou pas de contrôle</p>	<p>FACTEURS INTERNES : Éléments sur lesquels l'équipe peut agir et qui constituent le cadre du fonctionnement de l'équipe.</p>	<p>RELATIONS ENTRE LES MEMBRES / CLIMAT : Niveau de confiance entre les membres et sentiment de compétence.</p>
<p><u>Utiliser des outils communs</u></p> <p>Identifier les outils nécessaires, en fonction des besoins (Plan d'intervention, Grille d'évaluation, Plan de Services...) Prévoir des mécanismes de coordination (intervenant pivot, réunion de plan de services, etc...)</p> <p><u>Assurer une révision continue des modalités de fonctionnement d'équipe</u></p> <p>Se donner des temps précis pour discuter de comment on fonctionne en équipe Évaluer les forces du groupes et les difficultés à travailler Aller chercher des ressources extérieures pour résoudre les impasses de fonctionnement</p> <p><u>Reconnaître l'importance du temps.</u></p>	<p>personnel, ...) et réviser l'organisation du travail</p> <p>Inclusion dans le temps de travail des activités nécessaires à la consolidation de la vie d'équipe.</p> <p>Favoriser la stabilité des ÉTM.</p> <p>Démarche d'établissement concertée mais adaptée aux besoins et réalités des diverses ÉTM.</p>		<p>Encourager et soutenir le développement des attitudes personnelles et des compétences professionnelles nécessaires à un bon travail d'équipe et une collaboration interprofessionnelle efficace;</p> <p>Assumer nos responsabilités comme membre d'une ÉTM et participer au développement de la vie d'équipe.</p> <p><u>S'accorder du temps</u></p> <p><u>Participer à l'accueil des nouveaux membres et la transmission d'éléments relatifs à l'histoire de l'ÉTM</u></p>

LES RELATIONS ENTRE LES MEMBRES:

ZONE LA PLUS SUBJECTIVE ET INFLUENÇANT DE FAÇON MAJEURE LE FONCTIONNEMENT DE L'É.T.M.

- **Stimuler la vie de groupe;**

- ✓ Considérer les éléments propre à la viabilité d'un groupe ;
- ✓ Stimuler l'établissement des relations entre les membres. Il doit y avoir interaction directe des membres d'un groupe et à un même niveau hiérarchique (St-Arnaud, 1978).
- ✓ Le groupe doit avoir un pouvoir que chacun des membres partage.
- ✓ Les ressources de chacun des membres du groupe doivent être mises à contribution pour un fonctionnement optimal.

- Développer des attitudes personnelles et des compétences professionnelles nécessaires à un bon travail d'équipe et une collaboration interprofessionnelle efficace;
- Assumer ses responsabilités comme membre d'une É.T.M.;
- S'accorder du temps;

<i>Attitudes personnelles</i>	<i>Compétences professionnelles</i>	<i>Responsabilités comme membre d'une équipe</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Capable d'affirmation de soi • Écoute et empathie • Respect et authenticité • Sécurité personnelle et professionnelle • Ouverture à l'inconnu • Valorisation des différences • Souplesse et flexibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir son champ d'intervention spécifique • Présenter une image positive de sa profession • Être soucieux de développer ses compétences professionnelles • Assumer ses responsabilités professionnelles • Être capable de nommer nos limites d'intervention • Développer une approche systémique • Être capable de produire son plan d'intervention • Être transparent dans son intervention • Être congruent entre ce qui est dit et fait • Identifier et développer des • Compétences dans ce champ des habiletés génériques 	<ul style="list-style-type: none"> • Être familier avec les processus de travail d'équipe: prise de décision, modalités de fonctionnement, etc. • Connaître les rôles et les spécificités d'action des autres membres • Reconnaître la complémentarité entre les diverses disciplines • Être préparé à la rencontre • Avoir un langage accessible et compréhensible • Respecter le champ d'action des autres membres • Participer activement aux discussions d'équipes • Écouter les autres • Favoriser le consensus • Respecter les normes de fonctionnement de l'équipe • Être solidaire des décisions • Manifester ses inconforts et ses désaccords • Participer à la résolution de conflits • Participer au leadership • Reconnaître et nommer le plaisir de travailler ensemble • Développer un langage commun • Favoriser un bon climat de travail • Respecter la confidentialité

Il faut donc tenir compte de:

- la tâche que l'équipe doit accomplir (offre de service, mission);
- des processus (tel que les modalités de communication, de prise de décision et de gestion de conflit);
- du climat (niveau de confiance entre les membres de l'équipe).

Intégration de l'identité professionnelle + lieux de discussions



Clarification des frontières

Frontières sont nécessaires:

Pour éviter la fusion (*tout le monde fait la même chose*) et la confusion (*n'importe qui, fait n'importe quoi*)

Climat de confiance et de support :

Nécessaire pour clarifier les zones communes et spécifiques et résoudre les conflits.

(Tremblay G., 1999)

Viser une interaction professionnelle efficace

Trois degrés de coopération (St-Arnaud, 1989): *Niveaux de collaboration*

1. Faire seul	Chacun des intervenants cherche à atteindre <u>ses propres objectifs</u> et <u>s'attend à ce que l'autre réponde à ses propres attentes</u> (référence, consultation, rassemblement)
2. Négociation	Les <u>intérêts</u> des deux interlocuteurs <u>sont divergents</u> mais les deux ont <u>besoin l'un de l'autre par rapport à une cible commune</u> , ce qui les oblige à <u>dégager un compromis</u> .
3. Faire ensemble	Les intervenants ont les <u>mêmes intérêts et une cible commune</u> . Ils adoptent des <u>positions de partenaires</u> en reconnaissant que leur champs de compétence sont <u>complémentaires</u> et en acceptant un <u>équilibre du pouvoir</u> .

PRÉ-REQUIS AU « FAIRE ENSEMBLE » = ÉTABLISSEMENT D'UNE RELATION DE CONFIANCE

La confiance que l'on place en quelqu'un est aussi tributaire du risque perçu. Plus on considère le risque élevé, plus on hésitera à faire confiance ou plus long sera le processus d'établissement du lien de confiance.

• Facteurs contributifs à l'établissement du lien de confiance :

- ✓ Confiance = Sentiment de pouvoir se fier à quelqu'un, à quelque chose en toute sécurité. Fonction de la perception du risque et du gain:
- ✓ Présence de liens de confiance entre les membres d'un groupe a un effet direct sur la qualité du climat de travail (E. Morin, 1996)

Comportements :

L'établissement du lien de confiance envers un autre individu se fera progressivement et en fonction de trois éléments :

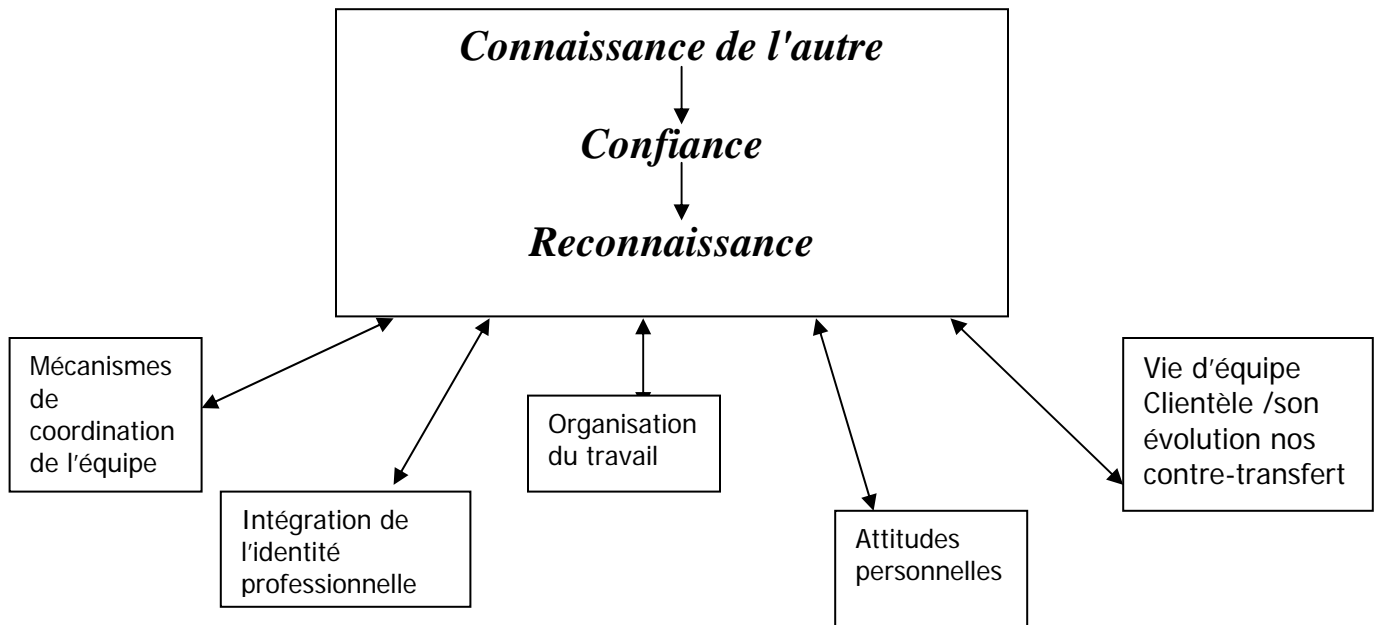
1. « La prévisibilité (i.e. la capacité de prévoir les conduites d'autrui);
2. La fiabilité (i.e. la capacité de pouvoir compter sur l'autre) ;

3. La foi (i.e. l'assurance que l'autre va continuer de se montrer prévenant et d'adopter une attitude responsable) » (Rempel et Holmes, 1986, cité dans Morin, 1996 : 311).

Qualités :

D'autres ajouteront qu'on peut établir des liens de confiance avec ceux qui démontrent **compétence** (on sait qu'il est efficace et qu'il réussit généralement les projets qu'il entreprend), **bonté** (on sait qu'il nous respecte et qu'il protège nos intérêts) et **intégrité** (on connaît ses intentions et ses valeurs ; il est honnête) » (Mayer et coll., 1995 in Morin, 1996 : 311).

PROCESSUS D'ÉTABLISSEMENT DU LIEN DE CONFIANCE



Autres éléments influençant les liens de confiance :

- Rôles explicites, mutuellement définis et complémentaires (Kérouac et coll., 1994 ; Julien, 1989);
- Sain leadership (Saltz, 1992);
- Processus de communication efficaces (Ogien, 1987).

PLUSIEURS OBSTACLES, DÉFIS ET DIFFICULTÉS AU BON FONCTIONNEMENT D'UNE É.T.M.

Dans leur revue de littérature, Faulkner-Schofield et Amadeo (1999) relèvent les quelques éléments suivants:

- tensions induites par l'iniquité au sein des équipes en regard du degré de participation, de l'engagement, de la dominance des médecins ;
- confusion des rôles ;
- insécurité par rapport à l'approche ; (Mellor et Solomon, 1992) ;
- compétition pour la clientèle (Parker et coll., 1991) ;
- désaccord sur le leadership et le partage d'autorité (Ivey et coll., 1992) ;
- absence d'une base commune de valeurs (Abramson & Mizrahi, 1986) ;
- rotation fréquente dans certaines disciplines et définition ambiguë du rôle de leader ;
- communication parfois inconsistante et inefficace à l'occasion (Moulder et coll., 1988) ;
- manque de consensus sur le pronostic du client (Siperstein et coll., 1994).
- attitudes inappropriées au travail multidisciplinaire : par exemple, une réticence à collaborer, une hiérarchie professionnelle et des attitudes de domination (Becher, 1994).
- Conflits interpersonnels / Sabotage de l'intervention / Luttes de pouvoir (Julien , 1989).
- Méconnaissance ou connaissance partielle des rôles, expertises et responsabilités de chacun / Non respect des champs d'expertise.
- Mécanismes de coordination et de communication inconsistants et aléatoires / Manque de leadership clinique au sein des équipes.
- Le manque d'outils communs.

• Un bon fonctionnement d'É.T.M. : une utopie ?

Peut-être, si nous croyons qu'une collaboration interprofessionnelle n'est possible que lorsque toutes les conditions favorables sont réunies et encore plus, si nous estimons que les choses arriveront d'elles-mêmes sans que chacun des individus n'ait d'efforts à faire.

Cependant, comme plusieurs personnes peuvent témoigner de leurs expériences de collaborations interprofessionnelles satisfaisantes, nous pouvons confirmer que ce n'est pas une utopie.

• Et tout ça pourquoi ?

Une É.T.M. fonctionnant de façon optimale offre selon plusieurs auteurs et cliniciens, de nombreux avantages pour la clientèle mais aussi les intervenants, tel que :

La clientèle:

- Être partie prenante dans le plan d'intervention
- Être mobilisée dans ses forces et ses ressources
- Être assuré que le dispensateur de services à une compréhension plus globale de la situation
- Profiter de l'apport de diverses expertises
- Avoir accès, plus rapidement à des services efficaces
- Ne pas être coincée entre diverses demandes (services, objectifs, philosophie)

Les intervenants:

- Se sentir plus efficace dans ses interventions
- Lieu d'enrichissement professionnel mutuel (développement continu)
- Soutien entre pairs
- Mécanisme de support/ soutien mutuel (position d'équipe, difficultés avec certains clients, support et entraide entre intervenants)
- Limiter la dispersion d'énergie
- Meilleure gestion des différences de points de vue
- Meilleure gestion des expertises et du temps
- Mieux cerner les charges de travail.
- Responsabilisation accrue des professionnels.
- Imputabilité / volonté d'engagement.

Les bénéfices perçus sont réitérés d'un écrit à l'autre même si peu d'études d'efficacité sont concluantes (Faulkner et Amadeo, 1999).

Les résultats de l'étude de Larivière et Savoie (2001) : Ces derniers n'ont pas réussi à mesurer l'efficacité mais ils ont pu identifier ses déterminants. L'efficacité a été définie selon 1- la qualité de l'expérience groupale et 2- le rendement de l'équipe. Leurs résultats indiquent que les déterminants de l'efficacité les plus puissants sont les suivants :

- la qualité de la formulation des objectifs et l'engagement des membres de l'équipe envers ces objectifs ;
- L'interdépendance entre les équipes et plus particulièrement l'interdépendance envers les tâches et les objectifs ;
- La qualité des transactions entre les équipiers, laquelle est déterminée par la présence de comportements d'amélioration continue, de soutien interpersonnel et de synergie. Le sentiment d'équité est une autre composante importante de la qualité des transactions entre les membres de l'équipe.

EN GUISE DE CONCLUSION

Un ensemble de facteurs viennent influencer la qualité des relations interprofessionnelles. Ces interactions sont inévitables et sont contributives à la qualité de nos interventions. Par ailleurs, il faut reconnaître l'importance du temps : du temps que l'on s'accorde, de son utilisation optimale et du temps requis pour que les choses évoluent.

Plusieurs facteurs favorables sont hors du contrôle des individus. Cependant, on peut agir sur d'autres facteurs.

ON PEUT S'ALLIER AUX GENS ...

Alliée = Personne qui apporte à une autre son appui, prend son parti. Uni par un traité d'alliance.

Une alliance se définit comme (Le Petit Robert, 1985):

- Union contractée par un engagement mutuel. *S'impliquer dans une É.T.M., c'est s'engager mutuellement les uns envers les autres.*
- Entente entre deux puissances politiques. *Chaque professionnel constitue de par son unicité et son expertise professionnelle est une puissance politique.*
- Union de deux puissances qui s'engagent par un traité à se porter mutuellement secours en cas de guerre. Coalition, entente, ligue, pacte. *Travailler en É.T.M. ça va toujours bien, tant qu'il n'y a pas de conflits. Or, les conflits sont inévitables, il faut donc s'appuyer les uns sur les autres pour régler les conflits.*

AU QUOTIDIEN ...

Tellement de facteurs viennent influencer les liens, qu'il faut comprendre que les relations sont en constante mutation, qu'il ne faut rien prendre pour acquis et nous devons demeurer vigilant à contribuer à une dynamique relationnelle saine.

ET CONSTRUIRE, ENSEMBLE, DES COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES EFFICACES ET SATISFAISANTES.

L'avenir du savoir – tout comme l'avenir du monde – est métis, progressivement métis.

Frederico Mayor (1991 : 11)

RÉFÉRENCES :

- BERNIER, R. (2002) Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, Deuxième rapport, (sans lieu), Gouvernement du Québec (juin).
- CASTONGUAY, C., NEPVEU, Y. (1970) Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.
- CLAIR, M. (2000) Les solutions émergentes. Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), Québec, Les Publications du Québec, 454 pages.
- Comité de la politique de santé mentale (1987) Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec, Québec, Gouvernement du Québec.
- DUSSAULT, G. (1990b) *Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité*, Le gérontophile, 12, 2 (printemps), 3-6.
- D'AMOURS, D. (1997) Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de la santé première ligne au Québec, Thèse de doctorat, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.
- FAULKNER-SCHOFIELD, R., AMODEO, M. (1999) *Interdisciplinary Teams in Health Care and Human Services Settings*, National Association of Social Workers, 210-219.
- HÉBERT, R. (1997) *Définition du concept de l'interdisciplinarité*, Colloque de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, Québec (avril), 18 pages.
- JULIEN, C. (1989) *La collaboration dans l'équipe multidisciplinaire*, L'infirmière canadienne, 85, 10, 39-42.
- LARIVIÈRE, C., SAVOIE, A. (2001) Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, Rapport d'établissement CLSC, Montréal, Groupe de recherche sur les équipes de travail de l'Université de Montréal (juin).
- LEBEL, Paule (1999) *Les avantages et les défis de l'interdisciplinarité*, 2^e Colloque sur l'interdisciplinarité, Trois-Rivières (mars).
- LESAGE, P.-B., RICE-LESAGE, J. A. (1982) *Comment tenir compte des différences individuelles au travail ?* Gestion, 7, 4, 17-26.
- MAYOR, F. (1991) Préface du directeur général de l'UNESCO, dans PORTELLA, E. (dir.), Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte : enjeux, obstacles, résultats, Toulouse, Édition Érès, 5 pages.
- MELLOR, J., SOLOMON, R. (1992) *The Interdisciplinary Geriatric / Gerontological Team in the Academic Setting: Hot Air or Energizer?* Geriatric Social Work Education, 18, 3/4, 203-215.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989) La politique de santé mentale, Québec, Gouvernement du Québec.
- MORIN, E. (1996) *Cultiver la confiance dans les relations interpersonnelles*, Psychologie au travail, Montréal, Gaétan Morin, 311-315.
- PRONOVOST, L. (2000) L'équipe et les relations : deux réalités essentielles à l'interdisciplinarité, Le feuillet universitaire (avril), 24-31.
- PRONOVOST, L., JINCHEREAU, F. (1986) Le travail interdisciplinaire, Conférence d'ouverture, Actes du colloque de l'Association des hôpitaux du Québec : La multidisciplinarité, un concept à développer et à promouvoir, St-Hyacinthe (novembre).
- RICARD, C. (2002) Misère et grandeur de l'interdisciplinarité, Les nouvelles du Réseau conseil interdisciplinaire du Québec, 5, 1 (avril), 5-7
- SAINT-ARNAUD, Y. (1978) Les petits groupes : participation et communication, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal / Éditions du CIM.
- SALTZ, C. C. (1992) *The Interdisciplinary Team in Geriatric Rehabilitation*, Journal of Gerontological Social Work, 18, 3/4, 133-142.
- SANDS, R. G. (1989) The Social Worker Joins the Team: A Look at the Socialization Process, Social Work in Health Care, 14, 2, 1-14.
- SOMERVILLE, M. (1991) La transdisciplinarité, vague de l'avenir : comment préparer nos rivages à l'accueillir, dans PORTELLA, E. (dir.), Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte : enjeux, obstacles, résultats, Édition Érès, Toulouse, 117-136.
- SOUTHARD, E.E., JARRETT, M.C. (1922) The Kingdom of Evils, New York, Macmillan Company.
- TREMBLAY, G. (1999) L'interdisciplinarité ou s'assurer que n'importe qui ne fasse n'importe quoi, Cahiers de formation modules I à IV, Institut de formation continue du Québec.