

Ligne directrice sur les pratiques exemplaire pour un système et un milieu de travail sains

JUIN 2016

Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Deuxième édition



Avis de non-responsabilité

Ces directives ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres utilisateurs ou les organisations. Leur utilisation doit rester souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du présent document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans ce contenu.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Advenant qu'une adaptation quelconque du matériel soit nécessaire pour une quelconque raison, il faut obtenir une permission écrite auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2016). *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers – Deuxième édition*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.rnao.ca/bestpractices



Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Deuxième édition

Un mot de Doris Grinspun

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



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la deuxième édition des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains, *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers*. La pratique fondée sur les données probantes maintient l'excellence du service que les professionnels de la santé s'engagent à fournir chaque jour, et nous sommes heureux de leur présenter cette ressource essentielle.

Nous remercions sincèrement les nombreux intervenants qui nous ont permis de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de pratique clinique et de milieu de travail sain. À commencer par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario de diriger le programme en lui fournissant un financement pluriannuel.

La D^{re} Irmajean Bajnok, directrice du Centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, la D^{re} Monique Lloyd, directrice associée, et Althea Stewart-Pyne, gestionnaire de programme, méritent également notre reconnaissance pour leur expertise et leur leadership. Je tiens également à remercier la présidente du groupe d'experts, Barb O'Neil (infirmière en chef et chef de la pratique interprofessionnelle et du développement organisationnel de Bluewater Health à Sarnia, en Ontario) pour son remarquable professionnalisme et sa gestion de cette ligne directrice. Je n'oublie pas non plus l'équipe de l'AIIAO, Patti Hogg, Anastasia Harripaul, Tasha Penney et Oliwia Klej, qui ont travaillé intensément à la publication de cette nouvelle ligne directrice. J'adresse un remerciement très spécial aux membres du groupe d'experts de l'AIIAO pour le temps et le savoir-faire qu'ils ont généreusement consacrés à la production d'une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Un milieu de travail sain constitue un élément central pour toute profession de santé. Travailler dans un tel milieu permet aux infirmières et infirmiers et aux autres professionnels et membres de l'équipe soignante de maximiser la qualité des résultats pour les patients et le personnel. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains visent à permettre aux professionnels de la santé, la création et le maintien d'ambiances positives pour leurs collègues, les patients et leurs familles.

L'adoption définitive des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des chercheurs. Grâce à son dévouement constant et à sa passion pour l'excellence en matière de soins, la communauté infirmière et le corps médical ont contribué bénévolement par leurs compétences au fil d'innombrables heures à élaborer et à réviser chacune de ces lignes directrices. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en désignant des personnes pour défendre les pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices et en évaluant leurs retombées sur les patients et les organisations. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont ralliés au cours de ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture où la pratique se fonde sur des données probantes.

Nous vous demandons absolument de discuter de cette ligne directrice avec vos collègues des autres professions, car nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possible chaque fois qu'ils viennent à nous – afin que nos efforts leur soient pleinement profitables.

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

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	6	
Principes directeurs et postulats	7	
Résumé des recommandations	8	
Interprétation des données probantes	14	
Membres du groupe responsable de l'élaboration	15	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllIAO	16	
Remerciements aux intervenants	17	
Contexte des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	19	
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	21	
Contexte : Ligne directrice sur la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers	24	

Recommandations individuelles et d'équipe	25	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à l'organisation	35	
Recommandations externes ou relatives au système	43	
Lacunes dans la recherche et conséquences futures	48	
Stratégies de mise en œuvre	49	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	50	
Processus de révision et de mise à jour de la ligne directrice	54	

RÉFÉRENCES

Liste des références	55
----------------------------	----

ANNEXES

Annexe A : Glossaire	63
Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices	68
Annexe C : Processus d'examen systémique et stratégie de recherche	69
Annexe D : Description de la Trousse	73

Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains^G se fonde sur des données probantes pour décrire les pratiques du personnel infirmier au sein de l'équipe intraprofessionnelle. Elle propose une multitude d'informations précieuses destinées à être appliquées graduellement, par étapes, afin d'améliorer les résultats. Nous vous recommandons de lire ce document en réfléchissant aux éléments présentés afin d'évaluer les recommandations qui s'appliquent à votre établissement pour les mettre en œuvre au moment voulu. Cette approche s'avèrera utile pour :

1. Étudier le cadre de l'organisation

La *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers – Deuxième édition* se fonde sur le cadre notionnel pour les milieux de travail sains. Ce cadre est conçu pour faciliter la compréhension des relations entre les principaux facteurs en milieu de travail à l'intention des utilisateurs. L'utilisation efficace de ce document passe par une telle compréhension. Nous vous suggérons donc de commencer les lignes directrices par la lecture et la réflexion sur le cadre notionnel.

2. Sélectionner un fil conducteur

Après avoir examiné ce cadre, nous vous recommandons de sélectionner un domaine de votre organisation qui, selon vous, requiert la création d'un milieu propice aux soins de santé axés sur la collaboration.

3. Lire les recommandations et le résumé de la recherche pour le domaine qui vous intéresse.

Chaque élément du modèle propose un certain nombre de recommandations issues des données probantes. Les recommandations se présentent comme des énoncés sur les interventions du personnel infirmier^G, des organisations et des systèmes, ou sur leurs comportements, pour assurer un milieu de travail propice à la collaboration. Un résumé de la documentation en appui à chaque recommandation est fourni. La lecture de ces résumés permet de saisir la justification des recommandations.

4. Se concentrer sur les recommandations ou les comportements les plus appropriés à votre situation

Il y a beaucoup d'informations à prendre en compte dans cette directive. Nos recommandations ne s'érigent pas en règle. Elles servent plutôt d'outils en vue d'aider les personnes, les organisations et les systèmes à développer et à maintenir les collaborations au sein des équipes de soins infirmiers. Prenez le temps d'examiner les idées puis de déterminer les comportements à analyser et à renforcer éventuellement selon votre situation.

5. Commencer à planifier

Après avoir retenu quelques recommandations et comportements sur lesquels vous exercer, envisagez des stratégies de mise en œuvre. Établissez un plan préliminaire d'intervention pour aborder les problèmes sur lesquels vous concentrer. S'il vous faut plus d'informations, consultez certains documents mentionnés dans les références.

6. Discuter de ce plan avec d'autres

Prenez le temps d'obtenir l'avis des personnes éventuellement concernées par votre plan ou dont la collaboration est requise, et de rechercher les commentaires utiles de conseillers de confiance. Des soins de santé axés sur la collaboration exigent la consultation des autres.

7. Commencer, puis reprendre sans cesse

Continuez à recueillir des informations au cours de la mise en œuvre des recommandations de cette ligne directrice en n'hésitant pas à ajuster votre plan afin d'intégrer progressivement les leçons apprises. Le développement et le maintien des soins de santé en collaboration constituent la quête de toute une vie. **Bon voyage.**

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

Objectif et champ d'application

Objectif :

Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier est un cadre de pratique qui maximise la santé et le bien-être, tout en garantissant les meilleurs résultats possible pour les patients, les familles et la collectivité, ainsi qu'un meilleur rendement pour l'organisation.

Cette ligne directrice de pratiques exemplaires vise à renforcer le travail en collaboration parmi le personnel infirmier, car il s'agit d'un élément essentiel pour travailler dans les établissements de santé.

Dans cette ligne directrice, nous nous concentrons sur la pratique collaborative entre trois types de professionnels des soins infirmiers : infirmière autorisée et infirmier autorisé (IA), infirmière auxiliaire autorisée et infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et infirmière praticienne et infirmier praticien (IP). Nous cherchons à promouvoir des milieux de travail sains pour ces trois groupes, sachant que la collaboration doit intégrer les besoins du patient.

Pour faciliter l'examen des données probantes sur la collaboration entre les professions, ces questions de recherche ont été élaborées en consultation avec la présidente du groupe d'experts, la gestionnaire du programme de l'AIIAO, la bibliothécaire du Réseau universitaire de santé et les associés de recherche en soins infirmiers de l'AIIAO :

1. Quels sont les éléments physiques, organisationnels ou politiques qui influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers?
2. Quels sont les éléments cognitifs, psychologiques ou sociologiques et culturels qui influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers?
3. Quels sont les éléments professionnels qui influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers?

(Voir le Modèle pour les milieux de travail sains à la p. 21 pour de plus amples détails sur les termes)

Champ d'application :

Cette ligne directrice des pratiques exemplaires a été élaborée pour aider le personnel infirmier et ses gestionnaires, ainsi que les autres fournisseurs de soins de santé et les cadres supérieurs, à optimiser les résultats favorables pour les patients (individus, familles, groupes, collectivité), le personnel infirmier et l'organisation grâce à une pratique de collaboration intraprofessionnelle.

La ligne directrice s'appuie sur les meilleures données probantes existantes et, dans les cas où elles sont insuffisantes, les recommandations se fondent sur le consensus des experts.

Cette ligne directrice spécifie :

- les pratiques exemplaires en contexte intraprofessionnel;
- la culture, les valeurs et les relations organisationnelles, ainsi que les structures et les processus nécessaires pour développer et maintenir une pratique intraprofessionnelle efficace dans l'équipe infirmière.

Public cible :

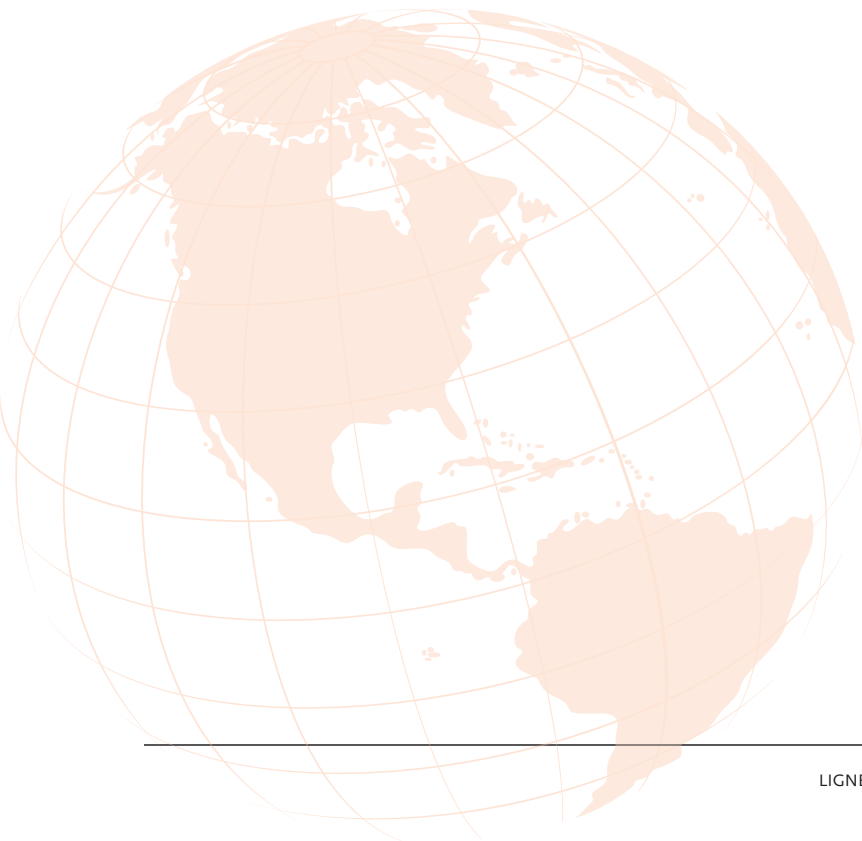
Cette ligne directrice s'adresse à toutes les catégories professionnelles des soins infirmiers, indépendamment de leur rôle et de leur cadre de pratique, y compris les administrateurs à l'échelon de l'unité, de l'organisation et du système, les infirmières cliniciennes, les étudiants, les formateurs et les chercheurs. Elle est également destinée aux décideurs et aux administrations publiques, aux organisations professionnelles, aux employeurs, aux syndicats ainsi qu'aux organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés de l'établissement des normes.

D'autres groupes de professionnels de la santé issus de différentes catégories de professions trouveront également une utilité à cette ligne directrice.

Principes directeurs et postulats

- Toutes les catégories de personnel infirmier collaborent dans un modèle holistique^G pour faciliter la continuité des soins.
- L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario décrit les compétences pour chaque catégorie d'infirmières et infirmiers.
- Il faut tenir compte de chaque milieu respectif pour orienter les affectations en soins infirmiers.
- Le respect et la compréhension des rôles de chaque catégorie de personnel infirmier facilitent une collaboration intraprofessionnelle efficace entre les membres des catégories.
- Les affectations infirmières sont déterminées d'après l'acuité (stabilité, prévisibilité, risque d'issue négative et complexité) de l'état du patient.
- Les soins infirmiers reposent sur les relations avec les patients et les membres de l'équipe.
- Des équipes efficaces obtiennent des résultats supérieurs pour les patients et les membres de l'équipe.

Consultez l'**annexe A** pour obtenir un glossaire. Consultez les **annexes B et C** pour connaître le processus d'élaboration des lignes directrices et le processus pour l'examen systématique^G et la recherche de la documentation.



Sommaire des recommandations

Nous avons organisé ces recommandations en fonction des concepts clés du cadre notionnel des milieux de travail sains :

- Recommandations individuelles ou d'équipe
- Recommandations relatives à l'organisation
- Recommandations externes ou relatives au système

Cette deuxième édition de la *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers* (2016) remplace les Lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières de l'AIIAO (2006).

L'utilisation des symboles suivants pour les recommandations indique les modalités de mise à jour de la ligne directrice en fonction des nouvelles données probantes :

- ✓ Aucune modification n'a été apportée à la recommandation à la suite de l'examen systématique des données probantes.
- ⊕ La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour lors de l'examen systématique.

NOUVEAUTÉ Une nouvelle recommandation a été élaborée en fonction des données probantes à partir de l'examen systématique.

RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES OU D'ÉQUIPE		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
1.0 Pratique collaborative en soins infirmiers – Recommandations individuelles ou d'équipe	Recommandation 1.1 : Les infirmières et les infirmiers comprennent les rôles, les valeurs et les comportements qui soutiennent la pratique collaborative intraprofessionnelle en : <ul style="list-style-type: none"> ■ acquérant les aptitudes des équipes solidaires; ■ démontrant leur volonté de travailler efficacement avec les autres. 	IV	⊕
	Recommandation 1.2 : Les infirmières et les infirmiers acquièrent et démontrent les aptitudes du travail d'équipe en : <ul style="list-style-type: none"> ■ étudiant l'incidence des facteurs interpersonnels sur l'équipe; ■ pratiquant des activités qui renforcent l'esprit d'équipe; ■ démontrant leur motivation envers l'équipe; ■ communiquant, efficacement et ouvertement, à partir d'une claire compréhension de leur propre rôle, de leur cadre de pratique et de ceux des autres membres de l'équipe. 	IV	⊕

RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES OU D'ÉQUIPE		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
1.0 Pratique collaborative en soins infirmiers – Recommandations individuelles ou d'équipe	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Les infirmières et les infirmiers entament des processus de collaboration pour améliorer les résultats des patients, en fonction de l'acuité de leur état :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dans les cas où aucun diagnostic n'a pas été posé, le patient doit être confié à une ou à un IA pour assurer la continuité des soins. 	IV	+
	<p>Recommandation 1.4 :</p> <p>Les gestionnaires en soins infirmiers adoptent un modèle de comportement efficace pour l'équipe et délèguent le pouvoir.</p>	IV	+
	<p>Recommandation 1.5 :</p> <p>Les infirmières et les infirmiers améliorent la qualité du milieu de travail et les résultats pour les patients en instaurant des processus et des structures pour promouvoir la collaboration intraprofessionnelle. Ils doivent le faire en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ établissant collectivement des processus de prise de décision partagée dans diverses circonstances; ■ instaurant des modalités de fonctionnement non hiérarchiques et démocratiques. 	Ia, IIb, IV	+
	<p>Recommandation 1.6 :</p> <p>Les infirmières et les infirmiers favorisent une communication ouverte, franche et transparente en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ promouvant une culture de communication efficace; ■ établissant des processus de communication verbale, écrite et électronique. 	IV	+
	<p>Recommandation 1.7 :</p> <p>Les infirmières et les infirmiers favorisent la pratique collaborative intraprofessionnelle en créant des milieux propices à l'apprentissage et servant de mentors aux étudiants.</p>	Ia, IV	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ORGANISATION		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
2.0 Pratiques collaboratives en soins infirmiers – Recommandations relatives à l'organisation	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Les organisations développent des stratégies pour favoriser et faciliter un travail d'équipe efficace.</p>	IV, V	+
	<p>Recommandation 2.2 :</p> <p>Les organisations instaurent une culture de leadership transformationnel^G ou relationnel^G qui aboutit à des politiques claires et favorise un travail d'équipe efficace.</p>	Ia, IV	+
	<p>Recommandation 2.3 :</p> <p>Les organisations mettent en place des systèmes et des processus pour susciter la collaboration et la continuité des soins aux patients. Elles le font en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ mettant en œuvre des modèles de gouvernance partagée qui responsabilisent le personnel à tous les niveaux; ■ fournissant un soutien à tout le personnel infirmier dans le plein exercice de son cadre de pratique; ■ incitant le personnel à s'engager dans des communautés de pratique fournissant un soutien et un mentorat. 	IV	+
	<p>Recommandation 2.4 :</p> <p>Les organisations développent des systèmes et des processus pour soutenir le personnel infirmier qui s'engage dans une pratique intraprofessionnelle. Elles le font en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ développant et en fournissant des occasions d'apprentissage intraprofessionnel et en évaluant leur efficacité; ■ développant des compétences pour la pratique intraprofessionnelle liées aux évaluations du rendement; ■ fournissant des occasions de retour d'information sur la pratique intraprofessionnelle. 	IIb	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ORGANISATION		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
2.0 Pratiques collaboratives en soins infirmiers – Recommandations relatives à l'organisation	<p>Recommandation 2.5 :</p> <p>Les organisations adoptent des outils de mesure pour évaluer l'efficacité de la pratique collaborative intraprofessionnelle. Ces indicateurs portent, entre autres, sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'expérience et la satisfaction du patient et de la famille; ■ les taux de rotation du personnel infirmier, les heures supplémentaires, l'absentéisme, l'engagement et la satisfaction; ■ les taux d'infection, de chutes ou de réadmission; ■ les interventions infirmières retardées ou manquées, les lacunes dans la continuité des soins et du dispensateur de soins, la composition du personnel et les niveaux de compétences; ■ l'élimination des obstacles aux processus d'évaluation (p. ex., les équipements brisés ou défectueux, le laisser-aller). 	IIb	+
	<p>Recommandation 2.6 :</p> <p>Les organisations accroissent le nombre de précepteurs afin de mieux accueillir les étudiants et les nouvelles recrues dans le milieu de collaboration intraprofessionnelle. Elles le font en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ attribuant des précepteurs dans la même classe de soins infirmiers (p. ex., un étudiant IA à un précepteur IA); ■ sélectionnant, en affectant et en soutenant les précepteurs disposés à travailler avec les étudiants ou les nouvelles recrues dans l'équipe; ■ informant les précepteurs des objectifs d'apprentissage des étudiants et en assurant une bonne communication entre les milieux universitaires et cliniques; ■ réduisant la charge de travail des précepteurs afin qu'ils disposent de suffisamment de temps pour atteindre les objectifs d'apprentissage des étudiants en sciences infirmières. 	Ia, IV	NOUVEAU
	<p>Recommandation 2.7 :</p> <p>Les organisations conçoivent des politiques, des pratiques et des interventions pour gérer les conflits en formant les gestionnaires et les collègues et en leur apportant un soutien pour régler les différends intraprofessionnels.</p>	IV	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS EXTERNES OU RELATIVES AU SYSTÈME		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
<p>3.0 Recommandations relatives au gouvernement</p>	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Les gouvernements encouragent la collaboration intraprofessionnelle durable en allouant des fonds au domaine des soins infirmiers pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les initiatives de développement et d'évaluation d'équipes de collaboration intraprofessionnelles; ■ les initiatives de développement du leadership infirmier; ■ la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'approches pour une charge de travail sécuritaire et équitable; ■ la technologie pour soutenir l'interaction de l'équipe; ■ les niveaux de dotation en personnel pour fournir des modèles de soins centrés sur la personne; ■ le recrutement et la rétention. 	I1b, IV	+
<p>4.0 Recommandations relatives à la recherche</p>	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Il faut mener des recherches sur la manière dont l'évolution des structures de travail modifie la collaboration intraprofessionnelle dans tous les secteurs de la santé.</p>	I1b, IV	+
<p>5.0 Agrément</p>	<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Les organismes d'accréditation des services de santé intègrent dans leurs normes des critères fondés sur des données probantes et des critères relatifs à la pratique en collaboration intraprofessionnelle.</p>	I1b	✓

RECOMMANDATIONS EXTERNES OU RELATIVES AU SYSTÈME		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
6.0 Formation	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Les formateurs et les établissements d'enseignement encouragent le professionnalisme et la collaboration intraprofessionnelle dans le domaine des soins infirmiers et servent de modèles dans les deux cas. Ils le font en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ fournissant des études de cas qui décrivent des problèmes et des scénarios réalistes pour l'équipe (en les complexifiant tout au long du programme); ■ axant les cours facultatifs sur les équipes et leur fonctionnement; ■ offrant des cours sur les interactions respectueuses et la résolution des conflits; ■ fixant des objectifs d'apprentissage portant sur des questions sociales et relationnelles; ■ faisant la démonstration d'un travail d'équipe en collaboration pendant les stages cliniques; ■ fournissant aux étudiants des informations précises sur la définition des rôles et des responsabilités pour tous les membres de l'équipe soignante. 	IIb, IV	+
7.0 Organismes professionnels et de réglementation	<p>Recommandation 7.1 :</p> <p>Les organismes professionnels et de réglementation des infirmières et infirmiers (provinciaux et nationaux) collaborent pour aider leurs membres à mieux définir leur propre rôle et celui de leurs collègues dans le système de santé. Ils le font en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ discutant des rôles et des responsabilités associés à leur formation, leurs compétences et leurs connaissances; ■ instaurant des relations fondées sur le respect et l'égalité. 	IIb, IV	+

Interprétation des données probantes

Types de données probantes

Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ^G ou d'examens ^G systématiques d'essais cliniques randomisés, ou à partir de la synthèse de plusieurs études, essentiellement <i>quantitatives</i> .
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé ^G .
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée ^G bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^G bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études, surtout de recherche ^G <i>qualitative</i> .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques ^G , des études descriptives ^G ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

** Les *types de données probantes* choisies pour appuyer les recommandations ont été sélectionnés selon la source ou le type d'étude (méta-analyse, opinion d'experts, etc.). Ils ne concordent pas avec l'importance ou la hiérarchisation des données sur lesquelles se fonde la recommandation.



Membres du groupe responsable de l'élaboration

Barb O'Neil, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Éd. des adultes

Présidente du groupe
Infirmière en chef et chef de la pratique interprofessionnelle et du développement organisationnel de Bluewater Health Sarnia (Ontario)

Ken Allan, inf. aut., B. Sc. Inf., M. hygiène publique, ICSC(C)

Directeur de la protection de la santé et infirmier en chef
Service de santé du district de Thunder Bay
Thunder Bay (Ontario)

Elizabeth Butorac, inf. aut., M. Sc. Inf.

Directrice des services cliniques
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Una Ferguson, inf. aut., CSIG(C), ICPSM(C)

Infirmière autorisée
Royal Ottawa Mental Health Centre (Le Royal – Santé mentale)
Ottawa (Ontario)

Irene Heinz, IP-Adulte, M. Sc. Inf.

Infirmière praticienne
Hôpital Royal Victoria
Barrie (Ontario)

Sandra Kioke, inf. aut., M. Sc., CSIG(C)

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée
South East Local Health Integration Network (LHIN) 10
Centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lisa McConkey, inf. aut., M. Sc. Inf.

Gestionnaire
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough (Ontario)

Melanie McEwen, IAA

Infirmière auxiliaire autorisée (Ontario)
Bluewater Health
Sarnia (Ontario)

Anita Paras, inf. aut., M. Sc. Inf.

Directrice, Recherche appliquée et éducation des RHS
Alberta Health
Edmonton (Alberta)

Dawn Prentice, inf. aut., Ph. D.

Professeur agrégé et président
Service des soins infirmiers, Université Brock
St Catharines (Ontario)

Jo Anne Shannon, inf. aut.

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

Mary Marcella, inf. aut.

Infirmière autorisée
Hôpital de Grand River
Kitchener (Ontario)

Anna Cooper, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.

Directrice, pratique professionnelle
Registered Practical Nurses Association of Ontario
Toronto (Ontario)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

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

Olivia Klej, B. Sc. (hon.)

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

Anastasia Harripaul-Yhap, inf. aut., M. Sc.(A)

Analyste de la politique des soins infirmiers
(janvier 2014 – février 2015)
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Patti Hogg, B.A. (hon.)

Coordinatrice de projet (janvier 2014 – octobre 2014)
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tasha Penney, inf. aut., M. Sc. Inf., ICPSM(C)

Responsable de la recherche et de l'évaluation
(janvier 2014 – février 2015)
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)



Remerciements aux intervenants

L'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO vise, entre autres, à obtenir les commentaires des nombreux réviseurs^G qui participent à leur relecture. Ces personnes détiennent une expertise en la matière ou représentent des établissements qui mettront en œuvre les lignes directrices ou auront à en tenir compte. Parmi les réviseurs, on compte des infirmières et infirmiers issus d'une grande diversité de contextes et de rôles, d'autres dispensateurs au point de service, des spécialistes de la recherche, des membres de l'équipe interdisciplinaire, des formateurs, des étudiants en soins infirmiers ou des patients ou clients. Nous consultons également les administrateurs chevronnés, les bailleurs de fonds des services de santé et les associations du domaine. Nous voulons recueillir l'expertise et les points de vue d'une diversité de secteurs, rôles et lieux géographiques, y compris à l'étranger. Nous souhaitons remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la révision de cette ligne directrice des pratiques exemplaires.

Cheryl Beemer, inf. aut.

Infirmière soignante
Hamilton Health Sciences, Unité d'investigation cardiaque

Sheila John, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf

Infirmière en santé publique
Service de santé du district de Sudbury

Gwen Brown, inf. aut., B. A., B. Ed, M. A.

Coordinatrice régionale pour la communauté et les SLD
Réseau des AVC du sud-ouest de l'Ontario

Debbie Bruder, B.A., inf. aut., M. Sc. S.

Spécialiste en informatique clinique
Hôpital Grand River, Kitchener (Ontario)

Katie Dilworth, M. Sc. S., B. Sc. Inf., inf. aut., ICSC(C)

Superviseure, qualité des pratiques infirmières
Bureau de santé publique de Toronto

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

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

Stacey Karp, IP-SSP, CSIG(C), M. Sc. Inf.

Infirmière praticienne
Fairmount Home

Jessica LeBlanc, B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Lakeridge Health Oshawa

Newton Leong, B. Sc. Inf.

Infirmier autorisé
St. Michael's Hospital

Tarrah Long, inf. aut., B. Sc. Inf., ÉAD, CSIG(C)

Infirmière enseignante – Médecine et réadaptation
St Joseph's Healthcare Hamilton

Cailin MacMillan, inf. aut., B. Sc. Inf.

Infirmière en santé publique
Service de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark

Chelsea Meixner, inf. aut., B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Hôpital universitaire DMC-Harper

Jane Moore, inf. aut., IPA, Ph. D.

Professeure adjointe
Université Brock

Brenda Mundy, IAA, inf. aut., B. Sc. Inf.

Gestionnaire, pratique professionnelle
Centre régional de santé Southlake

Archna Patel, B. Sc., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., CSPSM(C)

Directrice de pratique clinique en santé mentale
Humber River Hospital

Megan Sloan, IAA

Infirmière auxiliaire autorisée (Ontario)
La maison Roger Neilson

Lily Spanjevic, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., CSIG(C), CSIR(C), ICMC(C)

IPA – Gériatrie et médecine
Hôpital Joseph Brant

Rosalyn Straw, inf. aut., B. Sc. Inf,
Coordinatrice, Service de la pratique professionnelle.
Centre régional de santé Southlake

Susanne Swayze, IAA,
Bourse de la RPNAO 2009
Infirmière auxiliaire autorisée (Ontario)
St Joseph's Healthcare Hamilton

May Tao, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.
Spécialiste de la promotion de la santé
Bureau de santé publique de Toronto

Stephanie Tiffin, inf. aut., B. Sc. Inf., CSIG(C)
Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé

Jessica Wall, B. Sc. Inf.
Infirmière en soins primaires
Santé Calian/Centre des Forces canadiennes Meaford

Le recrutement des réviseurs pour la relecture des lignes directrices de l'AIIAO se fait de deux façons. Certains intervenants sont recrutés par appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO : (<https://RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). L'équipe d'élaboration de la ligne directrice et le groupe d'experts de l'AIIAO invitent également les personnes et des organismes clés possédant des compétences dans le domaine traité par la ligne directrice.

Les réviseurs lisent l'intégralité de l'ébauche de la ligne directrice, puis fournissent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Chaque recommandation est assortie des questions suivantes :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- Les données probantes appuient-elles cette recommandation?
- Cette recommandation s'applique-t-elle à tous les rôles et contextes de pratique et à toutes les régions?

Ce sondage offre aussi l'occasion de formuler des commentaires sur chaque section de la ligne directrice.

L'équipe d'élaboration de la directive compile les réponses au questionnaire qui sont ensuite examinées par le groupe d'experts. Le cas échéant, celui-ci modifie le contenu de la directive et les recommandations pour tenir compte des commentaires. Nos réviseurs ont consenti à la publication de leurs noms et coordonnées dans la présente ligne directrice.

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

Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle essentiel pour atteindre et maintenir un accès abordable à des soins de santé de qualité et en temps opportun pour la population. Les études démontrent la relation positive entre un milieu de travail sain et la qualité des soins aux patients. Un milieu de travail sain qui optimise la santé et le bien-être s'avère essentiel pour obtenir les meilleurs résultats pour les patients, les clients et les organisations.

Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier favorise le professionnalisme, l'autonomie et le leadership au travail. Les milieux de travail sains sont sécuritaires et facilitent la collaboration, grâce à des charges de travail raisonnables. Néanmoins, la création d'un milieu de travail sain se heurte à de nombreux obstacles qui la minent : les hausses des coûts, les pressions pour accroître la productivité et les demandes grandissantes d'une population vieillissante.

L'idée de rédiger et de diffuser à grande échelle un guide sur la création de milieux de travail sains a d'abord été proposée dans *Ensuring the care will be there: Report on Nursing Recruitment and Retention in Ontario* (AIIAO, 2000). Ce rapport a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2000 et approuvé par le Comité mixte provincial des soins infirmiers (CMPSI). Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains se veut une réponse aux besoins prioritaires déterminés par le CMPSI et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002).

Les travaux sur les lignes directrices ont commencé en juillet 2003, lorsque l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, a établi un partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada. Dès le début, nous étions déterminés à formuler des lignes directrices à partir de données probantes afin d'obtenir les meilleurs résultats possible pour les infirmières et infirmiers, leurs patients, les organisations et le système de santé dans son ensemble.

Nous avons trouvé une foule de données probantes sur les relations existant entre les infirmières et les infirmiers, les milieux de travail, les résultats pour les patients et le rendement des organisations et du système (Dugan et coll., 1996; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker et Giovannetti, 2005; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox et Guither, 2002). De nombreuses études ont démontré les relations étroites qui existent entre un manque de personnel infirmier et de mauvais résultats pour les patients (ANA, 2000; Blegen et Vaughn, 1998; Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith, 2003; Kovner et Gergen, 1998; Needleman et Buerhaus, Mattko, Stewart et Zelevinsky, 2002; Pearson et coll., 2004; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi et Jawad, 2003; Sovie et Jawad, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002; Yang, 2003). Les données démontrent les avantages financiers des milieux de travail sains pour les organisations en matière de réduction de pertes causées par l'absentéisme, les baisses de productivité, les coûts de santé pour le personnel et les coûts associés à des résultats négatifs (Aldana, 2001).

D'autres rapports et articles confirment les difficultés pour recruter et maintenir en poste un effectif sain d'infirmières (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSI], 2013; Bauman et coll., 2001). Certains ont même laissé entendre que la pénurie actuelle de personnel infirmier se devait à des milieux de travail malsains (Dunleavy, Shamian, & Thomson, 2003; Grinspun, 2002; Shindul-Rothschild, Berry et Long-Middleton, 1996).

Pour parvenir à créer des milieux de travail sains pour le personnel infirmier, il faut intervenir sur les facteurs sous-jacents du milieu de travail et de l'organisation (Lowe, 2004). Au nombre de ces interventions, on peut citer les efforts pour améliorer la communication, la collaboration, la prise de décision, la reconnaissance et le leadership, ou de la mise en œuvre de nouveaux modèles de dotation en personnel (American Association of Critical Care Nurses 2002). La conception de la présente ligne directrice vise à faciliter un changement transformationnel. Nous pensons que la création de milieux de travail sains sera non seulement bénéfique pour les infirmières et les infirmiers, mais aussi pour les autres membres de l'équipe soignante. Nous croyons également que les lignes directrices sur les pratiques exemplaires peuvent uniquement être mises en œuvre dans les milieux où il existe déjà des processus de planification adéquats, des ressources suffisantes, des services de soutien administratif et organisationnel ainsi que des mesures de facilitation appropriée.

Un milieu de travail sain maximise la santé et le bien-être des infirmières et des infirmiers, la qualité des résultats pour le patient, le rendement de l'organisation et les retombées pour la société.

L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO A PUBLIÉ DIX LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS :

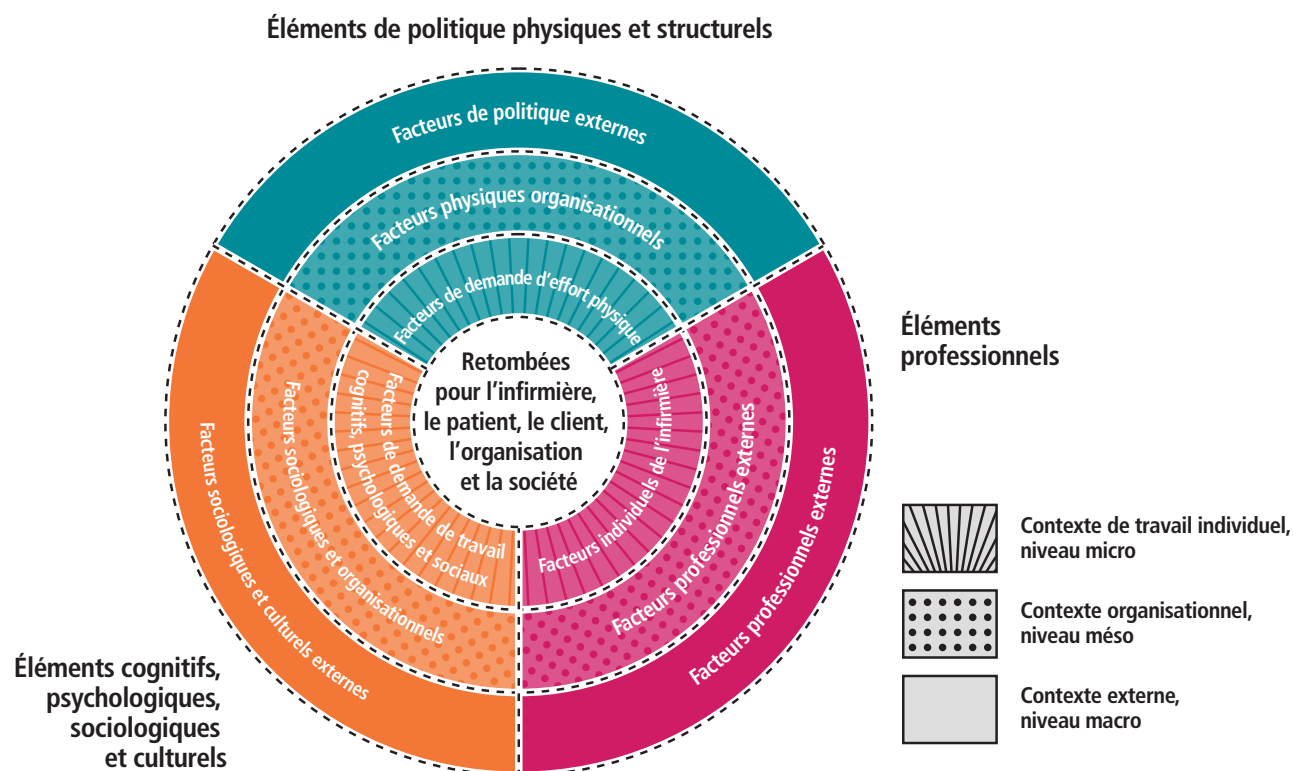
- La pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers*
- Le développement et le maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail
- Le développement et le maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisation et le système
- Le développement et maintien du leadership infirmier*
- La souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : le développement de la compétence culturelle
- La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé
- La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé
- La gestion et l'atténuation de la fatigue dans les équipes de soins de santé
- Le professionnalisme dans le domaine des soins infirmiers
- La santé, la sécurité et le bien-être de l'infirmière dans un milieu de travail sain

* Deuxième édition disponible



Structure organisationnelle des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

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



LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

Les milieux de travail sains se définissent comme des cadres de pratique qui maximisent la santé et le bien-être du personnel infirmier et des autres membres de l'équipe soignante et améliorent les résultats pour le patient, le rendement organisationnel et les retombées sociales. Ils se composent de divers éléments – tels que la politique, les exigences physiques et la conception organisationnelle – et les rapports entre ceux-ci qui les rendent complexes et multidimensionnels. Dans ce graphique, nous avons tenté de représenter les nuances et les défis des milieux de travail sains, en espérant que l'illustration de ces concepts soit utile lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de votre approche pour améliorer les milieux de travail du personnel infirmier.

Dans notre modèle, les trois anneaux concentriques représentent l'interdépendance du système individuel, organisationnel et externe. Au centre de ces cercles se trouvent les bénéficiaires des milieux de travail sains : le personnel infirmier, les patients, les organisations et les systèmes, et la société dans son ensemble. Les lignes pointillées à l'intérieur du modèle montrant les interactions synergiques entre tous les éléments du modèle.

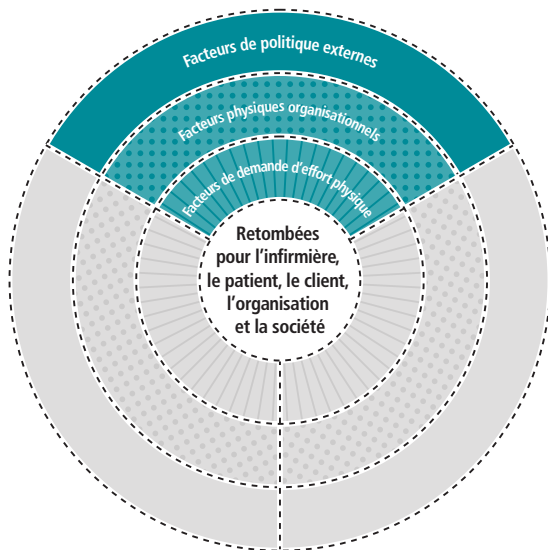
Ces interactions entre facteurs à chaque niveau modifient et influencent le comportement individuel. Les interventions pour mettre en œuvre des milieux de travail sains doivent donc viser les multiples échelons et divers éléments du système – et même le système lui-même, car ils entrent tous en jeu pour déterminer si un environnement de travail est sain.

Les hypothèses sous-jacentes au modèle sont les suivantes :

- les milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients de qualité et sécuritaires;
- les facteurs sur le plan des systèmes individuel, organisationnel et externe sont les déterminants des lieux de travail sains;
- les facteurs des trois niveaux influent (individuellement ou de manière synergique) sur la santé et le bien-être du personnel infirmier, sur la qualité des résultats pour les patients, le rendement du système et de l'organisation et sur les retombées sociales;
- chaque niveau comporte des éléments de politique, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions.

Éléments physiques, organisationnels et politiques

Figure 1A. Éléments de politique physiques et structurels

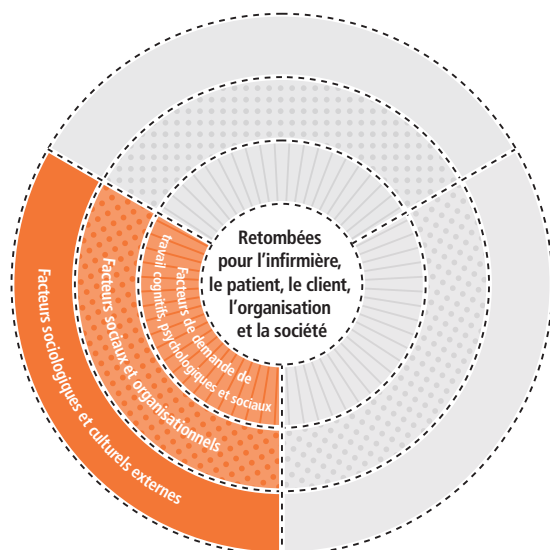


- À l'échelon de l'individu, les demandes d'effort physique sont les exigences du travail qui nécessitent des capacités physiques et des efforts, comme la charge de travail, les changements constants d'horaires et de quarts, le soulèvement de lourdes charges, l'exposition aux substances dangereuses ou à des matières infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- L'environnement physique d'une organisation comprend à la fois les caractéristiques du milieu construit et naturel et les structures et procédures établies pour répondre aux exigences physiques de l'emploi. Parmi ceux-ci, on trouve les méthodes de dotation, les horaires variables ou l'établissement d'horaires par le personnel infirmier, les dispositifs de levage, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et le personnel de sécurité.
- Les facteurs de politique externes comprennent tout, depuis le modèle local de prestation de soins au financement, en passant par les cadres législatif, commercial, économique et politique qui structurent la société.

- i Adapté de DeJoy, D.M. et Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): décembre, 1221-1230; modifié par Laschinger, MacDonald et Shamian (2001), puis par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok et Shamian (2003).
- ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D. et coll. (juin 2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system. Ottawa (Canada) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et The Challenge Foundation.
- iii O'Brien-Pallas, L., et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.
- iv Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100 (2), 21-23.
- v Green, L.W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): mars-avril, 270-281
- vi Grinspun, D., (2000). Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. Dans Diana L. Gustafson (dir. de publ.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada. Fernwood Publishing.
- vii Grinspun, D. (2010). *The Social Construction of Nursing Caring*. (Thèse de doctorat, University York).

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

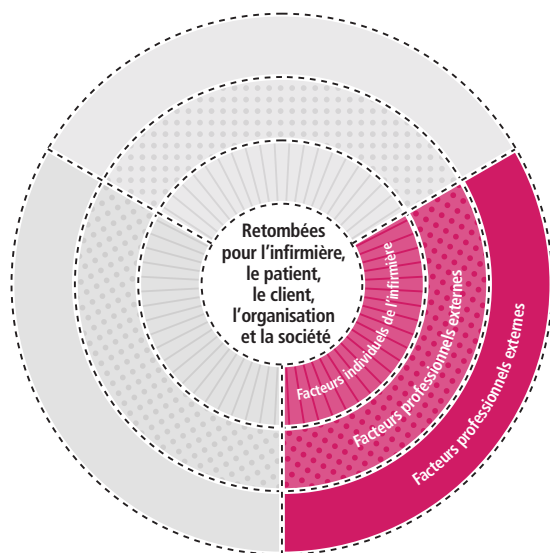
Figure 1B. Cognitive/Pscho/Socio-Cultural Components



- À l'échelon de l'individu, des habiletés cognitives, psychologiques et sociales sont requises comme les connaissances cliniques, les habiletés d'adaptation efficaces, les aptitudes à communiquer pour le fonctionnement. Parmi ces facteurs psychologiques, sociaux et culturels qui concernent les infirmières, on trouve la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations interpersonnelles, les demandes émotionnelles, ainsi que la précision du rôle et la tension associée à la fonction.
- À l'échelon de l'organisation, les critères sociaux sont liés à l'atmosphère de travail, la culture et les valeurs organisationnelles. Parmi ces facteurs, on trouve la stabilité organisationnelle, les pratiques et les structures de communication, les relations patronales-syndicales, et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- À l'échelon du système, les facteurs sociaux, culturels et externes comprennent les tendances de la consommation, l'évolution des préférences en matière de soins, les modifications des rôles familiaux, la diversité de la population et des dispensateurs de soins et les changements démographiques qui, tous ont une incidence sur le fonctionnement des organisations et des personnes.

Éléments professionnels

Figure 1C. Éléments professionnels



- À l'échelon de l'individu, les facteurs de l'infirmière ou de l'infirmier qui touchent la santé du milieu de travail comprennent les qualités personnelles et les compétences et connaissances qui déterminent la manière dont ils répondent aux demandes physiques, cognitives et psychosociales de l'emploi. Parmi ces facteurs, on trouve l'engagement envers les soins offerts au patient, l'organisation et la profession, ainsi que la résilience, la capacité d'adaptation, la confiance en soi et la conciliation travail-famille. Les connaissances et les compétences qui comptent dans le milieu de travail concernent les valeurs personnelles et l'éthique, et la pratique réflexive.
- À l'échelon de l'organisation, les facteurs professionnels qui façonnent un milieu de travail sain découlent de la nature et du rôle de la profession. Pour le personnel infirmier, il s'agit notamment du cadre de pratique, du degré d'autonomie en matière de pratique et de la nature des relations interdisciplinaires.
- À l'échelon externe et du système, les critères professionnels comprennent les politiques et les réglementations provinciales ou territoriales, fédérales et internationales qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que les rôles de socialisation au sein des divers domaines et disciplines.

Contexte : Lignes directrices de la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Définition de la pratique collaborative intraprofessionnelle :

La profession infirmière exige des relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles efficaces afin de fournir des résultats positifs aux patients. La pratique intraprofessionnelle se définit comme la collaboration des membres d'une même profession pour offrir des soins de qualité au sein d'un et de plusieurs milieux de travail (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014). Cette ligne directrice porte sur les infirmiers autorisés^G (IA), les infirmiers auxiliaires autorisés^G (IAA) et les infirmiers praticiens^G (IP) qui œuvrent de concert pour fournir des soins efficaces et sécuritaires à diverses populations de patients.

La collaboration est à la fois un processus et un résultat dans lequel les principaux intervenants traitent des intérêts communs. Par intervenant clé, on désigne toute partie directement concernée par les actions prises par les autres pour résoudre le problème. Le processus de collaboration implique une synthèse des points de vue pour mieux saisir les problèmes complexes. Le résultat d'une collaboration aboutit à l'élaboration de solutions intégratives fournies par les suggestions des diverses parties (Gardner, 2005).

Les termes **travail d'équipe et collaboration** sont interchangeables dans les publications pour désigner les relations entre les membres d'une équipe. La pratique des soins en collaboration entre les infirmières et infirmiers est complexe, sans égard au cadre, au poste, à la génération et à l'expérience (Bjarnadottir, 2011). Les relations fondées sur la qualité, l'entre-aide et le respect s'avèrent donc essentielles pour la communication, l'interaction et l'obtention de résultats positifs pour les patients et la satisfaction professionnelle des infirmières et infirmiers (Antoniazzi, 2011).

Une collaboration efficace au sein des équipes infirmières aura des effets positifs pour les patients et les équipes soignantes en constituant des équipes résilientes et solidaires, en favorisant la collégialité, en améliorant la collaboration entre les nouveaux diplômés, les gestionnaires, les infirmières auxiliaires, les infirmières praticiennes et les infirmières autorisées, et en valorisant une communication respectueuse et efficace entre elles (Bournes et Milton, 2009). Le travail d'équipe assure la stabilité du personnel soignant ainsi que la continuité des soins, piliers essentiels des soins aux patients. Qui plus est, un travail d'équipe efficace et des rôles bien définis permettent de prendre des décisions cruciales pour l'affectation de la catégorie infirmière adéquate auprès du patient en fonction de l'acuité (stabilité, prévisibilité, risque de conséquences négatives et complexité) de son état.

Alors que les données s'accumulent sur l'importance de ces relations, il convient d'examiner les multiples facteurs relatifs à la pratique en collaboration au sein des équipes infirmières qui favorisent des milieux de travail sains, des soins de qualité et le maintien en poste et le recrutement du personnel infirmier. Le groupe d'experts de l'AIIO a utilisé le cadre des milieux de travail sains pour organiser les recommandations de cette ligne directrice sur la pratique collaborative intraprofessionnelle. Ses recommandations portent ainsi sur les éléments physiques, structurels et politiques, les éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels et les éléments professionnels. Les types de facteurs pertinents à l'échelon individuel ou de l'équipe, de l'organisation et du système ou du secteur externe sont résumés à chaque section.

Recommandations individuelles et d'équipe

1.0 RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES ET D'ÉQUIPE

RECOMMANDATION 1.1 :

Les infirmières et infirmiers comprennent les rôles, les valeurs et les comportements qui soutiennent la pratique collaborative intraprofessionnelle en :

- acquérant les aptitudes des équipes solidaires;
- démontrant leur volonté de travailler efficacement avec les autres.

Type de données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Définition : Pratique de collaboration intraprofessionnelle

Plusieurs membres d'une même profession qui collaborent pour prodiguer des soins de qualité (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014).

En tant que membres clés de l'équipe soignante, les infirmières se trouvent dans une position unique pour renforcer l'efficacité de l'équipe en vue d'améliorer les résultats pour les patients ou clients grâce à une solide collaboration intraprofessionnelle. Les infirmières dirigent ou participent lors de la conception et la mise en œuvre de systèmes pour soutenir les échanges entre professionnels s'informant sur les attributs et les compétences des équipes intraprofessionnelles efficaces.

Une étude transversale, de niveau intermédiaire, réalisée dans un hôpital communautaire de l'Ontario a mis en évidence l'effet positif d'une compréhension des valeurs et des comportements propres au travail d'équipe sur la cohésion et l'efficacité de l'unité (Siu et coll., 2008). Au début de l'étude, le personnel infirmier a qualifié l'efficacité de son unité et ses auto-évaluations de base comme élevées sans aucune intervention. Ce groupe a démontré qu'il connaissait les valeurs et les comportements propices au travail en équipe. Ces auto-évaluations de base ont révélé les qualités qu'ils possédaient pour soutenir le travail d'équipe, ce qui a eu un effet positif et direct, tant sur le milieu de la pratique professionnelle que sur la gestion des conflits. On a également remarqué que la qualité de la gestion des conflits influait directement sur l'efficacité de l'unité (Siu et coll., 2008).

Volonté du personnel infirmier à travailler efficacement avec les autres

Les publications montrent que les infirmières et infirmiers qui ont une perception claire des rôles, des responsabilités et des compétences contribuent activement à la pratique collaborative intraprofessionnelle. Pour s'investir dans la pratique collaborative intraprofessionnelle, ils doivent avoir une idée précise de l'ensemble de leur cadre de pratique dans le contexte où ils travaillent, se sentir en sécurité au sein de leur équipe professionnelle et communiquer efficacement (Eagar, Cowin, Gregory et Firtko, 2010), (Apker, Propp, Zabava Ford et Hofmeister, 2006).

La qualité du travail d'équipe des infirmières et infirmiers influe sur la qualité des soins prodigués. Les problèmes de communication ou d'interactions risquent en effet de compromettre les soins aux patients. La collaboration intraprofessionnelle dépasse la consolidation des interactions professionnelles pour le personnel infirmier pour viser l'amélioration des soins fournis aux patients.

RECOMMANDATION 1.2 :

Les infirmières et infirmiers acquièrent et démontrent les aptitudes du travail d'équipe en :

- étudiant l'incidence des facteurs interpersonnels sur l'équipe;
- pratiquant les activités de renforcement de l'esprit d'équipe;
- démontrant leur motivation envers l'équipe;
- communiquant, efficacement et ouvertement, à partir d'une claire compréhension de leur propre rôle, de leur cadre de pratique, et de ceux des autres membres de l'équipe.

Type de données probantes = IV

ATTRIBUTS DU TRAVAIL D'ÉQUIPE⁶

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------|
| ■ Respect mutuel | ■ Communication ouverte | ■ Résilience |
| ■ Responsabilisation | ■ Conscience de soi | ■ Honnêteté |
| ■ Planification en commun | ■ Intelligence émotionnelle | ■ Enthousiasme |

Discussion sur les données probantes :**Facteurs interpersonnels et motivation envers l'équipe**

Dans une étude de recherche qualitative sur les soins infirmiers intitulée « Work Engagement among Nurses in Relationally Demanding Jobs in the Hospital Sector », Bjarnadottir affirme que les ressources personnelles et les facteurs interpersonnels contribuent à l'esprit d'équipe. Parmi les facteurs interpersonnels, la responsabilité influe de manière importante sur le comportement et les décisions, pour assurer la bonne tenue des dossiers, et pour évaluer les performances personnelles par rapport aux résultats attendus en matière de soins. Les facteurs interpersonnels comprennent également une communication claire et respectueuse des besoins des patients et l'expression de l'enthousiasme. La motivation et la participation constructive au travail constituent également des éléments essentiels pour créer une équipe efficace et cohésive qui pratique la collaboration (Bjarnadottir, 2011). Pour renforcer l'esprit d'équipe, ses membres peuvent assister ensemble à des ateliers et y participer pleinement. Cette activité démontre une volonté de constituer une équipe (Kalb et O'Conner-Von, 2012).

Une étude de 2011 à méthodologie mixte, de niveau faible, réalisée par France, Byers, Kearney et Myatt, a exploré la perception qu'ont les infirmières et infirmiers en soins intensifs de leur milieu de travail. Elle a révélé qu'au-delà de la motivation, les facteurs interpersonnels qui interviennent dans le travail en équipe comprennent la confiance, le respect et le pouvoir d'agir. Il s'agit d'éléments essentiels pour un milieu de travail sain qui contribuent à une pratique intraprofessionnelle positive.

Une étude transversale, de niveau intermédiaire (Huyhn, Alderson, Nadon et Kershaw-Rousseau, 2011) a révélé que le respect des IAA pour les compétences d'évaluation des IAA favorisait la collaboration. La même étude a déterminé que les facteurs organisationnels les plus susceptibles de susciter la collaboration étaient le style de leadership, le travail d'équipe et la répartition équitable de la charge de travail entre celles-ci.

Une communication ouverte et efficace

Ce type de communication est une compétence essentielle dans une culture qui facilite un travail d'équipe efficace (Garon, 2012). Déterminant clé d'une collaboration réussie entre les infirmières, la communication constitue un élément essentiel de la santé au travail (Hartung et Miller, 2013). Dans son étude qualitative, de niveau intermédiaire, Garon a invité 33 infirmières autorisées et infirmiers autorisés dans des points de service ou des postes de gestion en Californie à un groupe de discussion sur la perception qu'ils ont de leur capacité personnelle à s'exprimer et à être entendus au travail. Ceux-ci ont déclaré que le fait de s'exprimer et d'être entendus a considérablement amélioré la satisfaction à l'égard du travail, le travail d'équipe et la sécurité des patients.

Le style de communication de chaque personne dépend de divers facteurs : connaissances, compétences, expériences, contexte culturel, sexe, formation, langue, valeurs et convictions. Il importe donc d'être conscient de l'incidence de ces caractéristiques personnelles sur la communication (Garon, 2012). Une communication efficace demande de la part des membres de l'équipe une réflexion sur la manière dont ils communiquent avec les patients et les collègues, afin de comprendre leurs valeurs personnelles et professionnelles (Barrett, Piatek, Korber et Padula 2009).

Connaissance des rôles, du cadre de pratique et du travail d'équipe

L'ambiguïté en matière de rôles peut nuire à l'efficacité d'une équipe et avoir une incidence négative sur la satisfaction au travail. Les infirmières et infirmiers doivent avoir une idée claire de leur rôle et le démontrer pour optimiser la qualité des soins et la sécurité des patients ou clients (Oelke et coll., 2008).

Les gestionnaires en soins infirmiers peuvent réduire ou éliminer l'ambiguïté en matière de rôles dans l'unité et les conflits qui en découlent au moyen de politiques qui définissent clairement les rôles et les valeurs liées aux soins des patients. En précisant, entre autres, la stabilité du personnel soignant, la continuité des soins et un modèle de soins infirmiers primaires (Wu et Norman, 2006), on aidera les gestionnaires, les infirmières ressources et celles au point de service à prendre des décisions concernant l'affectation des soignants. On clarifiera du même coup les contributions distinctes apportées par chaque catégorie infirmière grâce à ses connaissances et ses compétences.

Pour favoriser la compréhension des divers rôles infirmiers, les formateurs pourraient les illustrer sous forme de scénarios de cas en précisant les besoins des patients tout au long du continuum de soins. Le personnel infirmier et les équipes interprofessionnelles pourront ainsi préciser leurs rôles pour mieux former les membres de l'équipe sur leurs cadres de pratique. De tels scénarios doivent démontrer la collaboration pour contribuer aux connaissances et aux compétences en matière de soins du patient au cours d'un processus continu de communication et de prise de décision conjointe (AIIAO, 2014). Les infirmières et les infirmiers pourront ainsi mieux comprendre leur rôle en développant la capacité d'articuler leurs connaissances et leurs contributions en tant que professionnels et membres de l'équipe (Burgess et Purkis, 2010).

Infirmières praticiennes, infirmiers praticiens et travail d'équipe

En 2011, dans une étude utilisant la méthode de recherche-action participative, de niveau intermédiaire, Burgess et Purkis ont tenté de fournir un bref historique du rôle des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens dans le contexte du Canada et de la Colombie-Britannique pour en tirer des conclusions sur les effets de la collaboration dans l'intégration professionnelle. La recherche portait sur 17 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens et examinait les effets de la collaboration sur leur intégration dans deux autorités sanitaires en Colombie-Britannique. L'étude a révélé l'attachement porté par ceux-ci à l'équipe et leur reconnaissance pour la contribution unique de chacun de ses membres. Selon ces professionnels, la collaboration au sein de l'équipe favorisait l'autonomie et leur permettait de créer de nouvelles relations et d'améliorer les soins aux patients. Le travail d'équipe s'en est trouvé renforcé et le groupe a fait preuve d'esprit de corps, de respect mutuel, de solidarité et de confiance.

Burgess et Purkis (2011) ont également décelé un aspect politique dans le rôle des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens, et ont conclu qu'ils comptent sur la collaboration pour faire progresser leur intégration. Sur le plan philosophique, la collaboration dénote la mobilisation de cette catégorie de personnel infirmier en faveur de relations de pouvoir égalitaires, où l'on valorise la contribution, unique et importante, de tous les membres de l'équipe lors de la prise de décision. Sur le plan pratique, la collaboration a signifié pour eux, la mise en application de cette philosophie qui encourage et modélise le partage des connaissances et de l'expertise. La collaboration a favorisé l'autonomie des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens et leur a permis d'explorer de nouvelles approches dans leur pratique, de cultiver de nouveaux partenariats et d'être à l'écoute des clients et des collectivités. Leur autonomie les a conduits à lancer des collaborations novatrices pour faire progresser la pratique dans les soins de santé primaires. Ainsi, le renforcement réciproque de la collaboration et de l'autonomie leur a permis de jouer pleinement leur rôle.

Afin de travailler en collaboration, les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens encouragent et modélisent le partage de l'expertise au sein de l'équipe, et se mobilisent pour instaurer des relations de pouvoir égalitaires (Burgess et Purkis 2011).

Cadre de pratique et travail d'équipe

Dans le domaine de la santé, le terme cadre de pratique^G définit « le qui, le quoi, le où, le quand, le pourquoi et le comment » des soins infirmiers. Les diverses définitions de ce terme conduisent à son utilisation très souvent incohérente, ce qui a contribué à l'ambiguïté des rôles (RPNAO, 2014). L'ambiguïté due au chevauchement des cadres de pratique entraîne une confusion, non seulement chez les professionnels de la santé, mais aussi chez les patients et a fortiori dans le public (Malloch et Ridenour, 2014).

La confusion entourant le cadre de pratique entraîne souvent des frustrations et des conflits chez le personnel infirmier conduisant à des résultats négatifs, notamment dans l'administration des médicaments, la répartition des patients et la charge de travail (Eagar, Cowin, Gregory et Firtko, 2010).

Une étude qualitative comparative, de niveau intermédiaire, réalisée en Australie, a exploré la communication et le cadre de pratique dans l'équipe infirmière parmi 30 infirmières autorisées et des infirmières « inscrites », qui étudient pendant 12 à 18 mois pour recevoir un certificat. Les participantes ont manifesté leurs préoccupations quant à l'intimidation, au stress et au harcèlement qui découlent de la confusion entourant le cadre de pratique. L'éventualité de résultats négatifs pour les patients en matière d'administration des médicaments, de répartition des patients et de charge de travail s'avérait tout aussi préoccupante (Eagar et coll. 2010).

Pour favoriser un travail d'équipe efficace en évitant les conflits et les conséquences négatives pour l'équipe des infirmières et des infirmiers et ses patients, les membres de l'équipe doivent avoir une compréhension claire de leurs rôles et leur cadre de pratique (Eagar et coll. 2010). Pour mieux soutenir un travail d'équipe efficace, les gestionnaires en soins infirmiers peuvent examiner régulièrement les facteurs qui contribuent à l'efficacité du travail d'équipe et à la satisfaction professionnelle des infirmières et des infirmiers (Hayes, Bonner et Pryor, 2010).

RECOMMANDATION 1.3 :

Le personnel infirmier lance des processus de collaboration pour améliorer les résultats des patients, en fonction de l'acuité de leur état.

Type de données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Au cours des 20 dernières années, les soins aux patients se sont complexifiés. L'état d'un patient influe directement sur les connaissances infirmières nécessaires pour lui prodiguer des soins adéquats. Une situation complexe du côté du patient et un milieu peu stable accroissent le besoin de consultation (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014).

Dans le contexte de la pratique intraprofessionnelle, les infirmières et les infirmiers et les gestionnaires des soins donnent l'exemple en matière de sécurité et de qualité des soins. Elles affectent les patients en fonction de leur acuité au dispensateur de soins le plus apte et selon un modèle attribuant un responsable principal des soins au patient, la stabilité du soignant et la continuité des soins. Le respect et la compréhension pour les contributions de chaque membre de l'équipe intraprofessionnelle facilitent l'exercice de chacun à son plein potentiel, améliorent la collaboration et débouchent sur de meilleurs résultats pour les clients (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014). L'affectation des patients doit se guider sur son niveau d'acuité (stabilité, prévisibilité, risque d'issue négative et complexité), dans le contexte d'un modèle de soins infirmiers primaires, de continuité du dispensateur, de continuité des soins et de pratique en collaboration. Le personnel expérimenté développe des compétences pour collaborer et pour évaluer le succès potentiel des interventions infirmières avant d'aborder une situation.

Dans une étude explicative, selon une conception méthodologique faible (2007), Duddle et Boughton ont remarqué la grande complexité des relations intraprofessionnelles entre le personnel infirmier et l'importance fondamentale de la collaboration dans ce groupe pour les soins aux patients. Ces relations intraprofessionnelles sont particulièrement cruciales lorsque le personnel infirmier communique des informations concernant les patients, lors de la planification des soins ou pendant les interventions et en cas d'aggravation de l'état d'un patient.

RECOMMANDATION 1.4 :

Les gestionnaires en soins infirmiers adoptent un modèle de comportement efficace pour l'équipe et délèguent le pouvoir.

Type de données probantes = IV

ATTRIBUTS DU GESTIONNAIRE EN SOINS INFIRMIERS :

- Accessibilité
- Intelligence émotionnelle
- Honnêteté
- Comportements positifs
- Communications aisées
- Respect
- Communication ouverte

(Rouse, R.A. Al-Maqbali, M. 2014)

Discussion sur les données probantes :

En raison des nombreuses exigences imposées de nos jours dans les relations de travail, c'est pourquoi la constitution d'équipes résilientes s'avère essentielle. Comme les gestionnaires assument la direction, leur comportement devient primordial dans la création de milieux de travail propices aux soins de qualité pour les patients, alors qu'elles doivent répondre aux exigences de leurs organisations (Udod 2012). Les gestionnaires en soins infirmiers doivent faire office de mentors pour fournir des conseils et une formation professionnelle qui répond aux besoins du personnel (Bjarnadottir, A. 2011).

Au cours d'une étude qualitative, de niveau élevé, Sonia Udod, chercheuse à l'Université de la Saskatchewan, a examiné les formes d'exercice du pouvoir par les gestionnaires en soins infirmiers des hôpitaux. Elle a constaté que le rôle essentiel des gestionnaires dans la modification du milieu de travail les incite à établir des liens avec les infirmières et infirmiers. Lorsque ces derniers n'étaient pas motivés, les gestionnaires dépendaient des pratiques institutionnelles auxquelles ils s'opposaient. Cependant, dans les milieux où les gestionnaires favorisaient le partage du pouvoir et traitaient le personnel infirmier comme des collaborateurs, les résultats pour les patients s'amélioraient (Udod, S.A. 2012).

Le partage du pouvoir repose sur une volonté manifeste d'instaurer des relations équilibrées. Plusieurs moyens permettent d'y parvenir, les pratiques démocratiques en matière de leadership, de prise de décision, l'autorité et la responsabilité. Les gestionnaires en soins infirmiers peuvent promouvoir la collaboration intraprofessionnelle en :

- établissant des valeurs précises en matière de qualité de soins pour les patients;
- mettant à profit les occasions qui suscitent la contribution de tous les membres de l'équipe;
- créant des relations de pouvoir équilibrées;
- instituant un climat propice à l'expression d'une diversité d'opinions;
- examinant les divers points de vue des dispensateurs de soins. (AIIAO, 2013).

Pour soutenir la collaboration entre le personnel infirmier, les gestionnaires doivent prendre la mesure de leur propre pouvoir et cultiver les qualités qui facilitent le partage du pouvoir, à savoir une communication ouverte, la gestion des conflits et un style de leadership efficace (Cilliers et Terblanche, 2010).

Communication ouverte

Lors d'une étude qualitative et descriptive, de niveau élevé, pour comprendre les modes de communication des gestionnaires en soins infirmiers, on a recherché les processus susceptibles de favoriser ou d'entraver leur capacité à créer une ambiance positive et à maintenir le contact avec le personnel. Les auteurs recommandent ainsi des moyens pour renforcer la communication et pour surmonter les différends. Parmi ceux-ci, une intensification de la communication, orale, écrite, électronique ou sur les réseaux sociaux, en tenant compte des différences générationnelles, lors du choix d'un mode de communication, pour employer ceux qui mettent à l'aise les interlocuteurs. Il importe également d'être visible et de prévoir des rencontres régulières avec le personnel, par exemple en faisant des tournées avec lui (Hartung et Miller, 2013).

Dans une étude qualitative similaire, de niveau intermédiaire, Garon (2012) a analysé les perceptions des infirmières autorisées et des infirmiers autorisés, ainsi que des gestionnaires sur la capacité du personnel infirmier à s'exprimer et à être entendus en milieu de travail. Les résultats de cette étude démontrent l'importance du rôle joué par les gestionnaires des soins infirmiers dans la création d'une culture de la communication où le personnel infirmier exprime ses idées en toute sécurité. Garon a également constaté que, pour créer un milieu de travail sain, la communication des gestionnaires devait être perçue comme franche, et s'accompagner d'échanges réguliers en personne (Garon, 2012).

Gestion des conflits

En donnant l'exemple d'une communication ouverte et franche, les gestionnaires des soins infirmiers doivent inciter le personnel à utiliser des stratégies de gestion des conflits. Au cours d'une étude corrélative, de niveau intermédiaire, Morrison (2008) a découvert que la compréhension de la corrélation entre les niveaux d'intelligence émotionnelle et les compétences en matière de conflit permettent d'améliorer les relations interpersonnelles et contribuent à maintenir un milieu de travail plus sain.

Une étude qualitative, selon une conception méthodologique faible, réalisée par St-Pierre (2012) a révélé que la visibilité des gestionnaires des soins infirmiers influe directement sur la perception que se fait l'équipe de son appartenance en tant que membre actif. L'étude a également révélé que la visibilité des gestionnaires a une incidence sur les informations qu'on leur transmet et sur l'emploi d'une communication appropriée par le personnel infirmier. Ceci dit, selon l'une des principales conclusions de l'étude, la gestion de l'agressivité ou des conflits ne relève pas de la seule responsabilité des gestionnaires, mais aussi des individus qui, le cas échéant, doivent être impliqués à tous les niveaux.

Leadership efficace

La promotion et le maintien du contrôle des infirmières et infirmiers sur leur pratique passent par un accès officiel au pouvoir au moyen du leadership (MacPhee, Wardrop et Campbell, 2010). L'impérieuse nécessité d'un partage du pouvoir entre la direction et le personnel infirmier a été examinée à plusieurs reprises dans les publications. Une étude descriptive, de niveau intermédiaire, par Scherb et coll. (2011) a analysé l'évaluation faite par le personnel infirmier et les gestionnaires en soins infirmiers de leur participation réelle et souhaitée aux décisions en matière de gouvernance et de leadership dans l'unité et aux activités de collaboration ou de liaison. Le personnel infirmier se perçoit comme moins impliqué dans les décisions que ne le croient leurs gestionnaires.

Scherb et coll. ont conclu que, pour augmenter la participation du personnel aux décisions, il faudrait modifier les rôles et les attentes classiques des infirmières et des infirmiers, et des gestionnaires. Toutefois, les auteurs insistent sur le besoin de perfectionnement professionnel pour le personnel infirmier, s'il veut s'impliquer davantage dans la prise de décision. Parallèlement, les organisations devront aider les gestionnaires à acquérir le style, l'aisance et les compétences pour une prise de décision partagée.

À l'occasion d'une étude transversale menée à Oman et de conception méthodologique faible, on a demandé à 1 526 professionnels des soins infirmiers quelles étaient, selon eux, les compétences de leadership essentielles pour les gestionnaires en soins infirmiers. Les résultats démontrent que les professionnels souhaitent des gestionnaires accessibles, faisant preuve d'une attitude positive et ouverte à la collaboration. Un ton juste et une écoute attentive étaient essentiels pour rehausser l'estime de soi du personnel infirmier et améliorer les résultats pour les patients. Les participants n'aimaient pas les gestionnaires dont l'attitude critique était perçue comme dévalorisante et décourageante ni ceux qui avaient des mots durs, faisaient preuve de favoritisme ou les rappelaient à l'ordre en public (Rouse et Al-Maqbali, 2014).

RECOMMANDATION 1.5 :

Les infirmières et infirmiers améliorent la qualité du milieu de travail et les résultats pour les patients en instaurant des processus et des structures pour promouvoir la collaboration intraprofessionnelle. Ils doivent le faire en :

- établissant collectivement des processus de prise de décision partagée dans diverses circonstances;
- instaurant des modalités de fonctionnement non hiérarchiques et démocratiques.

Types de données probantes = Ia, IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

Processus et structures

Des processus et des structures clairs et efficaces offrent des possibilités de collaboration intraprofessionnelle. Les tournées matinales et les réunions d'équipe favorisent l'interaction et la collaboration en personne entre les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante. Depuis des décennies, ces réunions facilitent l'échange de connaissances, la continuité des soins et la planification des soins aux patients. Elles ont également servi, de manière subtile, à bâtir des équipes et créer des relations interpersonnelles (McFetridge, Gillespie, Goode et Melby, 2007).

Le mentorat constitue une voie prometteuse pour l'épanouissement des relations interpersonnelles et la collaboration intraprofessionnelle. Les résultats d'une étude quasi expérimentale (conception avant après), de niveau faible, après un suivi de 92 équipes mentor-mentoré pendant trois ans lors d'un partenariat entre une université et un hôpital, montrent des résultats positifs en matière de satisfaction du personnel, de respect mutuel, de culture du soutien et d'amélioration des résultats pour les patients en ce qui concerne les escarres et les chutes. Les mentors ont, non seulement apporté leur soutien à leurs collègues, mais ont amélioré du même coup le milieu de travail des infirmières autorisées et infirmiers autorisés (Latham, Hogan et Ringl, 2008).

Une rigoureuse étude systématique menée par Pearson, et coll. (2006) a conclu qu'il était possible d'améliorer le fonctionnement de l'équipe en impliquant le personnel lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et des processus de l'unité : principes d'affectation des patients, intégration des valeurs des soins infirmiers primaires et continuité du dispensateur et des soins. Un processus adapté aux besoins de chaque unité et associé au mentorat et à l'encadrement favorise un changement positif dans les attitudes du personnel à l'égard de la structure de l'équipe, du leadership, du suivi de la situation, du soutien mutuel et de la communication (Vertino, 2014).

Établissement des processus de prise de décision partagée dans diverses circonstances

Les conclusions d'un examen systématique par Khan et coll. (2006) laissent penser que l'amélioration du fonctionnement et de la collaboration de l'équipe passe par l'implication du personnel dans l'élaboration et la mise en œuvre des processus, des structures et des politiques. En particulier, les pratiques d'établissement des horaires, les conseils de services et les politiques sur la sécurité au travail qui ont une incidence sur le fonctionnement quotidien.

Corroborant les résultats des publications précédentes, St-Pierre (2012) a souligné l'importance de mettre au point des processus avec des stratégies pour orienter les individus sur la façon de discuter des enjeux avec leurs collègues. Il s'agit notamment de rencontrer toutes les parties, d'aborder les problèmes sans délai tout en maintenant un processus aussi informel que possible. Ces stratégies sont importantes pour la satisfaction du personnel et sont reconnues comme des facteurs influant sur la décision du personnel infirmier de démissionner ou non (Estryn-Behar et coll. (2007).

Introduction au fonctionnement non hiérarchique et démocratique

Le terme « contrôle sur la pratique infirmière » décrit l'influence du personnel infirmier sur les décisions qui influent sur leur pratique. Ce contrôle est associé aux milieux de pratique professionnelle qui conduisent à la satisfaction du personnel infirmier et à des résultats de qualité pour les patients (Weston, 2008).

Une enquête transversale, de niveau intermédiaire, menée par Jessica Castner et ses collègues auprès de 456 infirmières autorisées et infirmiers autorisés dans cinq hôpitaux a révélé que leur autonomie en matière de pratique, d'autogestion et de gouvernance partagée est essentielle pour améliorer les compétences pour le travail en équipe et le comportement du personnel infirmier. Les résultats de cette étude fournissent une connaissance préliminaire du contrôle sur la pratique en tant que variable à prendre en compte dans la politique, la pratique et la recherche sur l'amélioration du travail en équipe. L'étude indique également que la réduction au minimum des structures de pouvoir dans l'organisation et l'intégration de pratiques de travail non hiérarchiques et démocratiques (leadership, suivi de la situation, soutien mutuel et communication) constituent des étapes cruciales pour améliorer la sécurité des patients (Castner, Ceravolo, Foltz-Ramos et Wu, 2013).

Dans l'étude de Schraeder et coll. (2008), le personnel infirmier a mis en évidence des résultats positifs similaires en utilisant le modèle de soins primaires qui lui permet un contrôle sur la pratique et améliore sa satisfaction. L'étude indique que les gestionnaires de cas ont contribué aux soins de leurs patients en détectant et en signalant activement les changements susceptibles d'affecter les résultats pour ces derniers. Lors de cette étude, la gestionnaire de cas a pris le temps pour une connaissance holistique des patients, au-delà de leur phase aiguë, en adaptant l'éducation sanitaire à leurs besoins et en assurant leur suivi, y compris les résultats des tests et des analyses (Schraeder, C., et coll. 2008).

RECOMMANDATION 1.6 :

Les infirmières et les infirmiers favorisent une communication ouverte, franche et transparente en :

- promouvant une culture de communication efficace;
- établissant des processus de communication verbale, écrite et électronique.

Type de données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Promotion d'une culture de la communication efficace

La communication se situe au cœur de toute interaction humaine. Sans elle, il est impossible d'entrer en relation avec son entourage, d'établir des relations ou d'exprimer ses besoins et ses préoccupations. Des processus de communication efficaces permettent aux décideurs d'obtenir les informations nécessaires afin de prendre des décisions pour les patients, pour eux-mêmes et leur équipe (Casey et Wallis, 2011).

L'ensemble du personnel infirmier doit développer des habiletés en matière d'écoute active et employer des méthodes qui favorisent une « communication claire et compétente », caractérisée par l'ouverture, la franchise et le respect de l'opinion d'autrui, et une compétence clé pour un travail d'équipe efficace (AIIAO, 2013).

Établissement des processus de communication verbale, écrite et électronique

Le personnel infirmier aux points de service se situe au cœur du processus de communication. Son travail exige des méthodes efficaces pour communiquer l'évaluation du patient, la documentation, les détails du traitement et des soins. Ces méthodes leur permettent de traiter les informations sensibles de manière transparente, mais confidentielle (Casey et Wallis, 2011).

La promotion d'une culture qui permet au personnel infirmier de s'exprimer et d'être écouté (lors des conseils de service, des réunions du personnel, et des politiques de porte ouverte des gestionnaires [Garon, 2012] favorisent et renforcent une communication positive et un environnement de travail sain [Hartung et Miller, 2013]).

RECOMMANDATION 1.7 :

Les infirmières et les infirmiers favorisent la pratique collaborative intraprofessionnelle en créant des milieux propices à l'apprentissage et servant de mentors aux étudiants.

Types de données probantes = Ia, IV

ATTRIBUTS DES MENTORS

- Accessibilité
- Encadrement efficace
- Communication ouverte
- Respect
- Compréhension du point de vue des autres
- Partage de l'expérience
- Écoute active

Discussion sur les données probantes :

Stages étudiants et pratique collaborative intraprofessionnelle

Plusieurs études ont souligné l'importance d'un milieu d'apprentissage favorable au développement de la pratique d'une collaboration intraprofessionnelle. L'étude qualitative d'Andrews, de niveau faible, a révélé les nombreux facteurs qui influent sur l'aspect positif d'un stage étudiant : l'attitude du gestionnaire, le degré de préparation de leur mentor et la connaissance que les précepteurs ont des objectifs d'apprentissage de leurs étudiants (Andrews et coll. 2006).

Une étude de cohorte par Borch, dont la conception méthodologique est faible, a révélé que l'opinion du mentor sur ses propres capacités et sa satisfaction dans le rôle peut encourager les étudiants s'il est lui-même préparé (Borch, Athlin, Hov et Sorensen Duppils, 2013).

Un solide examen systématique réalisé par Pearson et coll. en 2006, visant à discerner les meilleures données probantes disponibles sur les caractéristiques d'équipe qui créent un milieu de travail sain, soutient l'idée que des relations négatives avec les cliniciens inhibent l'apprentissage des étudiants (Pearson, et coll., 2006). Il s'agit là d'un point important pour la profession infirmière, car une expérience positive lors d'un stage clinique débouche sur une grande satisfaction professionnelle susceptible, par conséquent, d'améliorer la rétention (Wu, L. et Norman, JJ, 2006).

Pour renforcer la cohésion de l'équipe afin d'attirer et de retenir le personnel, les organisations doivent prendre en compte la charge de travail supplémentaire qui incombe aux infirmières et aux infirmiers expérimentés chargés d'encadrer les nouvelles recrues, et les gestionnaires doivent être prêts à les épauler dans cette tâche. Le personnel expérimenté doit également actualiser et revoir ses connaissances et compétences en prévision des innombrables questions des diplômés (Ballem et McIntosh, 2014).

Recommandations relatives à l'organisation

2.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ORGANISATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Les organisations développent des stratégies pour favoriser et faciliter un travail d'équipe efficace.

Types de données probantes = IV, V

Discussion sur les données probantes :

La collaboration intraprofessionnelle doit être encadrée par des stratégies et des structures organisationnelles qui permettent au personnel infirmier de collaborer pleinement. La création de structures et de stratégies de soutien montre que l'organisation valorise les pratiques collaboratives et le travail d'équipe. Parmi ces stratégies et modalités de soutien, on retient l'importance accordée aux équipes, les processus d'amélioration du rendement et l'octroi d'une rémunération aux équipes pour les réunions dans un lieu adéquat et accessible. Pour un travail d'équipe efficace, les programmes éducatifs sur leur fonctionnement doivent disposer d'un financement (MacDavitt, Chou et Stone, 2007; Kalisch, Xie et Ronis, 2013).

Le soutien fourni par l'organisation au perfectionnement intraprofessionnel des infirmières s'avère important pour harmoniser les soutiens aux niveaux micro (p. ex., la formation du personnel), méso (p. ex., la gouvernance partagée) et macro du système (p. ex., la législation sur les politiques sanitaires), y compris l'amélioration des compétences, la création de milieux de travail efficaces et la création d'occasions de formation intraprofessionnelle (MacDavitt, Chou et Stone, 2007).

Les organisations qui investissent dans la formation et offrent des incitations à la pratique collaborative en retirent des avantages directs liés au travail d'équipe, au perfectionnement professionnel, à la satisfaction du personnel et à l'amélioration des résultats pour le patient (Kalisch et coll., 2013). Une lecture des publications et des études quasi expérimentales avec une conception méthodologique faible, soutenues par un groupe d'experts, confirment également des bénéfices pour les organisations qui mettent en place et font un suivi constant des résultats concernant l'incidence des équipes collaboratives sur les soins aux patients et la qualité de vie au travail (Vertino, 2014; Kalisch, Xie et Ronis, 2013; Kalisch et Lee, 2011).

RECOMMANDATION 2.2 :

Les organisations instaurent une culture de leadership transformationnel⁶ ou relationnel⁶ qui aboutit à des politiques claires et favorise un travail d'équipe efficace.

Types de données probantes = Ia, IV

Discussion sur les données probantes :

Favoriser une culture de leadership

La cohésion du groupe, la collaboration et la gestion efficace des conflits s'accompagnent toutes d'associations positives importantes avec le leadership relationnel ou transformationnel. Il existe cinq pratiques de leadership transformationnel fondées sur des données probantes : bâtir des relations de confiance, créer un milieu de travail favorisant l'habilitation,

instaurer une culture qui encourage le perfectionnement et l'intégration des connaissances, mettre en œuvre le changement, en assurer la durabilité, et équilibrer les résultats positifs pour les patients et le personnel infirmier (Cummings et coll., 2010); (Hunt, Corazzini et Anderson, 2014); (AllAO, 2013).

Un examen systématique, de niveau intermédiaire (Cummings et coll., 2010) a examiné la relation entre divers styles de leadership et les résultats pour le personnel infirmier et leurs milieux de travail. Lors de cet examen, l'ensemble des données probantes a mis en évidence des différences entre le style de leadership relationnel et celui axé sur les tâches. Le leadership axé sur les relations, également désigné comme leadership transformationnel, a donné des résultats plus encourageants, notamment pour la cohésion du groupe, que les styles de leadership axés sur les tâches, notamment le leadership dissonant, la gestion par exception, les approches transactionnelles, instrumentales et le laisser-faire. Le leadership relationnel était plus précisément lié à une meilleure définition des rôles, au fonctionnement de l'équipe et à une réduction des conflits et de l'ambiguïté. Les auteurs ont conclu que les styles de leadership recourant à la *prise de décision participative* favorisent la collaboration intraprofessionnelle.

Prise de décision participative

Une étude de recherche-action participative, de niveau intermédiaire, a démontré l'intérêt d'une prise de décision participative et d'un leadership fort dans les décisions entre personnel infirmier et gestionnaires concernant la charge de travail. Les auteurs ont conclu que des relations de travail efficaces entre les équipes d'employés et les gestionnaires de première ligne contribuaient à des résultats positifs, mais que les relations entre les équipes et les gestionnaires des opérations faisaient toute la différence (MacPhee et coll., 2010).

Les organisations doivent apporter leur concours aux gestionnaires en soins infirmiers pour qu'ils développent le style, l'aisance et les compétences favorisant la prise de décision participative avec le personnel infirmier. Ce dernier doit également obtenir de l'aide pour s'impliquer activement dans la prise de décision (Scherb et coll., 2011). Une étude qualitative, de niveau intermédiaire, sur l'expérience d'encadrement des gestionnaires a démontré une évolution chez les participants, passant d'une attitude défensive à une forte prise de conscience personnelle et au leadership au cours de cette période de transformation (Scherb et coll., 2011). Les participants ont cherché à assumer des rôles de direction en se donnant plus de marge de manœuvre, et en tenant compte de leurs limites personnelles et organisationnelles pour les gérer.

Développement de politiques claires et cohérentes

L'examen systématique modérée de Cummings et coll. (2010) a révélé une amélioration dans les fonctions de l'équipe lorsque les gestionnaires impliquaient le personnel dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques claires et appliquées uniformément. Pearson et coll. (2006) sont arrivés à la même conclusion en utilisant un rigoureux examen systématique.

Les organisations permettent aux dirigeants d'intensifier leurs niveaux de collaboration, y compris l'application de politiques claires, en les aidant à renforcer leurs caractéristiques de leadership, en commençant par une évaluation des besoins de perfectionnement du leadership des gestionnaires, des responsables, des formateurs cliniques et du personnel infirmier aux points de service (Hunt et coll., 2014).

Culture de leadership

Une fois établis les besoins du personnel infirmier, l'organisation doit mettre en place des mesures de soutien et de formation pour promouvoir les pratiques de leadership transformationnel afin de retenir les dirigeants.

Dans une étude de cas longitudinale et qualitative portant sur le roulement du personnel de gestion dans les foyers de soins, et son lien avec la qualité des soins et la réaction du personnel au roulement, Hunt et coll. (2014) considèrent que le soutien aux dirigeants devrait inclure une formation sur les composants du leadership, la prise de décision, l'encadrement, la constitution d'équipes et la résolution des conflits.

RECOMMANDATION 2.3 :

Les organisations mettent en place des systèmes et des processus pour susciter la collaboration et la continuité des soins aux patients. Elles le font en :

- mettant en œuvre des modèles de gouvernance partagée qui responsabilisent le personnel à tous les niveaux;
- apportant un soutien à tout le personnel infirmier dans le cadre de son champ de pratique;
- incitant le personnel à s'engager dans des communautés de pratique fournissant un soutien et un mentorat.

Type de données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Pour offrir au personnel infirmier un lieu où aborder les questions touchant à la pratique, les organisations devraient soutenir les conseils de gouvernance partagée par unité, coprésidés par un membre du personnel de première ligne et un membre de l'équipe de direction (Wright, Mohr et Sinclair, 2014; Latham, Hogan et Ringl, 2008). Un modèle de gouvernance partagée a été associé à l'amélioration des milieux de travail et de la collaboration (Latham et coll., 2008). En matière de pratique, les organisations devraient se concentrer sur l'autonomie et l'autogestion du personnel infirmier et la gouvernance partagée afin d'améliorer le travail d'équipe (Castner et coll., 2013).

Une étude canadienne à méthodes mixtes^G (Oelke et coll., 2008) sur le cadre de pratique et l'efficacité des équipes a révélé un chevauchement considérable des tâches et une ambiguïté des rôles, non seulement pour les soins infirmiers, mais dans d'autres disciplines. L'étude, de niveau faible, signale un manque de clarté dans les rôles des professionnels de la santé qui débouche sur un chevauchement des efforts, une sous-utilisation de ressources humaines limitées, des tensions au travail, des relations interprofessionnelles loin d'être idéales et l'établissement éventuel de modèles personnel-prestataires qui n'optimisent pas la qualité des soins aux patients ni leur sécurité (Oelke et coll., 2008).

La confusion entre les cadres de pratique des différentes catégories infirmières risque également de provoquer chez certaines un manque de respect, qui se traduit par du stress et une impression de brimades et de harcèlement.

Lors de la prise de décision en matière de dotation en personnel, une claire compréhension des rôles et des cadres de pratique de toutes les catégories de personnel infirmier, leur prise en compte et d'autres politiques connexes, permet de réduire les conflits entre le personnel infirmier (Eagar et coll., 2010).

RECOMMANDATION 2.4 :

Les organisations développent des systèmes et des processus pour soutenir les infirmières et les infirmiers qui entrent dans la pratique intraprofessionnelle. Elles le font en :

- concevant et en fournissant des occasions d'apprentissage intraprofessionnel et en évaluant l'efficacité;
- développant des compétences pour la pratique intraprofessionnelle liées aux évaluations de performance;
- fournissant des occasions de retour d'information sur la pratique intraprofessionnelle.

Type de données probantes = IIb

Discussion sur les données probantes :

Divers mécanismes de soutien et processus contribuent à la promotion et au succès de la pratique intraprofessionnelle dans les organisations de soins de santé. Les équipes intraprofessionnelles œuvrent dans des situations et des milieux complexes et, sous haute pression, les organisations doivent, par conséquent, prévoir la mise en place de systèmes et de processus pour garantir une composition du personnel et des niveaux de dotation appropriés, afin de développer une pratique collaborative.

Systèmes et processus de soutien

Les outils d'accompagnement comme les échéanciers, les procédures, les politiques, le modèle de soins, les directives médicales, les plans de soins, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, les parcours de soins, les outils d'évaluation, les modèles d'ordonnances préimprimés et les protocoles pour le personnel, sont autant d'éléments qui soutiennent le personnel infirmier dans son travail intraprofessionnel (OIIO, 2014).

Il faut également prévoir des systèmes pour soutenir le mentorat, le perfectionnement professionnel, l'évaluation, la collaboration et la prestation de soins de qualité, y compris la formation des novices et des nouvelles recrues dans le milieu de pratique. L'Ontario dispose du *Programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers*, une initiative provinciale conçue pour encourager les infirmières autorisées et les infirmiers autorisés et les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmiers auxiliaires autorisés nouvellement diplômés grâce à une possibilité d'emploi à temps plein –, un exemple de programmes destinés aux novices (Ballem et MacIntosh, 2014) (Latham, Hogan et Ringl, 2008).

Les organisations devraient s'assurer que le nouveau personnel infirmier suive une formation complète avant de se joindre l'équipe intraprofessionnelle. Selon une étude descriptive, qualitative et exhaustive, cette formation a une incidence positive sur le fonctionnement des équipes infirmières (Andrews 2013). On ne devrait pas laisser un membre du personnel infirmier s'occuper seul du cas d'un patient avant la fin de sa formation. Même après sa formation, il devrait participer à un programme de mentorat à long terme.

D'après une étude quasi expérimentale (conception avant après) dont la qualité méthodologique était faible, les programmes de mentorat amenaient le personnel infirmier à fournir davantage de soutien à leurs collègues et amélioraient leur milieu de travail en général (Latham et coll., 2008). La responsabilité de fournir un appui aux nouveaux employés après la formation, notamment grâce à un mentor, relève des organisations (Ballem et MacIntosh, 2014).

Les initiatives d'éducation et de formation du personnel infirmier, qui joue un rôle de mentor ou voudrait en jouer un, devraient inclure des contenus sur les commentaires constructifs, la modélisation de rôle ainsi que des informations sur l'acquisition de compétences en matière de pensée critique (Latham, et coll. 2008); (Wright, Mohr et Sinclair, 2014).

RECOMMANDATION 2.5 :

Les organisations adoptent des outils de mesure pour évaluer l'efficacité de la pratique collaborative intraprofessionnelle. Ces indicateurs portent, entre autres, sur :

- l'expérience et la satisfaction du patient ou du client et de la famille;
- le taux de rotation du personnel infirmier, les heures supplémentaires, l'absentéisme, l'engagement et la satisfaction;
- les taux d'infection, de chutes ou de réadmission;
- les interventions infirmières retardées ou manquées, les lacunes dans la continuité des soins et la stabilité de l'équipe soignante, la composition du personnel et les niveaux de compétences;
- l'élimination des obstacles aux processus d'évaluation (p. ex., les équipements brisés ou défectueux, le laisser-aller).

Type de données probantes = IIb

Discussion sur les données probantes :

La mesure et l'évaluation s'avèrent essentielles pour garantir des soins d'une qualité acceptable, les organisations doivent donc prévoir des ressources suffisantes pour des évaluations approfondies en temps opportun afin de remédier aux problèmes. Fowler, Hardy et Howarth (2006) ont procédé à un test quasi expérimental avant après (de niveau faible) sur les soins en collaboration, qu'ils ont définis comme le soutien et la garantie d'une prestation de soins de qualité aux patients en toute sécurité, tout en améliorant la satisfaction professionnelle et les occasions de perfectionnement professionnel du personnel infirmier.

Selon les conclusions de cette étude, publiée en 2006, les organisations doivent mettre au point des mesures de résultats valides et cohérentes afin d'évaluer l'incidence des équipes sur les soins sur les patients et la qualité de vie au travail. Au cours de ces évaluations, on utilise fréquemment les mesures suivantes : la satisfaction des patients, la satisfaction du personnel et la longueur des listes d'attente.

L'AIIAO et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario offrent des ressources en ligne pour promouvoir un milieu de travail sain. Détails d'inscription disponibles sur la page Web de l'AIIAO : <http://rnao.ca/search/content/HWE> et le site Web du MSSLD : <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrsd/about/environments.aspx>.

RECOMMANDATION 2.6 :

Les organisations accroissent le nombre de précepteurs et les forment afin d'améliorer l'accueil des étudiants dans le milieu de collaboration intraprofessionnelle. Elles le font en :

- attribuant des précepteurs dans la même classe de soins infirmiers (p. ex., un étudiant IA à un précepteur IA);
- sélectionnant, en affectant et en soutenant les précepteurs disposés à travailler avec les étudiants ou les nouvelles recrues dans l'équipe;
- informant les précepteurs des objectifs d'apprentissage des étudiants et en assurant une bonne communication entre les milieux universitaires et cliniques;
- réduisant la charge de travail des précepteurs afin qu'ils disposent de suffisamment de temps pour atteindre les objectifs d'apprentissage des étudiants en sciences infirmières.

Types de données probantes = Ia, IV

Discussion sur les données probantes :

Étudiants et collaboration intraprofessionnelle

Les étudiants en soins infirmiers ont besoin de soutien lors de leur passage à la pratique intraprofessionnelle. À l'occasion d'une étude qualitative, de niveau modéré, on a demandé aux étudiants en sciences infirmières, sur le point d'être diplômés, ce qu'ils attendaient de leur premier emploi. Ils s'attendaient à des relations de travail constructives et à une approche collaborative des soins aux patients (Andrews, 2013). Toutefois, au cours d'un examen systématique, de niveau faible, Morrow (2009) a analysé les publications sur la transition des nouveaux diplômés au Canada et a constaté que les expériences réelles des étudiants différaient grandement de leurs attentes, en raison d'un manque de soutien et d'expériences négatives avec les autres infirmières autorisées et infirmiers autorisés (Morrow, 2009).

Selon l'auteur, la qualité de la transition des nouveaux diplômés vers le marché du travail semble avoir une incidence sur l'efficacité de l'équipe, le recrutement et la rétention des diplômés et la sécurité des patients. Des difficultés épisodiques se transforment ainsi en problèmes systémiques chroniques. Les organisations ne peuvent plus ignorer les problèmes de rétention des nouveaux diplômés et les gestionnaires en soins infirmiers doivent comprendre les raisons qui expliquent la marginalisation continue des nouvelles recrues dans les équipes pour s'efforcer d'y mettre fin (Morrow, 2009).

Influence des précepteurs

Pour aider les étudiants à entrer dans l'équipe collaborative, les organisations peuvent désigner des précepteurs chargés de les intégrer dans le cadre de pratique et d'assurer les soutiens psychologiques et sociaux au sein des équipes (Morrow, 2009). Les précepteurs peuvent orienter la perception qu'ont les étudiants de la pratique collaborative intraprofessionnelle. Une étude qualitative, de niveau élevé, a démontré que les IA pouvaient favoriser ou, au contraire, bloquer l'accès aux connaissances et l'acceptation des étudiants par l'équipe, qui influence la qualité de leur apprentissage (Brammer, 2006b). Dans le même ordre d'idée, Andrews a indiqué, dans une autre étude qualitative en 2006, de niveau faible, sur les étudiants, que l'attitude du chef d'unité conditionnait les stages. Les gestionnaires sont à même de créer un milieu où les normes favorisent la confiance et le respect (Henderson et coll., 2006) et de promouvoir une culture propice à l'apprentissage continu et à la collaboration (Brammer, 2008; Brammer, 2006b, Morrow, 2009).

De leur côté, les précepteurs, qui jouent un rôle important dans une expérience réussie pour les étudiants, sont souvent mal préparés pour ce rôle et ignorent les objectifs d'apprentissage de ces derniers (Andrews et coll., 2006). Cette même étude souligne la nécessité d'améliorer la communication entre les universitaires et le milieu clinique (Andrews et coll., 2006). Par ailleurs, une autre étude met en évidence la lourde épreuve que le mentorat des nouveaux diplômés impose sur la charge de travail et l'expertise des IA. Cependant, les organisations ignorent largement les difficultés qui en résultent et créent des obstacles à la collaboration (Ballem et MacIntosh, 2014).

Une étude méthodologique interprétative, de niveau intermédiaire par Vallant et Neville (2006) a analysé l'interaction entre les étudiants et les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens. L'étude a révélé que les expériences négatives vécues par les étudiants en soins infirmiers avec les cliniciens freinaient leur apprentissage et compromettaient la collaboration. À l'inverse, l'apprentissage des étudiants s'améliorait lorsqu'ils sentaient que les cliniciens participaient activement et positivement à la relation. Les expériences positives donnaient aux étudiants l'impression d'être soutenus et acceptés. Dans une étude phénoménologique, de niveau intermédiaire, Blum et Gordon (2009) ont examiné les expériences de préceptorat du point de vue des étudiants. Ils indiquent les attitudes recherchées, pour ces derniers : une présence accueillante, l'empathie, la patience, les encouragements et la communication thérapeutique avec le personnel infirmier.

Une étude qualitative, de niveau intermédiaire, explorant l'expérience des précepteurs a démontré que les tâches quotidiennes et la priorité aux soins aux patients déterminaient leurs capacités d'enseignement. Le soutien collégial du précepteur était important pour créer des milieux offrant un support et une collaboration aux étudiants et les expériences antérieures de préceptorat guidaient leurs stratégies et leurs techniques (Carlson, Pilhammar et Wann-Hansson, 2010).

Les modèles de préceptorat efficaces visent la réduction du roulement du personnel et l'établissement de relations (Henderson, Twentyman, Heel et Lloyd, 2006). Les infirmières autorisées et les infirmiers autorisés interviennent à titre de gardiens dans leur zone, leur unité, leur service ou leur étage, en surveillant et supervisant les étudiants dans le cadre de pratique (Chang, Russell et Jones, 2010). Les étudiants ont besoin de nouer des relations cordiales avec les cliniciens pour réussir et pour sentir qu'ils appartiennent à l'équipe (Vallant et Neville, 2006). Le préceptorat est une fonction complexe comportant de multiples difficultés, essentiellement en raison du peu de temps qu'on lui consacre (Carlson et coll., 2010). Les IA nécessitent une meilleure préparation à leur rôle de précepteurs pour améliorer les expériences d'apprentissage des étudiants et leur transition vers le milieu de travail (Brammer, 2006a).

RECOMMANDATION 2.7 :

Les organisations conçoivent des politiques, des pratiques et des interventions pour gérer les conflits et en formant les gestionnaires et les collègues et en leur apportant un soutien pour régler les difficultés relationnelles intraprofessionnelles.

Type de données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Gestion des conflits et collaboration

Pour fournir des conseils et régler efficacement les différends entre le personnel infirmier, les gestionnaires doivent posséder des compétences en matière de résolution des conflits. À l'occasion d'une étude qualitative et ethnographique, de qualité faible, St-Pierre (2012) a examiné les agressions entre le personnel infirmier du point de vue des gestionnaires. Les participants ont canalisé l'agressivité entre le personnel infirmier en réglant régulièrement les problèmes, en responsabilisant le personnel, en lui fournissant les outils pour résoudre les questions rapidement et en demandant eux-mêmes du soutien (aux ressources humaines) lorsqu'il leur fallait de l'aide pour gérer les incidents. St-Pierre a conclu que la gestion de l'agressivité ne relève pas uniquement de la responsabilité des gestionnaires, mais doit aussi impliquer l'agresseur, ses pairs, le service des ressources humaines et les syndicats.

Dans une étude de recherche-action participative, de qualité intermédiaire, MacPhee et coll. (2010) ont examiné les liens entre la structure, le processus et les résultats d'une prise de décision partagée en matière de charge de travail (comme les affectations de personnel en toute sécurité). Les auteurs ont constaté que des relations efficaces entre les équipes infirmières débouchent sur des résultats positifs, en particulier, si le personnel infirmier a l'impression que l'on comprend ses besoins et qu'on y répond. La nature des relations avec les gestionnaires ou d'autres dirigeants revêtait une très grande importance pour le personnel infirmier. De bonnes relations avec les gestionnaires donnaient au personnel infirmier l'impression que les décisions partagées en matière d'horaires leur convenaient mieux. Qui plus est, l'étude indique qu'une communication inefficace menait à des conflits et résultait de problèmes antérieurs en matière de confiance et de respect découlant de la dynamique du pouvoir infirmier (MacPhee et coll., 2010).

La gestion efficace des conflits est essentielle à toute pratique collaborative, et le personnel infirmier et les gestionnaires doivent avoir des compétences en matière de résolution de conflits et connaître l'art de la gestion des relations lorsqu'ils doivent gérer les émotions des autres (Morrison, 2008). D'où la nécessité de mettre en œuvre des pratiques et des interventions de gestion de conflits spécifiques au secteur ou au milieu de travail (Losa Iglesias et Becerro de Bengoa Vallejo, 2012).

Comme il est impossible d'éviter les conflits dans les équipes, il importe que les membres de l'équipe sachent comment les gérer. Pour favoriser le fonctionnement efficace des équipes, les organisations doivent s'assurer que l'ensemble du personnel a reçu une formation sur la politique antiharcèlement, le code de conduite et la gestion des conflits. (Wright, Mohr et Sinclair, 2014; Hunt, Corazzini et Anderson, 2014).



Recommandations externes ou relatives au système

3.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX GOUVERNEMENTS

RECOMMANDATION 3.1 :

Les gouvernements encouragent la collaboration intraprofessionnelle durable en allouant des fonds au domaine des soins infirmiers pour :

- les initiatives de développement et d'évaluation d'équipes collaboratives intraprofessionnelles;
- les initiatives de développement du leadership infirmier;
- la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'approches pour une charge de travail sécuritaire et équitable;
- la technologie pour soutenir l'interaction de l'équipe;
- les niveaux de dotation en personnel pour soutenir des modèles de soins centrés sur la personne;
- le recrutement et la rétention.

Types de données probantes = IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

Perfectionnement et évaluation des équipes

Les gouvernements doivent soutenir ouvertement la participation des infirmières et des infirmiers au travail d'équipe au moyen de structures et de processus qui encouragent et récompensent la pratique collaborative.

Le financement gouvernemental visant à améliorer le perfectionnement et l'évaluation des équipes est rarement perçu comme une priorité. Toutefois, les données confirment que l'autonomie du personnel infirmier en matière de pratique et d'autogestion, ainsi que la gouvernance partagée sont essentielles pour améliorer les compétences et le comportement en matière de travail en équipe (Castner et coll., 2013). La mise en œuvre d'interventions visant à renforcer le travail d'équipe en soins infirmiers est associée à des résultats positifs pour les patients (Kalisch et coll., 2007). Une autre analyse documentaire, de qualité faible, fait état de l'incidence positive d'un travail d'équipe efficace sur les résultats pour les patients, l'efficacité organisationnelle, la prestation globale des soins de santé et la qualité de la vie du personnel infirmier au travail (MacDavitt, Chou et Stone, 2007).

Une étude quasi expérimentale, de niveau intermédiaire, a examiné les retombées d'une intervention à composantes multiples pour améliorer le travail d'équipe et la mobilisation du personnel en ce qui concerne les chutes des patients, leur satisfaction, l'évaluation par le personnel du travail d'équipe dans l'unité, et les taux d'absentéisme et de roulement. D'après l'étude, l'intervention a permis d'améliorer le travail d'équipe et elle a été associée à une réduction des chutes des patients et à une augmentation de leur satisfaction (Kalisch et coll., 2007).

Dans une autre étude quasi expérimentale, de qualité intermédiaire, menée par Vertino (2014), la question portait sur une éventuelle amélioration des attitudes du personnel envers le travail d'équipe grâce à une initiative de formation d'équipe structurée pour le personnel infirmier en milieu hospitalier. Les chercheurs ont constaté que l'initiative de formation d'équipe personnalisée, associée au mentorat, a amélioré les compétences en matière de communication et de travail d'équipe chez les professionnels de la

santé. Elle a aussi été associée à une augmentation marquée de la structure de l'équipe, du leadership, du suivi de la situation, du soutien mutuel et de la communication (Vertino, 2014).

Les interventions visant à améliorer le travail d'équipe chez les infirmières coïncident avec des résultats positifs pour l'équipe et pour les patients ou les clients (Latham et coll., 2008; Kalisch et coll., 2007; Kalisch et coll., 2013; Vertino, 2014). Une pratique intraprofessionnelle efficace exige un financement public pour permettre aux organisations d'élaborer des stratégies dans le domaine.

Développement du leadership professionnel du personnel infirmier

Pour renforcer les capacités des gestionnaires des soins infirmiers, le développement du leadership est essentiel. Et un leadership infirmier fort est fondamental pour établir un milieu de travail sain. Barrett et ses collègues ont en effet constaté que la cohésion de l'équipe et une culture de travail positive dépendaient de l'infirmière ou de l'infirmier en chef de l'unité (Barrett et coll., 2009). L'établissement d'une collaboration intraprofessionnelle nécessite un leadership infirmier fort à tous les échelons de l'organisation, et tout particulièrement au point de service (Alliao, 2012). L'absence d'un leadership fort au sein des équipes se traduit par le manque de vision partagée entre les employés, ce qui entrave la communication, nuit à la qualité des soins et limite la capacité du système (Hunt et coll., 2014). Un leadership infirmier fort dans le service favorise la satisfaction professionnelle des infirmières, les résultats positifs, de même que l'autonomie et le contrôle du personnel infirmier sur sa pratique (Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull et King, 2009). Un financement gouvernemental est requis pour que les organisations et les individus développent des compétences de gestion et de leadership efficaces qui font progresser la satisfaction, le recrutement et la rétention du personnel infirmier, ainsi que les milieux de travail sains (Cummings et coll., 2010; St-Pierre, 2012; Cilliers & Terblanche, 2010).

Conception, mise en œuvre et évaluation des approches pour une charge de travail équitable

Les facteurs organisationnels les plus courants qui facilitent la collaboration intraprofessionnelle sont le style de leadership, le travail d'équipe (en tant que modèle primaire de prestation de soins) et la répartition équitable de la charge de travail entre les IA et les IAA (Huyhn et coll., 2011). Les gestionnaires en soins infirmiers jouent un rôle de leadership essentiel pour influencer la satisfaction professionnelle du personnel et créer un milieu de travail positif par la répartition de la charge de travail. Les gestionnaires en soins infirmiers disposent de la capacité essentielle d'augmenter les effectifs à des niveaux acceptables, de s'assurer qu'il y a suffisamment de travailleurs de soutien et de personnel paramédical, et d'être généralement en mesure de réduire la charge de travail, ce qui améliore la satisfaction au travail et la rétention. Un financement gouvernemental est requis pour assurer une connaissance permanente des facilitateurs et des obstacles à une charge de travail équitable. Il faut également s'assurer qu'on dispose des ressources en personnel pour le remplacement et la redistribution de la charge de travail (Duffield et coll., 2009).

Technologie et processus pour soutenir l'interaction de l'équipe

En 2013, Paulsen, Romoren et Grimsmo ont réalisé une étude qualitative, de qualité intermédiaire, dans laquelle ils ont analysé les obstacles organisationnels et culturels à la collaboration entre six infirmières en soins de courte durée et neuf infirmières en soins communautaires lors de la sortie de patients ou de clients âgés et fragiles de l'hôpital vers les soins locaux en Norvège. Les infirmières et les infirmiers de l'hôpital avaient prévenu bien avant les patients sur le point de sortir, mais les infirmières et les infirmiers en soins communautaires ont estimé que ce congé était prématuré et que le processus ne leur fournissait pas les informations nécessaires (Paulsen et coll., 2013). Selon les infirmières et les infirmiers en soins communautaires, ils ont dû obtenir les informations requises pour organiser des soins communautaires de manière informelle, en communiquant avec plusieurs personnes dans l'hôpital, ce qui fut une source de conflits et d'inexactitudes (Paulsen et coll., 2013). Ils ont également signalé que l'hôpital avait fourni des informations inexactes aux familles et aux patients sur les services communautaires fournis.

Pour éviter ce genre de désorganisation, les gouvernements doivent financer le développement et l'utilisation de technologies pour améliorer l'échange d'informations entre le personnel infirmier des différentes organisations. Le groupe d'experts responsable de l'élaboration des lignes directrices suggère l'utilisation d'appareils portatifs pour le personnel infirmier afin d'améliorer la communication entre ce dernier et les autres prestataires de soins de santé.

Recrutement et rétention

Le recrutement et la rétention du personnel infirmier sont essentiels dans le secteur dynamique et complexe de la santé d'aujourd'hui. On doit donner priorité aux stratégies d'intégration des nouvelles recrues dans l'équipe, à la promotion d'un leadership accessible, à des modèles de préceptorat et de mentorat de qualité et à l'intégration de stratégies d'équipe en présentiel dans un milieu favorable à l'échelon de l'organisation et de l'équipe. Des financements supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la relation entre la mobilisation du personnel infirmier récemment diplômé dans la pratique collaborative et la rétention (Pfaff, Baxter, Ploeg et Jack, 2014).

4.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA RECHERCHE

RECOMMANDATION 4.1 :

Il faut mener des recherches sur la manière dont l'évolution des structures de travail modifie la collaboration intraprofessionnelle dans tous les secteurs de la santé.

Types de données probantes = IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

En dépit des discussions et des travaux importants en matière de fonctionnement du milieu de travail pour maximiser la collaboration intraprofessionnelle entre le personnel infirmier, de nombreuses organisations éprouvent toujours des difficultés à mettre en place une équipe soudée dans le plein exercice de sa profession (St Pierre, 2012). Des recherches supplémentaires permettront de mieux comprendre comment instaurer et maintenir des milieux de travail sains favorisant un travail d'équipe en collaboration et des soins de qualité pour les patients (Castner et coll., 2013).

5.0 AGRÉMENT

RECOMMANDATION 5.1 :

Les organismes d'accréditation des services de santé intègrent dans leurs normes des critères fondés sur des données probantes et des critères relatifs à la pratique en collaboration intraprofessionnelle.

Type de données probantes = IIb

Discussion sur les données probantes :

Les recherches indiquent une relation positive entre sécurité des patients et collaboration du personnel. À titre d'exemple, la mise en œuvre d'interventions visant à renforcer le travail d'équipe en soins infirmiers est associée à des résultats positifs pour les patients (Kalisch et coll., 2007). Dans une étude quasi expérimentale, de qualité faible, Kalisch et ses collègues établissent un lien entre les avantages de la collaboration et la réduction du nombre de chutes dans une unité d'oncologie médicale de 41 lits. Les auteurs précisent également que l'établissement d'une collaboration permet de maintenir un milieu de travail positif et sain pour le personnel et la satisfaction des patients, ce qui réduit le taux de rotation du personnel, améliore son moral et diminue le nombre de lésions (Kalisch et coll. 2007).

Le principal organisme d'agrément du Canada, Agrément Canada, reconnaît l'importance de la collaboration et de la communication en tant que composantes essentielles de la sécurité des soins aux patients, même si celles-ci ne constituent pas des pratiques organisationnelles requises (POR) (Agrément Canada, 2014). Sachant que le processus d'accréditation promeut le changement, faire de la pratique infirmière collaborative, une POR favoriserait son adoption à grande échelle dans tout le pays.

6.0 FORMATION

RECOMMANDATION 6.1 :

Les formateurs et les établissements d'enseignement encouragent le professionnalisme et la collaboration intraprofessionnelle dans le domaine des soins infirmiers et servent de modèles dans les deux cas. Ils le font en :

- fournissant des études de cas qui décrivent des problèmes et des scénarios réalistes pour l'équipe (en les complexifiant tout au long du programme);
- axant les cours facultatifs sur les équipes et leur fonctionnement;
- offrant des cours sur les interactions respectueuses et la résolution des conflits;
- fixant des objectifs d'apprentissage portant sur des questions sociales et relationnelles;
- faisant la démonstration d'un travail d'équipe en collaboration pendant les stages cliniques;
- fournissant aux étudiants des informations précises sur la définition des rôles et des responsabilités pour tous les membres de l'équipe soignante.

Types de données probantes = IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

Les étudiants apprennent autant par l'observation que dans les cours et les manuels. Les instructeurs devraient insister sur la collaboration pour optimiser l'apprentissage et faciliter la participation des étudiants et des patients (Austria et coll., 2013). Cette recommandation se révèle particulièrement importante une fois que les étudiants sortent de la classe. Une étude a révélé que lorsque les formateurs et les mentors cliniques collaborent pour réduire l'écart entre la théorie et la pratique, l'expérience clinique des étudiants augmente, de même que leur satisfaction professionnelle par la suite (Wu et Norman, 2006).

Un apprentissage plus collaboratif débouche également sur d'autres avantages pour les étudiants. Une étude qualitative, de niveau intermédiaire, montre que lorsque ceux-ci se forment dans un milieu de collaboration, leur anxiété diminue, leur confiance augmente ainsi que l'efficacité dans les tâches (Austria et coll., 2013). Au moyen d'une étude de recherche-action, de qualité faible, Russell et ses collègues ont constaté que l'apprentissage intraprofessionnel en collaboration permettait aux étudiants d'apprendre l'essence des soins infirmiers et d'acquérir des compétences en gestion du temps et en communication interpersonnelle, une confiance en eux et de manier la pensée critique (Russell et coll., 2011). Les patients ou clients se montraient également satisfaits des soins prodigués par les étudiants qui apprennent et travaillent en collaboration (Austria et coll., 2013).

Néanmoins, la création d'un milieu de collaboration pour les étudiants exige beaucoup de travail. Les précepteurs en soins infirmiers ont besoin d'un soutien collégial pour créer ce contexte d'apprentissage favorable. La collaboration avec les médecins, les enseignants cliniques et les auxiliaires peut servir de soutien aux précepteurs alors que l'absence de coopération limite la réussite des infirmières (Carlson et coll., 2010).

7.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, RÉGLEMENTAIRES ET SYNDICALES

RECOMMANDATION 7.1 :

Les organismes professionnels et de réglementation des infirmières et des infirmiers (provinciaux et nationaux) collaborent pour aider leurs membres à mieux définir leur propre rôle et celui de leurs collègues dans le système de santé. Ils le font en :

- discutant des rôles et des responsabilités associés à leur formation, à leurs compétences et à leurs connaissances;
- instaurant des relations fondées sur le respect et l'égalité.

Types de données probantes = IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

Il incombe aux organismes professionnels et de réglementation de veiller à ce que les similitudes et les différences dans la pratique soient sans ambiguïté et clairement communiquées au sein de la profession, entre les professions et au public en général.

Dans une étude à méthodes mixtes de niveau faible, réalisée en 2008, Oelke, White et Besner ont demandé au personnel infirmier dans quelle mesure il était capable d'exercer pleinement ses compétences et de repérer les obstacles et les facilitateurs perçus dans l'optimisation de son rôle. Les auteurs ont constaté qu'un manque de compréhension des rôles contribuait à de mauvaises relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles.

Une étude sur l'action participative, de niveau intermédiaire, menée en 2010 par Burgess, J. et Purkis, M. E. (2010) auprès d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens, a révélé que les personnes impliquées dans une pratique réussie de collaboration étaient en mesure d'accorder une valeur à la contribution unique et importante de chaque membre de l'équipe.



Lacunes dans la recherche et conséquences futures

Le groupe d'experts de l'AIIAO, en examinant les éléments de preuve de cette ligne directrice, a déterminé les domaines prioritaires de recherche énoncés au tableau 1. Cette section a été classée en trois grandes catégories : les pratiques, les résultats et la recherche sur le système de santé (voir tableau 1).

Tableau 1 : Secteurs de recherche prioritaires : les pratiques, les résultats et le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
RECHERCHE SUR LES PRATIQUES	Établissement d'un outil d'évaluation et de documentation normalisé à l'usage des équipes intraprofessionnelles dans la pratique clinique
	Relations de travail entre les IA, les IAA et les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens
	Incidence des technologies de communication et de la facilité d'accès à l'information sur les équipes intraprofessionnelles
	Un plus grand nombre d'études combinant des outils qualitatifs et quantitatifs pourrait améliorer la qualité de la recherche sur les pratiques
	Relation entre le travail en équipe intraprofessionnelle dans le contexte du modèle de soins infirmiers primaires et la stabilité du prestataire de soins et la continuité des soins
RECHERCHE SUR LES RÉSULTATS	Intérêt d'intégrer les patients et la famille dans l'équipe intraprofessionnelle
	Incidence des soins intraprofessionnels sur la durée de séjour des patients hospitalisés
	Influence des équipes intraprofessionnelles sur la mobilisation du personnel
	Incidence de la formation intraprofessionnelle sur la pratique professionnelle et les résultats cliniques spécifiques
	Des études supplémentaires permettront de déterminer l'incidence de la collaboration intraprofessionnelle sur : les résultats des soins aux patients, les résultats sensibles aux soins infirmiers, le renforcement de la collégialité au sein de l'équipe soignante et la satisfaction de la vie professionnelle
RECHERCHE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	Évaluations économiques de l'impact sur la santé des stratégies de soins intraprofessionnels

Ces pistes de recherche constituent une tentative (en aucun cas exhaustive) de recenser et de classer par ordre de priorité les domaines dans lesquels des recherches sur la collaboration intraprofessionnelle sont requises. Bon nombre de recommandations dans cette ligne directrice se fondent sur des données probantes de recherches quantitatives et qualitatives, tandis que d'autres s'appuient sur un consensus ou l'opinion des experts. Pour valider l'opinion des experts, nous devons approfondir les recherches. L'augmentation des données probantes issues de la recherche fournit des connaissances qui conduiront à une amélioration de la pratique et des résultats dans les soins collaboratifs intraprofessionnels.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point de service présente plusieurs facettes et constitue un exercice difficile. Il faut bien plus qu'une prise de conscience et une diffusion pour amener les gens à modifier leur pratique. Pour être efficaces, les directives doivent être adaptées à chaque contexte de pratique. Il doit s'agir d'une activité participative pour les intervenants, à réaliser de manière systématique pour s'assurer que les recommandations correspondent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et Hoek, 2013). Notre *Trousse : les Lignes directrices sur la mise en œuvre des pratiques exemplaires (2^e éd.)* (AIIAO, 2012b) offrent un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir **annexe D**).

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

- les chefs de file de tous les échelons s'engagent à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- les intervenants pour qui la ligne directrice est pertinente sont repérés et participent à la mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et franchis;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice par l'entremise d'un suivi systématique est assurée;
- l'évaluation de l'incidence de la ligne directrice est intégrée au processus;
- l'exécution de tous les aspects de la mise en œuvre des lignes directrices est garanti par l'application des ressources adéquates disponibles.

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

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

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

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) – Réseau des champions des pratiques exemplaires : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>;
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO : <http://rnao.ca/bpg/bpso>;
- Ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <http://rnao.ca/events>;
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO pour faciliter la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, veuillez envoyer un courriel à ehhealth@rnao.org.

Évaluation et suivi de la présente ligne directrice

On suggère aux organisations qui mettent en œuvre les recommandations du document *Pratiques en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers* de réfléchir à la manière de suivre et d'évaluer sa mise en œuvre et ses retombées. Le tableau 2 se base sur un cadre présenté dans la *Trousse : la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (AIIAO, 2012) et il illustre certains indicateurs précis pour surveiller et évaluer la mise en œuvre de cette ligne directrice.

une fois ces directives mises en œuvre les organisations disposeront d'un milieu de travail sain qui soutiendra l'ensemble du personnel, de la première ligne à la direction. Toutes les unités disposeront de modèles de gouvernance solides pour venir en aide au gestionnaire, à l'infirmière ou à l'infirmier responsable, au personnel de première ligne et aux étudiants. Tous les membres du personnel et les étudiants auront l'impression de contribuer de manière égale aux discussions et tous se sentiront respectés en collaborant les uns avec les autres.

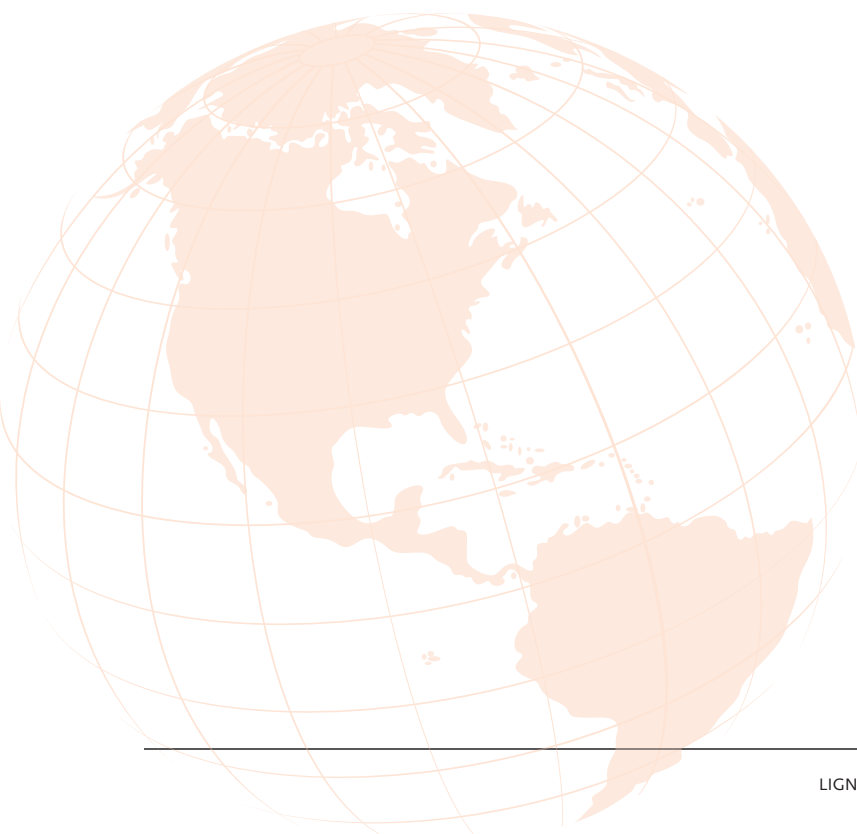
Tableau 2 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation et le suivi de la présente ligne directrice

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Objectif	Ces indicateurs sont liés aux soutiens et aux ressources nécessaires pour un système de santé, un organisme de services de santé afin de mettre en œuvre avec succès de la ligne directrice intitulée <i>Pratiques de collaboration au sein des équipes de soins infirmiers</i> .	Ces indicateurs déterminent si l'on a mis en œuvre les pratiques exemplaires sur l'éducation, la formation et la pratique des professionnels des soins de santé visant à améliorer les pratiques de collaboration intraprofessionnelle.	Ces indicateurs évaluent les retombées de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les établissements de soins de santé, les professionnels de la santé et les résultats pour le client.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Organisation/ service	Une intégration à l'échelle du système de politiques conformes aux pratiques exemplaires liées aux pratiques de collaboration intraprofessionnelle.	Des initiatives organisationnelles spécifiques pour établir et mettre en œuvre les programmes éducatifs suivants à l'intention du personnel infirmier : <ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion des conflits ■ Esprit d'équipe ■ Mentorat ■ Préceptorat 	<p>Les infirmières et les infirmiers se déclarent satisfaites de l'éducation et de la formation reçues en matière de pratique intraprofessionnelle.</p> <p>Les infirmières et les infirmiers sont capables d'articuler les principes et les composants d'une pratique de collaboration intraprofessionnelle efficace.</p> <p>Les infirmières et les infirmiers déclarent participer davantage à la collaboration intraprofessionnelle.</p> <p>Le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers qui participent à des séances de formation continue sur la gestion des conflits, le mentorat, l'esprit d'équipe et le préceptorat.</p>
	L'organisation adopte et met en œuvre des politiques et des procédures qui soutiennent les recommandations des lignes directrices et y sont conformes.	On mesure la satisfaction du personnel et des patients avant et après la mise en œuvre des lignes directrices.	Les résultats tels que des soins de qualité, la démonstration de compétences intraprofessionnelles sont évidents et mesurables au moyen d'enquêtes de satisfaction auprès des patients et du personnel.
	Les organisations intègrent la technologie pour faciliter l'accès à l'information et l'échange d'informations entre les organisations.	Un suivi continu des effets des processus de collaboration intraprofessionnelle, des ressources.	Le pourcentage de clients satisfaits des soins prodigués par leur équipe intraprofessionnelle.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
	<p>Les organisations soutiennent les professionnels qui travaillent dans le plein exercice de leur cadre de pratique.</p>	<p>Les organisations mettent en place des comités de gouvernance partagée.</p> <p>Les outils de mesure pour la charge de travail sont en place et utilisés de manière adéquate.</p>	<p>Le taux d'absentéisme du personnel infirmier.</p> <p>Les périodes de maladie du personnel infirmier.</p> <p>Le taux de rotation du personnel infirmier.</p>
	<p>La disponibilité d'une formation et d'un soutien pour les six domaines de compétences interprofessionnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'expertise en matière de soins 2. Le partage des pouvoirs 3. Le leadership collaboratif 4. L'optimisation de la profession, des rôles et du cadre de pratique 5. La prise de décision partagée 6. Le fonctionnement efficace du groupe 	<p>Chacun des six domaines est mesuré par les individus et coté lors des évaluations de rendement, grâce à l'utilisation d'une série d'outils quantitatifs mesurant les résultats de la pratique en collaboration.</p>	<p>Les personnes dans tous les rôles font preuve de compétences en matière de communication et de qualité des soins, comme le montrent les sondages menés auprès des patients et du personnel.</p>
	<p>Les organisations utilisent un <u>indice du travail infirmier</u>, pour mesurer l'ambiguïté ou la clarté du rôle et le contrôle sur la pratique.</p>	<p>Les résultats concernant l'ambiguïté ou la clarté des rôles et le contrôle sur la pratique sont mesurés et transmis au personnel.</p>	<p>Un plan est élaboré pour répondre aux résultats de l'indice du travail infirmier.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Patient/ client	Des plans de soins de qualité sont implantés, diffusés et suivis par le membre de l'équipe de collaboration intraprofessionnelle responsable du patient ou client.	Un suivi continu des processus de soins dirigés par le plan de soins. Le patient ou le client est informé du processus de rétroaction sur les soins prodigués.	Un processus est implanté afin que les patients et le personnel fournissent une rétroaction sur la pratique en collaboration intraprofessionnelle. Le pourcentage de clients satisfaits des soins prodigués par leur praticien intraprofessionnel.
Finances	La disponibilité des ressources financières adéquates pour soutenir et mettre en œuvre les recommandations de la ligne directrice.		Une rentabilité et une efficacité démontrées grâce aux : <ul style="list-style-type: none"> ■ Économies relatives au recrutement et à la rétention ■ Économies relatives aux congés de maladie ■ Économies relatives aux heures supplémentaires



Processus de révision et de mise à jour de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'engage à mettre à jour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains, selon les indicateurs suivants :

- Les lignes directrices seront revues et mises à jour dans une nouvelle édition, par une équipe de spécialistes du domaine concerné, chaque nouvelle édition étant achevée dans les cinq ans suivant la publication de l'édition précédente.
- Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) fait un suivi régulier des recherches sur les nouveaux examens méthodiques, les essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
- Selon les résultats de ce suivi, le personnel de l'AILDPE peut recommander de procéder plus tôt que prévu au plan de révision d'une ligne directrice particulière. Dans un tel cas, une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes permettra de décider s'il faut examiner et réviser les lignes directrices avant l'échéance prévue.
- Trois mois avant la publication, le personnel du Centre AILDPE commence à organiser la révision en :
 - invitant des spécialistes du domaine au groupe d'experts, qui sera composé de membres du groupe d'experts initial et d'autres spécialistes et experts recommandés;
 - compilant les réactions et les questions reçues lors de la diffusion de la ligne directrice et les commentaires et les expériences des centres qui l'ont mise en œuvre;
 - compilant les publications pertinentes dans le domaine et en procédant à un examen systématique des données probantes;
 - établissant un plan de travail détaillé comportant les échéances et les résultats attendus.
- Les nouvelles éditions des lignes directrices seront diffusées selon les structures et les processus établis.



RÉFÉRENCES

- Agrément Canada. (2014). Pratiques organisationnelles obligatoires 2014. Ottawa (Ontario) : Agrément Canada.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296–320.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) Task Force on Hallmarks of the Professional Practice Setting. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. Janvier 2002 AACN.
- American Nurses Association [ANA]. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- Andrews, D. R. (2013). Expectations of millennial nurse graduates transitioning into practice. *Nursing Administration Quarterly*, 37(2), 152–159.
- Andrews, G. J., Brodie, D. A., Andrews, J. P., Hillan, E., Gail Thomas, B., Wong, J. et coll. (2006). Professional roles and communications in clinical placements: a qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 861–874.
- Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S., et Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180–189.
- Austria, M., Baraki, K., et Doig, A. (2013). Collaborative learning using nursing student dyads in the clinical setting. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 1–8.
- Antoniazzi, C. D. (2011). Respect as experienced by registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 745–766.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Ballem, A., et MacIntosh, J. (2014). A Narrative Exploration: Experienced Nurses Stories of Working with New Graduates. *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 374–387.
- Barrett, A., Piatek, C., Korber, S. et Padula, C. (2009). Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), 342–351.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et coll. (juin 2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system. Ottawa (Canada) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Bjarnadottir, A. (2011). Work engagement among nurses in relationally demanding jobs in the hospital sector. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Verdi Norden*, 31(3), 30–34.
- Blegen, M., et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$,* 16(4), 196–203.
- Blum, C. A., et Gordon, S. C. (2009). Caring behaviors of nurse preceptors: BSN student perceptions. *International Journal for Human Caring*, 13(3), 29–35.

Borch, E., Athlin, E., Hov, R., et Sorensen Duppils, G. (2013). Group supervision to strengthen nurses in their preceptor role in the Bachelor Nursing education; Perceptions before and after participation. *Nurse Education Today*, 13(2), 101–105.

Bournes, D. A., et Milton, C. L. (2009). Nurses' experiences of feeling respected-not respected. *Nursing science quarterly*, 22(1), 47–56.

Brammer, J. (2006). A phenomenographic study of registered nurses' understanding of their role in student learning; An Australian perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 43(8), 963–973.

Brammer, J. D. (2006). RN as gatekeeper: Student understanding of the RN buddy role in clinical practice experience. *Nurse Education Today*, 26(8), 697–704.

Brammer, J. D. (2008). RN as gatekeeper: Gatekeeping as monitoring and supervision. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1868–1876.

Burgess, J., et Purkis, M. E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing inquiry*, 17(4), 297–308.

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Ottawa (Ontario) : Comité consultatif des ressources humaines en santé.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers autorisés au Canada. Consulté le 18 février 2015, sur

<http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada>

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII). (2013, janvier). Nursing Workforce Backgrounder. Consulté le 18 février 2014 à l'adresse :

https://nursesunions.ca/sites/default/files/2013.backgrounder.nursing_workforce.e.pdf

Carlson, E., Pilhammar, E., et Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: Supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 432–441.

Casey, A., et Wallis, A. (2011). Effective communication: Principle of Nursing Practice E. *Nursing Standard*, 25(32), 35–37.

Castner, J., Ceravolo, D. J., Foltz-Ramos, K., et Wu, Y. W. (2013). Nursing control over practice and teamwork. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 3.

Chang, Hui Chen; Russell, Cherry; Jones, Mairwen K. (2010). Implementing evidence-based practice in Taiwanese nursing homes: attitudes and perceived barriers and facilitators. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(1), 41–48.

Changing Minds. (2002). Transformational Leadership. Consulté le 15 février 2015 à l'adresse :

http://www.changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformational_leadership

Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.

Centre for Advancement of Inter-professional Education (CAIPE). The Definition and Principles of Interprofessional Education. (2002). Consulté le 18 février 2015 à l'adresse :

<http://caipe.org.uk/about-us/the-definition-and-principles-of-interprofessional-education/>

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Descriptive and analytic studies. Consulté à l'adresse :

http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf

- Cilliers, F., et Terblanche, L. (2010). The systems psychodynamic leadership coaching experiences of nursing managers. *Health SA Gesondheid*, 15(1), 53–61.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Directive professionnelle (2014) L'exercice de l'IA et de l'IAA : L'infirmière, le client et l'environnement. Tiré de https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51062_pracexpectations.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (n.d.). Infirmières praticiennes. Consulté le 18 février 2015 à l'adresse : <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/nurse-practitioners/>
- Creswell J.W., Clark V.L.P. (2007) Designing and conducting mixed methods research. Sage, Thousand Oaks.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E. et coll. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385.
- Duddle, M., et Boughton, M. (2007). Intra-professional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29–37.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C., et King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian* (Royal College of Nursing, Australia), 16(1), 11–17.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46–58.
- Dunleavy, J., Shamian, J., Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23–26.
- Eagar, S. C., Cowin, L. S., Gregory, L., et Firtko, A. (2010). Scope of practice conflict in nursing: A new war or just the same battle? *Contemporary nurse*, 36 (1–2), 86–95.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74–84.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P. M. et coll. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical care*, 45(10), 939–950.
- Faulkner, J., et Laschinger, H. (2008). The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *Journal of Nursing Management*, 16(2), 214–221.
- Ferguson, L., et Cioffi, J. (2011). Team nursing: Experiences of nurse managers in acute care settings. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 5–11.
- Ferris, F., D., Balfour, H., M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., West, P., J. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106–123.
- Field, M., et Lohr, K. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fowler, J., Hardy, J., et Howarth, T. (2006). Trialing collaborative nursing models of care: The impact of change. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 23(4), 40–46.

- France, N. E. M., Byers, D., Kearney, B., et Myatt, S. U. (2011). Creating a healing environment: Nurse-to-nurse caring in the critical care unit. *International Journal for Human Caring*, 15(1), 44–48.
- Gardner, D. (2005) “Ten Lessons in Collaboration” *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. #10 No. #1, Manuscript 1. Disponible à l’adresse www.nursingworld.org/ojin/topic26/tpc26_1.htm
- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: Registered nurses’ perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 361–371.
- Green, L.W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): mars-avril, 270-281.
- Grinspun, D. (2002). The social construction of nursing caring. Proposition de thèse de doctorat non publiée. Université York, North York, Ontario.
- Grinspun, D. (2010). The Social Construction of Nursing Caring. (Thèse de doctorat, University York). Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. “Health”. *Canadian Health Care Management*, 100 (2), 21–23.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans : S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.), *Knowledge translation in health care : Moving from evidence to practice* (2e éd.) (p. 110–120). Chichester, (Royaume-Uni) : John Wiley et Sons, Ltd.
- Hartung, S. Q., et Miller, M. (2013). Communication and the healthy work environment: Nurse managers’ perceptions. *The Journal of nursing administration*, 43(5), 266–273.
- Hayes, B., Bonner, A., et Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804–814.
- Health Authorities Health Professions Act Regulations Review Committee. (2002). Toward increased integration of LPNs into health authority employment settings: Four discussion papers by the Health Authorities Health Professions Act Regulations Review Committee. Récupéré de http://www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_HPA.pdf
- Santé Canada. (2010, 12 mai). Milieux de travail sains. Consulté le 18 février 2015 à l’adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/strategie/milieus-travail-sains.html>
- Henderson, A., Twentyman, M., Heel, A., et Lloyd, B. (2006). Students’ perception of the psycho-social clinical learning environment: An evaluation of placement models. *Nurse Education Today*, 26(7), 564–571.
- Holistic health care. (n.d.) *Mosby’s Medical Dictionary*, 8^e édition. (2009). Consulté le 8 décembre 2015 à l’adresse : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/holistic+health+care>
- Hunt, S., Corazzini, K., et Anderson, R. (2014). Top nurse-management staffing collapse and care quality in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 33(1), 51–74.
- Huynh, T., Alderson, M., Nadon, M., et Kershaw-Rousseau, S. (2011). Voices that care: Licensed practical nurses and the emotional labour underpinning their collaborative interactions with registered nurses. *Nursing research and practice*, 2011, 501790.
- Jones, T. L., et Argentino, D. (2010). Nurse-to-nurse hostility, confrontational anxiety, and emotional intelligence: An integral, descriptive pilot study. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses/American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 25(4), 233–241.

- Kalisch, B. J., Curley, M., et Stefanov, S. (2007). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *The Journal of nursing administration*, 37(2), 77–84.
- Kalisch, B. J., Xie, B., et Ronis, D. L. (2013). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nursing Research*, 62(6), 405–413.
- Kalisch, B. J., et Lee, K. H. (2011). Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *Journal of nursing scholarship*, 43(1), 82–88.
- Kalb, K., et O’Conner-Von, S. (2012). Strategies in education: Breaking down silos, building up teams. *Health Progress*, 93(3), 38–45.
- Kantek, F., et Gezer, N. (2009). Conflict in schools: Student nurses’ conflict management styles. *Nurse Education Today*, 29(1), 100–107.
- Komives, S., Lucas, N., et McMahon, T. (1998). Exploring Leadership for College Students What Want to Make A Difference. San Francisco: Jossey-Bass. (68 à 72)
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image : *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315–321.
- Latham, C. L., Hogan, M., et Ringl, K. (2008). Nurses supporting nurses: Creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 27–39.
- Leonard, B., Shuhaibar, E. L. H., et Chen, R. (2010). Nursing student perceptions of intra-professional team education using high-fidelity simulation. *The Journal of nursing education*, 49(11), 628–631.
- Losa Iglesias, M. E., et Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary nurse*, 43(1), 73–80.
- Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Conférence inaugurale à la 4^e conférence internationale annuelle de l’AIIAO – Healthy Workplaces in Action 2004 : Thriving in Challenge. 17 novembre 2004, Markham (Ontario).
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93–106.
- MacDavitt, K., Chou, S., et Stone, P. W. (2007). Organizational climate and health care outcomes. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 33(11), 45–56.
- MacPhee, M., Wardrop, A., et Campbell, C. (2010). Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1016–1026.
- Malloch, K. et Ridenour, J. (2014). Views on scope of practice: Is it time for a continuum-based population-driven model? *Nursing Administration Quarterly*, 38(2), 192–194.
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., et Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 261–269.
- Miller, K. L., et Kontos, P. C. (2013). The intra-professional and interprofessional relations of neurorehabilitation nurses: A negotiated order perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1797–1807.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi : 10.1136/bmj.b2535
- Moore, J., et Nahigian, E. (2013). Nursing student perceptions of nurse-to-nurse collaboration in dedicated education units and in traditional clinical instruction units. *The Journal of nursing education*, 52(6), 346–350.
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 974–983.
- Morrow, S. (2009). New graduate transitions: Leaving the nest, joining the flight. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 278–287.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715–1722.
- O'Brien-Pallas, L., et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12–16.
- Orchard, C.A., Curran, V., et Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education*, 10, 1–13.
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M., et Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce retention: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21(1), 58–71.
- Dictionnaire Oxford. (n. d). Définition du « travail en équipe » en anglais. Consulté le 12 janvier 2016 à l'adresse : http://www.oxforddictionaries.com/definition/american_english/teamwork
- Paulsen, B., Romoren, T. I., et Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International journal of integrated care*, 13, e008.
- Pearson, A., Porritt, K. A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D. et coll. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 118–159.
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., et Long, L. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. Health Care Reports. Adélaïde, Australie : The Joanna Briggs Institute.
- Pearson, A., Porritt, K. A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D. et coll. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 118–159.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Ploeg, J., et Jack, S. M. (2014). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 142–148.
- Polit, D. F., Hungler, B. P., et Beck, C. T. (2001). Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Philadelphie : Lippincott.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario. (2000). Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario Toronto, Ontario : Auteur.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006) Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition). Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013) Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète (2^e édition). Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013) Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]. (2013). Développement et maintien du leadership infirmier. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014) Transitions des soins. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Registered Practical Nurses Association of Ontario (2014). It's All About Synergies: Understanding the Role of the Registered Practical Nurse in Ontario's Health System. Mississauga, Canada: Auteur.
- Registered Practical Nurses Association of Ontario What is an RPN? (n.d.). Consulté le 18 février 2015 à l'adresse : <http://www.rpnao.org/about>
- Rouse, R. A., et Al-Maqbali, M. (2014). Identifying nurse managers' essential communication skills: An analysis of nurses' perceptions in Oman. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 192–200.
- Russell, C. L. (2005). An overview of the integrative literature review. *Progress in Transplantation* 15, 8–13.
- Russell, K., Hobson, A., et Watts, R. (2011). The Team Leader Model: An alternative to preceptorship. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 5–13.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478–85.
- Scherb, C. A., Specht, J. K. P., Loes, J. L., et Reed, D. (2011). Decisional involvement: Staff nurse and nurse manager perceptions. *Western Journal of Nursing Research*, 33(2), 161–179.
- Schraeder, C., Fraser, C. W.; Clark, I.; Long, B.; Shelton, P.; Waldschmidt, V.; Kucera, C. L.; Lanker, W.K. (2008). Evaluation of a primary care nurse case management intervention for chronically ill community dwelling older people. *Journal of Clinical Nursing*, 2008 17 (11c): p. 407–417.
- Sharp M: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research* 2006:54-8.
- Shindul-Rothschild, J., Berry, D. et Long-Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone? Final results of our patient Care survey. *American Journal of Nursing*, Volume 96, Number 11, 25–39.

- Siu, H., Spence Laschinger, H. K., et Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments: Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 250–257.
- Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M. C., et Lanctot, S. (2010). Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *The health care manager*, 29(3), 271–278.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dams S. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (éditeurs), *Knowledge translation in health care* (p.151-159). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- St-Pierre, I. (2012). How nursing managers respond to intra-professional aggression: Novel strategies to an ongoing challenge. *The health care manager*, 31(3), 247–258.
- Sovie, M., et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.
- The Cochrane Collaboration. (2005). Glossaire des termes dans The Cochrane Collaboration (Version 4.2.5). Tiré de <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [mise à jour mars 2011]. Éd. J. P. T. Higgins, S. Green. Disponible auprès de www.cochrane-handbook.org
- The Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines for development of a multidisciplinary collaborative primary maternity care model. Mai 2006
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71–88.
- Udod, S. A. (2012). Process of seeking connectivity: Social relations of power between staff nurses and nurse managers. *Nursing leadership* (Toronto, Ont.), 25(4), 29–47.
- Vallant, S., et Neville, S. (2006). The relationship between student nurse and nurse clinician: Impact on student learning. *Nursing praxis in New Zealand inc.*, 22(3), 23–33.
- Vertino, K. A. (2014). Evaluation of a Team STEPPS initiative on staff attitudes toward teamwork. *The Journal of nursing administration*, 44(2), 97–102.
- Weston, M.J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 38, 404–408.
- What is a community of practice? (28 décembre 2011) Consulté le 8 décembre 2015 à l'adresse : <http://wenger-trayner.com/resources/what-is-a-community-of-practice>
- Woelfle, C. Y., et McCaffrey, R. (2007). Nurse on nurse. *Nursing forum*, 42(3), 123–131.
- Wright, R., Mohr, C., et Sinclair, R. (2014). Conflict on the treatment floor: An investigation of interpersonal conflict experienced by nurses. *Journal of Research in Nursing*, 19(1), 26–37.
- Wu, L., et Norman, I. J. (2006). An investigation of job satisfaction, organizational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 26(4), 304–314.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149–58.

Annexe A : Glossaire

Cadre de pratique : les professionnels de la santé optimisent l'ensemble des rôles et responsabilités qu'ils assument et pour lesquels ils ont détiennent la formation, la compétence, l'autorisation à le faire (Autorités de santé, Comité de révision des règlements de la *Loi sur les professions de la santé* 2002).

Collaboration : un travail impliquant un ou plusieurs membres de l'équipe soignante, chacun apportant une contribution unique à la réalisation d'un objectif commun. La collaboration est un processus continu qui exige une communication efficace entre les membres de l'équipe soignante et une vision claire des rôles des différentes personnes participant au processus. Les infirmières collaborent avec les clients, leurs collègues et d'autres membres de l'équipe soignante dans l'intérêt des soins aux clients (Directive professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : l'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement [2014]. Consulté le 18 février 2015 à l'adresse : <http://www.cno.org/Global/docs/prac/41062.pdf>).

Collaboration interprofessionnelle : la pratique en collaboration interprofessionnelle est un processus centré sur les besoins des clients, en faisant d'eux des partenaires dans les soins, avec les professionnels de la santé pertinents pour fournir les services requis afin de répondre à leurs besoins en matière de soins de santé (Santé Canada, 2010).

La pratique de la collaboration interprofessionnelle est guidée par des valeurs partagées, un objectif ou un résultat commun en matière de soins, un respect mutuel et une communication efficace. Elle optimise la participation à la prise de décisions cliniques au sein des professions et entre elles. Elle évolue au fil du temps, ce qui nécessite une souplesse pour ajouter ou retirer des membres de l'équipe soignante en fonction des besoins de chaque client. Elle doit être soutenue par des politiques, des protocoles et des procédures à tous les échelons de la prise de décision, y compris les autorités gouvernementales, les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les établissements de santé (The Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines for development of a multidisciplinary collaborative primary maternity care model. 2006 May.; Orchard, C.A., Curran, V., et Kabene, S. [2005]; Sharp M: 2006: S4-8).

Communautés de pratique : une communauté de pratique est un groupe de personnes qui partagent une préoccupation ou une passion pour quelque chose qu'ils font et apprennent à mieux le faire en interagissant régulièrement (Wenger-Trayner: What is a community of practice? Décembre [2011]. Consulté le 8 décembre 2015 à l'adresse : <http://wenger-trayner.com/resources/what-is-a-community-of-practice/>).

Consensus : une opinion collective d'un groupe de personnes, développée pendant un travail collectif permettant des communications empreintes d'ouverture et de soutien. Chaque membre du groupe doit estimer qu'il a une influence sur la décision et qu'il peut au besoin en expliquer le bien-fondé (AIIAO, Lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières, 2006).

Continuité des soins : la mise en œuvre continue et sans faille d'un plan de soins qui est examiné et révisé pour répondre à l'évolution des besoins du client. Les soins peuvent être dispensés par différents prestataires de soins, à différents moments et dans différents contextes.

Équipe soignante : un groupe interprofessionnel de personnes qui participent directement ou indirectement à la prestation de soins au client. La composition de l'équipe peut varier selon le milieu de travail. Le client et sa famille font partie de l'équipe (Directive professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : l'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement [2014]. Consulté le 18 février 2015 à l'adresse : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51062_pracexpectations.pdf).

Équipes interprofessionnelles : des équipes composées de personnes de différentes professions travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun et prendre des décisions collectivement afin de réaliser cet objectif. Le but dans le domaine de la santé est de conjuguer les efforts avec les personnes et leur famille afin d'améliorer leurs objectifs et leurs valeurs. Une équipe interprofessionnelle comprend généralement un ou plusieurs médecins, des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux, des conseillers spirituels, des agents de soutien à la personne et des bénévoles. Des professionnels dans d'autres disciplines peuvent également faire partie de l'équipe, lorsque les ressources le permettent, au besoin (Ferris et coll., 2002).

Essais contrôlés randomisés : des essais cliniques qui visent au moins une intervention d'essai et une intervention de suivi, ainsi que l'inscription et le suivi des groupes soumis aux interventions d'essai et de suivi, et dans le cadre desquels les interventions à administrer sont sélectionnées au hasard (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, [2013]. Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète [2^e édition]. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario).

Étude contrôlée : un essai clinique où un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude quasi expérimentale : une étude sans répartition aléatoire ni groupe témoin qui, en conséquence, n'est pas considérée comme une « vraie » étude expérimentale (p. ex., un essai clinique randomisé). Le chercheur contrôle l'attribution de l'intervention, de l'exposition ou du traitement en utilisant un critère autre que la répartition aléatoire (p. ex., conception avant-après) (Polit, Beck et Hungler, 2001).

Études analytiques : les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control, 2013). Les types d'études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes. Étude cas/témoins : Étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2005). Étude de cohorte : Une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Études descriptives : les études qui génèrent des hypothèses et décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Une étude descriptive inclut les études de prévalence. Étude transversale : Étude qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment précis (aussi appelée un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Examen intégratif : l'examen intégratif est une méthodologie qui comporte l'examen intégratif est une méthodologie qui comporte 1) une formulation du problème, 2) la collecte des données ou les recherches documentaires, 3) l'évaluation des données, 4) l'analyse des données et 5) l'interprétation et la présentation des résultats. Il permet de faire la synthèse des connaissances et d'appliquer les résultats issus des études importantes à la pratique. (Russell, C.L. 2005).

Examen systématique : selon Collaboration Cochrane (2011), « un examen systématique tente de rassembler toutes les preuves empiriques qui se conforment à des critères d'admissibilité préspecifiés afin de répondre à une question de recherche spécifique ». On utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour répertorier, sélectionner et évaluer de manière critique les recherches pertinentes, ainsi que pour collecter et analyser les données des études incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2011).

Formation interprofessionnelle : le processus par lequel au moins deux professionnels de la santé apprennent ensemble et les uns des autres tout au long de leur cheminement professionnel en vue d'améliorer la collaboration, la pratique et la qualité des soins axés sur le patient (Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2002).

Holistique : se rapporte à ou concerne des systèmes complets plutôt que des composants individuels. Un système de soins complets ou globaux pour les patients qui prend en compte les besoins physiques, émotionnels, sociaux, économiques et spirituels d'un individu, sa réaction à la maladie et l'effet de la maladie sur sa capacité à prendre soin de lui-même (Holistic health care. [n.d.] Mosby's Medical Dictionary, 8^e édition. [2009]. Consulté le 8 décembre 2015 à l'adresse : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/holistic+health+care>).

Infirmière autorisée et infirmier autorisé : les professionnels de la santé autorégulés qui travaillent de manière autonome et en collaboration avec d'autres. Ils permettent aux personnes, aux familles, aux groupes, aux collectivités et aux populations d'atteindre un niveau optimal de santé. Les IA coordonnent les soins de santé, offrent des services directs aux clients et les aident à prendre les décisions et les mesures relatives à l'autogestion de leurs soins en cas de maladie, de blessure et d'invalidité, à chaque étape de la vie. Ils apportent une contribution au système de santé grâce à leur travail en pratique directe, en éducation, en administration, en recherche et en politique dans un large éventail de contextes (18 février 2015 : <http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=fr>).

Infirmière auxiliaire autorisée et infirmier auxiliaire autorisé : en Ontario, les IAA sont des diplômées de collèges communautaires. Après l'obtention de leur diplôme, elles passent un examen de certification nationale. Une fois qu'elles ont réussi cet examen, elles sont autorisées à exercer la profession d'infirmière par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Les IAA travaillent dans tous les milieux où on fournit des soins de santé : hôpitaux, foyers pour personnes âgées, maisons de repos, maisons de retraite, unités de santé publique, agences de soins infirmiers communautaires, cliniques, cabinets privés, secteur privé, écoles, centres de soins pour enfants, camps pour enfants (consulté sur le site de la RPAO : <http://www.rpnao.org/about>).

Infirmière praticienne : les infirmières et les infirmiers praticiens (IP), ou les infirmières et les infirmiers autorisés de la catégorie élargie [IA (affect. spéc.)], sont autorisés à accomplir de manière autonome des actes et des activités contrôlés qui ne sont pas accessibles aux infirmières et aux infirmiers autorisés et aux infirmières et aux infirmiers auxiliaires autorisés (consulté à l'adresse : <https://www.cno.org/fr/exercice-de-la-profession/outils-educatifs/infirmieres-praticiennes/>).

Intervenant : une personne, un groupe ou une organisation qui portent un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourraient tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants comprennent les personnes et les groupes qui seront directement ou indirectement touchés par un changement ou une solution à un problème (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, [2017]. Transitions des soins. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario).

Leadership : le processus relationnel par lequel une personne cherche à influencer d'autres personnes afin d'atteindre ensemble un objectif commun souhaitable (AIIAO, 2013).

Leadership relationnel : se définit comme un processus relationnel de personnes qui tentent ensemble d'accomplir un changement ou de changer les choses pour le bien commun (Komives, S, Lucas, N., et McMahon, T., [1998]. Exploring Leadership for College Students What Want to Make A Difference. San Francisco: Jossey-Bass. [68-72]).

Leadership transformationnel : une démarche de leadership à l'intérieur de laquelle les personnes et leurs dirigeants participent à un processus d'échange qui élargit leurs horizons et les motive à atteindre des objectifs plus ambitieux, transformant ainsi le milieu de travail. Le leadership transformationnel survient lorsque le dirigeant adopte une position visionnaire et incite les autres à le suivre (www.changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformationalleadership.htm).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : les énoncés préparés systématiquement et basés sur les meilleures données probantes disponibles venant appuyer la prise de décision au sujet des modes de fonctionnement et des processus adéquats permettant d'établir un milieu de travail sain (Field, M., et Lohr, K. [1990] Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press).

Méta-analyse : l'utilisation de méthodes statistiques visant à résumer les résultats de plusieurs études indépendantes. Parfois utilisée à tort comme synonyme d'examen systématique, lorsque l'examen comprend une méta-analyse. (Glossaire [<http://community.cochrane.org/glossary/5#letterm>]). Oxford, Royaume-Uni : The Cochrane Collaboration; c2004-2015 [consulté le 12 janvier 2016]. Disponible à l'adresse : www.cochrane.org).

Méthodes mixtes : la recherche par méthodes mixtes est un modèle de recherche comportant des hypothèses philosophiques ainsi que des méthodes d'investigation. En tant que méthodologie, elle implique des hypothèses philosophiques qui guident l'orientation de la collecte et de l'analyse des données et l'association de données qualitatives et quantitatives dans une seule étude ou une série d'études. Elle part d'un postulat central, selon lequel l'utilisation combinée d'approches quantitatives et qualitatives permet de mieux comprendre les problèmes de recherche qu'une seule de ces approches (Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. 2007).

Milieu de travail sain : un milieu de travail sain pour le personnel infirmier est un milieu qui maximise la santé et le bien-être du personnel, la qualité des résultats pour le patient ainsi que le rendement organisationnel.

Opinion d'experts : l'opinion d'un groupe d'experts, fondée sur les connaissances et l'expérience et qui est le résultat d'un consensus.

Personnel infirmier : comprend les infirmières autorisées et les infirmiers autorisés, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmiers auxiliaires autorisés (licensed practical nurses in Ontario), les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmiers psychiatriques autorisés, les infirmières et les infirmiers exerçant des fonctions de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens, et les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmiers cliniciens spécialisés (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, [2013]. Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario).

Pratique collaborative au sein des équipes intraprofessionnelles : la pratique en collaboration intraprofessionnelle implique que plusieurs membres d'une même profession travaillent ensemble pour fournir des soins de qualité (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014).

Recherche qualitative : une méthode de collecte et d'analyse de données non quantitative qui est plus observationnelle que quantitative. La recherche qualitative utilise plusieurs méthodes pour obtenir des données d'observation ou interroger des participants pour comprendre leur point de vue et leurs expériences (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario).

Travail d'équipe : l'action combinée d'un groupe de personnes, surtout lorsqu'elle est efficace et efficiente (consulté le 12 janvier 2016 à l'adresse : http://www.oxforddictionaries.com/definition/american_english/teamwork).



Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a pris l'engagement de s'assurer que ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sont élaborées à l'aide des meilleures données probantes disponibles. La deuxième édition de la *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers* de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario constitue l'aboutissement du travail d'un groupe d'experts qui a intégré les meilleures données et les plus récentes afin de garantir la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de la ligne directrice et des données à l'appui.

Ce groupe d'experts se compose de professionnels de la santé dotés d'une expérience dans la pratique, la recherche, les politiques, la formation et l'administration dans divers cadres de pratique.

Un examen systématique des données probantes a été effectué, selon l'objectif et le champ d'application de la ligne directrice, et soutenu par trois questions cliniques. Il a permis de recueillir des publications et des lignes directrices pertinentes publiées entre 2002 et 2014. Cette analyse documentaire s'est structurée autour des questions de recherche suivantes :

Quelles composantes physiques, structurelles ou politiques au niveau de l'individu, de l'organisation et du système influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes infirmières intraprofessionnelles?

Quelles composantes cognitives, psychologiques, sociales ou culturelles au niveau de l'individu, de l'organisation et du système influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes infirmières intraprofessionnelles?

Quelles composantes professionnelles au niveau de l'individu, de l'organisation et du système influent sur la pratique en collaboration au sein des équipes infirmières intraprofessionnelles?



Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche

Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche exhaustive a été élaborée grâce à un processus itératif entre une bibliothécaire spécialisée dans les sciences de la santé et l'équipe de recherche de l'AIIO. Trois recherches documentaires ont été réalisées par la bibliothécaire dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Systematic Reviews (SR), Embase, MEDLINE et MEDLINE In Progress. Ces recherches, menées de 2006 à avril 2014, ont porté sur les composantes qui concernent la pratique en collaboration dans les équipes infirmières intraprofessionnelles.

On a utilisé des rubriques et des mots-clés pertinents relatifs à la pratique en collaboration dans les soins infirmiers dans chacune des bases de données, selon la décision de la bibliothécaire. Parmi les exemples de termes de recherche utilisés seuls ou en combinaison, citons : infirmières et infirmiers, charge de travail, résolution de conflits, relations intraprofessionnelles et pratiques collaboratives. Les membres du groupe ont été invités à explorer leurs bibliothèques personnelles à la recherche d'articles essentiels susceptibles d'avoir échappé aux stratégies de recherche. Les résultats ont été exportés dans le logiciel Reference Manager et fusionnés puis les citations en double ont été supprimées.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères généraux d'inclusion étaient les suivants : a) les articles axés principalement sur la pratique en collaboration entre toutes les infirmières dans tous les secteurs de la santé, b) les articles axés sur les équipes infirmières (les équipes intradisciplinaires), c) les articles publiés en anglais, d) les articles publiés dans une revue à comité de lecture, e) tous types d'études (les examens systématiques, les essais contrôlés randomisés, les méta-analyses, les études qualitatives, descriptives ou observationnelles) et f) les articles publiés entre 2006 et 2014. Les articles ont été exclus s'il s'agissait a) de commentaires, de dissertations, de lettres à l'éditeur et d'éditoriaux, b) de documents de moins d'une page, c) de protocoles sur les conceptions d'étude, d) de contenus sur les équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires et e) de publications par d'autres professionnels de la santé (p. ex., les médecins, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, etc.).

Examen de la pertinence

Deux associés de recherche en soins infirmiers ont passé en revue indépendamment les titres et les résumés pour décider de leur inclusion ou de leur exclusion selon des critères a priori. Les articles en texte intégral des résumés sélectionnés ont été ensuite rassemblés et revus indépendamment par les deux associés pour en vérifier la pertinence. Les désaccords ont été résolus par la gestionnaire du programme.

Résultats de recherche

En combinant les trois recherches, on a retenu 29 065 articles. Après avoir éliminé les études en double, les titres et les résumés de 26 619 citations ont été examinés afin de déterminer leur pertinence par rapport aux critères d'inclusion. Sur les 415 articles retenus pour l'examen de la pertinence du texte intégral, 76 ont été sélectionnés pour l'abstraction et l'analyse des données. L'évaluation de la qualité a retenu 11 articles classés de niveau élevé, 39 de niveau intermédiaire et 26 de niveau faible. La présentation des résultats de cet examen systématique s'organise autour des questions de recherche utilisées pour guider la recherche d'études.

Une recherche exhaustive de lignes directrices a été menée, mais n'a pas permis de repérer des lignes directrices pertinentes pour le champ d'application de la présente ligne directrice des pratiques exemplaires.

Figure 2 : Instruments utilisés pour évaluer la qualité méthodologique

Pour guider l'évaluation critique des articles examinés, on a retenu les ressources suivantes :

1. Études qualitatives

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

2. Études quantitatives

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

3. Examens systématiques

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

Les articles ont été classés en fonction de leur pertinence par rapport aux questions de recherche. Les réviseurs ont discuté des thèmes pertinents abordés dans la documentation. Un sommaire des données probantes a été fourni au groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices en vue d'obtenir leurs commentaires et leurs révisions, le cas échéant. Le rapport final représente donc l'aboutissement de ce travail, ainsi que les conclusions communes des réviseurs et du groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices.

Résultats :

L'examen des données extraites pour chacune des trois questions de recherche a permis de dégager les thèmes suivants :

Thèmes pour la question 1 :

- Rétention et recrutement
- Culture organisationnelle
- Conflits liés à la structure du travail
- Interventions pour promouvoir le travail d'équipe
- Modèles de prestation de soins

Thèmes pour la question 2 :

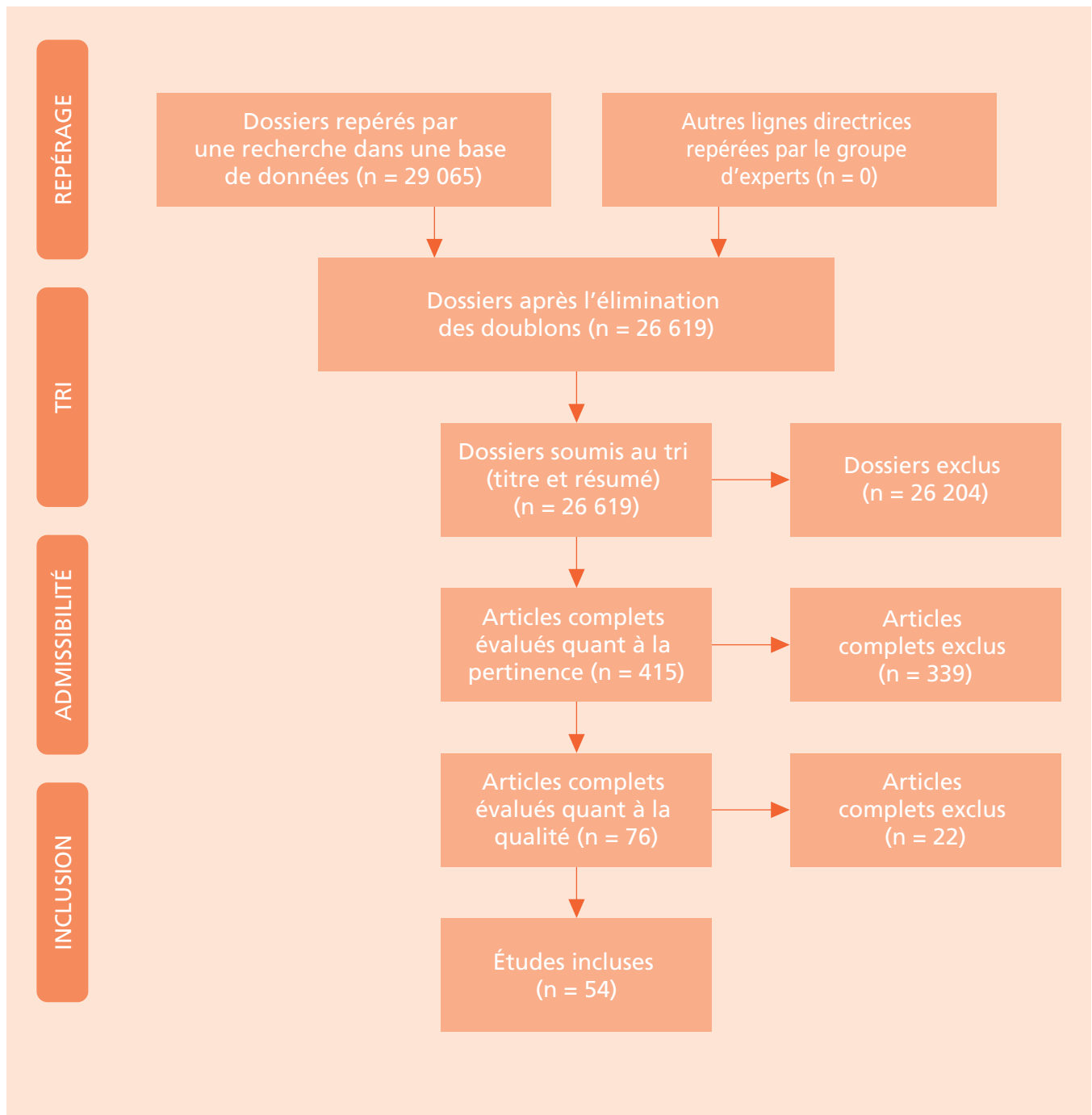
- Collaboration entre le personnel infirmier
- Équipe infirmière
- Satisfaction au travail
- Gestionnaires en soins de santé

Thèmes pour la question 3 :

- Collaboration entre les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens
- Cadre de pratique
- Contrôle de la pratique et du travail en équipe

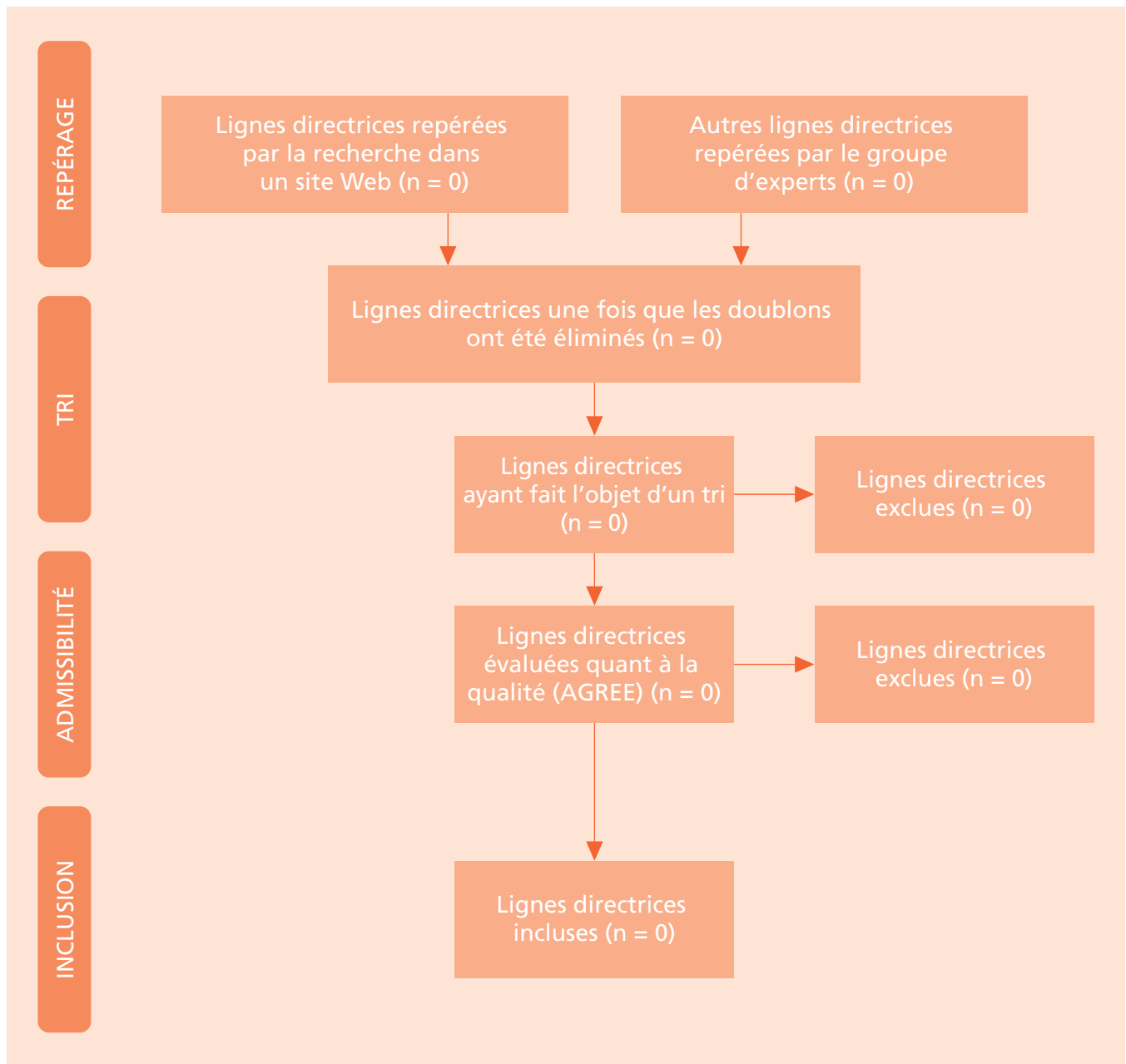


Organigramme du processus d'examen des articles



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi : 10.1136/bmj.b2535.

Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi : 10.1136/bmj.b2535.

Annexe D : Description de la Trousse

On ne peut réussir la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires qu’au moyen d’une planification et des ressources adéquates, ainsi que d’une facilitation d’activités et d’un soutien appropriés à l’échelle de l’organisme et de l’administration. À cet égard, l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario, grâce à un groupe d’infirmières et d’infirmiers, de personnel de recherche, ainsi que de gestionnaires, a élaboré la *Trousse : la mise en œuvre des lignes directrices des pratiques exemplaires (2^e édition)* (2012b). La *Trousse* se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons l’utilisation de la *Trousse* pour guider la mise en œuvre de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains dans les organisations de soins de santé.

La *Trousse* de mise en œuvre offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux interventions facilitatrices lors de la mise en œuvre de la ligne directrice. Ces étapes correspondant à un processus dynamique, itératif et non linéaire. Chaque phase s’accompagne de la préparation simultanée de la suivante et d’une réflexion sur la phase précédente qui sont essentielles. De manière plus spécifique, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (AIIAO, 2012; Straus et coll., 2009) :

- la détermination du problème, puis la spécification, l’examen et la sélection des connaissances (les lignes directrices sur les pratiques exemplaires);
- l’adaptation des connaissances (les LDPE) au contexte local en :
 - évaluant les facteurs favorables et les obstacles à l’utilisation des connaissances,
 - recensant les ressources.
- évaluant les facteurs favorables et les obstacles à l’utilisation des connaissances,
- la surveillance de l’application des connaissances;
- l’évaluation des résultats;
- le maintien de l’application des connaissances.

La mise en œuvre de lignes directrices qui se traduisent par des changements fructueux dans la pratique et des retombées cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* vous sert de référence. Téléchargez-la à l’adresse <http://rnao.ca/bpg>.

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques
exemplaires pour un système et un
milieu de travail sains

JUIN 2016

Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Deuxième édition

ISBN 978-1-926944-64-7



9 781926 944647

 **RNAO**

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



Ontario

**LE DOS SE TROUVE
DANS UN FICHER
DISTINCT**