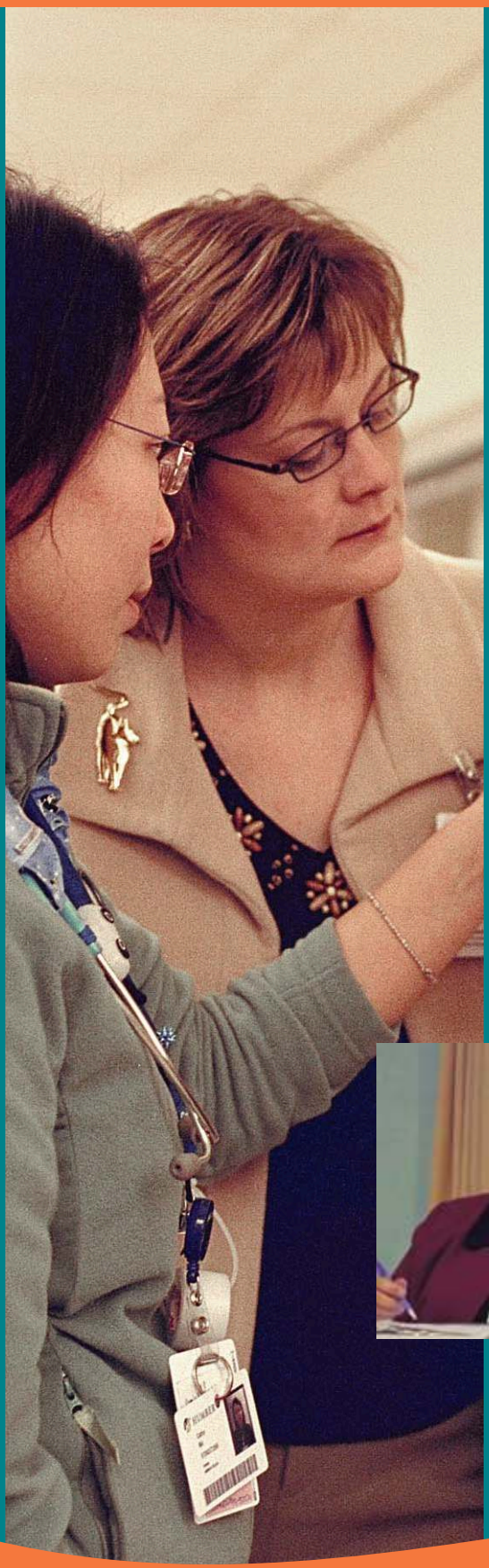
NOVEMBRE 2006



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

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES DES SOINS INFIRMIERS

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain

# Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières

Ontario

## Mot de bienvenue de la directrice générale de l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario, madame Doris Grinspun

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) procède au lancement du document intitulé Lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Ce document, conçu par les membres du domaine des sciences infirmières, est l'un de six documents de lignes directrices sur les pratiques exemplaires destinées à favoriser la création de milieux de travail sains. L'objectif de ces lignes directrices est de fournir les meilleurs renseignements possibles pour favoriser la création de milieux de travail sains.

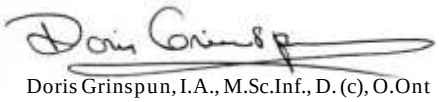
Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et destinées à favoriser la création de milieux de travail sains permettent, lorsqu'elles sont appliquées, de soutenir l'offre de soins de qualité supérieure. Il s'agit d'un élément faisant partie intégrante de l'engagement quotidien des infirmières envers leurs patients. L'AIIAO est ravie de vous présenter cette importante ressource documentaire.

Nous désirons exprimer notre immense gratitude à l'égard des nombreuses personnes et aux nombreux organismes qui nous ont permis de concrétiser notre projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. Nous désirons aussi remercier le gouvernement de l'Ontario ainsi que Santé Canada qui, tous deux, ont reconnu la capacité de l'AIIAO à prendre la direction de ce programme, et qui ont fait preuve d'une grande générosité à l'égard de ce projet. Nous désirons aussi adresser des remerciements à madame Donna Tucker, directrice du programme entre 2003 et 2005 et à madame Irmajean Bajnok, directrice du Centre for Professional Nursing Excellence et directrice du programme depuis 2005, pour les sages conseils qu'elles nous ont offerts ainsi que pour l'ampleur du travail qu'elles ont réalisé et qui nous a permis d'élaborer ce document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. Nous devons aussi signaler l'importante contribution des divers leaders des LDPE, en particulier pour ce document de lignes directrices sur les milieux de travail sains, mesdames Diane Doran et Leslie Vincent, coprésidentes du groupe d'experts ainsi que Val Coubrough, coordonnatrice du panel d'experts pour avoir su gérer le programme d'une manière aussi exceptionnelle, pour leur engagement et par-dessus tout, pour leur étonnante expertise. Finalement, nous devons aussi adresser nos remerciements aux membres du panel d'experts qui ont généreusement contribué à l'élaboration de ce document en offrant temps et connaissances. Nous n'aurions pu présenter une ressource d'une aussi grande qualité sans vous!

Nous désirons remercier, à l'avance, l'ensemble des membres œuvrant dans le domaine de la santé; des personnes engagées et passionnées par l'offre de soins de santé de qualité et par le travail dans des milieux sains qui adopteront et mettront maintenant en œuvre ces LDPE dans leurs milieux respectifs. Nous vous demandons d'évaluer les effets de ces LDPE et de nous faire savoir ce qui fonctionne et ce qui pourrait être amélioré. Ainsi, nous pourrons mieux tenir compte de vos connaissances et de votre expérience lors de la révision de ce document de lignes directrices tout en nous appuyant sur des données solides sur la pratique. Les partenariats comme celui-ci sont promis à un grand avenir, le monde de l'enseignement étant prêt à établir des réseaux et à transmettre son expertise. Grâce aux changements apportés par ces LDPE, les personnes qui œuvrent dans les divers milieux de travail et celles qui reçoivent des soins de santé ressentiront les effets de cette synergie.

La création de milieux de travail sains est à la fois une responsabilité individuelle et une responsabilité collective. La réussite de la mise en œuvre de ces lignes directrices dépend de l'effort de concertation des diverses parties concernées. Notamment, les gestionnaires de soins infirmiers, le personnel infirmier et les infirmières en pratique avancée, les infirmières qui travaillent dans le domaine des politiques, de la formation et de la recherche ainsi que les collègues du monde médical qui œuvrent dans d'autres disciplines au sein de l'institution. Cette réussite dépend aussi du soutien institutionnel des chefs de la direction et des membres des conseils d'administration. Nous vous demandons donc de faire en sorte que tous puissent avoir accès à ces lignes directrices. Nous pouvons apprendre beaucoup l'un de l'autre.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les organisations de santé, y compris le personnel infirmier et tous les autres travailleurs de la santé, travaillent à la création d'un milieu de travail sain. Il s'agit d'un élément essentiel pour assurer la qualité des soins offerts aux patients. Assurons-nous que les grands gagnants de cet immense effort soient les fournisseurs de soins de santé, les institutions de santé ainsi que les personnes qu'elles desservent!



Doris Grinspun, I.A., M.Sc.Inf., D. (c), O.Ont
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

# Avis de non-responsabilité et droits d'auteur

## Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices n'ont pas force de loi pour les infirmières et les organisations qui les embauchent. L'utilisation de ces lignes directrices devrait être souple et établie en fonction des besoins individuels et des situations locales. Elles ne constituent d'aucune façon une obligation ni une révocation d'une quelconque responsabilité. Bien que toutes les mesures possibles aient été prises pour assurer l'exactitude du contenu de ce document au moment de la publication, les auteurs et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ne peuvent offrir aucune garantie sur les renseignements contenus dans ce document ni être tenus responsables de toutes pertes, dommages, blessures ou dépenses découlant de toutes erreurs ou omissions dans le contenu du document de travail.

## Droits d'auteur

Ce document est d'ordre public et il peut, par conséquent, être utilisé et réimprimé sans qu'il soit nécessaire d'obtenir une permission spéciale à cet effet. Seul le matériel désigné, protégé par les droits d'auteur, ne peut être reproduit sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation écrite du détenteur du droit d'auteur. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario apprécierait toutefois d'être citée comme référence si vous utilisez des parties de ce document.

Le modèle recommandé pour les citations est présenté ci-dessous : ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO, Soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers, Toronto, Canada, 2006, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

# Membres du panel d'experts en développement

### Diane Irvine Doran, I.A., PhD., MACSS
Coprésidente du panel d'experts
Doyenne adjointe à la faculté de recherche
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

### Leslie Vincent, I.A., M.Sc.A, CSIO (C)
Coprésidente du panel d'experts
Vice-présidente directrice des soins infirmiers
Hôpital Mount Sinai
Toronto (Ontario)

### Diane Caughey, I.A., B.Sc.Inf., GNC (C)
Coordonnatrice des soins aux résidents
Marianhill Inc.
Pembroke (Ontario)

### Cheryl Cott, B.Sc. (physiothérapie), M.Sc., PhD.
Professeure agrégée
Département de physiothérapie
Faculté de médecine
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

### Eric Drouin, I.A.
Premier coordonnateur adjoint
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, bureau 083
Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

### Lee Anne Harper-Femson, I.A., D. Éd.
Professeure agrégée
Université Ryerson
Écoles des sciences infirmières
Toronto (Ontario)

### Barbara Jones, I.A., B.Sc.Inf., M.S.S.
Hôpital général de North York
Responsable de la pratique professionnelle des soins infirmiers
Toronto (Ontario)

### Linda Jones I.A. (catégorie spécialisée)
IP en soins de santé primaires
Conseillère en soins de collaboration
Ottawa (Ontario)

### Bernadette Lamourie, I.A.
Infirmière responsable du quart de nuit
Extendicare - Manoir Laurier
Bup/LC Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, local 074
Ottawa (Ontario)

### Sara Lankshear, I.A., M.Éd., étudiante au Doctorat
Présidente sortante du Professional Practice Network of Ontario
Présidente, Relevé Consulting Services
Burlington (Ontario)

### Sharon Lawlor, I.A., B.Sc.Inf.,
Maîtrise en soins infirmiers
Gestionnaire de l'équipe des soins de santé
North End Community Health Center
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Lorelei Lingard, PhD.
Professeure agrégée
Wilson Centre for Research in Education &
Department of Paediatrics
Faculté de médecine de l'Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Sandra MacDonald-Rencz, I.A., M. Éd., CHE
Directrice générale
Bureau de la politique des soins infirmiers
Direction générale de la politique des soins de la santé,
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Sheri Oliver, I.A.A. (infirmière auxiliaire autorisée)
Directrice des initiatives stratégiques en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de
l'Ontario (AIIAO)
Mississauga (Ontario)

Gail Pahwa, I.A., B.Sc.INF., M.Éd. (Candidate)
Responsable de la promotion du travail d'équipe
George Brown College
Toronto (Ontario)

Cheryl Reid-Haughian, I.A., M..Sc.S.Inf., CCHN (candidate)
Directrice de la pratique professionnelle
ParaMed Home Health Care
Ottawa (Ontario)

Donna Romano, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc., candidate au doctorat
Administratrice d'une unité de soins infirmiers
Hôpital Mount Sinai
Toronto (Ontario)

Marcy Saxe-Braithwaite, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., MAA, CHE
Vice-présidente des programmes et chef de direction des soins infirmiers
Providence Continuing Care Centre
Kingston (Ontario)

Dawn Sidenberg, B.Sc.Inf.
Directrice du renouvellement organisationnel
Bluewater Health
Sarnia (Ontario)

Jane Van Alphen, I.A., M.Sc., M.A.A.
Directrice des services en santé de l'enfant, programme de cardiologie
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Debbie White, I.A., PhD.
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary
Conseillère en recherche
Calgary Health Region
Calgary (Alberta)

Les membres du panel d'experts travaillant à l'élaboration des lignes directrices ont signé des déclarations d'intérêt et de confidentialité. Pour de plus amples détails, veuillez vous adresser à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

# Responsabilité liée à l'élaboration

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et en collaboration avec Santé Canada, s'est engagée dans un projet pluriannuel d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains, de mise en œuvre de projets pilotes, d'évaluation et de diffusion qui permettra l'élaboration de six documents de lignes directrices préparés par un groupe formé de six experts. Le panel d'experts, mandaté par l'AIIAO, a élaboré ces lignes directrices de manière impartiale et sans être influencé par les organismes subventionnaires.

## Équipe de projet


**Irmajean Bajnok, I.A., M.Sc.Inf., PhD.**
Directrice du RNAO Centre for Professional Nursing Excellence
Directrice de projet en 2005

**Donna Tucker, I.A., M.Sc.Inf.**
Directrice de projet en 2003-2005

**Valerie Coubrough, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.**
Coordonnatrice du panel d'experts depuis août 2005

**Dianna Craig, I.A., B.A., M.Éd.**
Coordonnatrice du panel d'experts en 2004 et 2005

**Lisa Beganyi, B.Sc., B.A.**
Assistante de projet pour l'année 2004 jusqu'en septembre 2005

**Pauline Matthews, B.A.**
Assistante de projet depuis septembre 2005

## Coordonnées


Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
Projet de travail sur les lignes directrices liées aux pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains
158, rue Pearl, Toronto, Ontario, M5H 1L3
Site Internet : http://www.rnao.org/projects/hwe.asp

# Remerciements aux partenaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) désire remercier les personnes suivantes pour leur participation à la révision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ainsi que pour les précieux commentaires qu'elles ont présentés :

Jacqueline A. Barrett, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Directrice des services d'urgence pédiatrique et de santé maternelle
Hôpital Joseph Brant Memorial
Burlington (Ontario)

Mary-Agnes Beduz, I.A., B.Sc.Inf., Maîtrise en soins infirmiers
Professeure adjointe
McMaster University
Hamilton (Ontario)

Cheryl Beemer, I.A.
Infirmière de chevet, unité d'investigation en cardiologie,
Hamilton Health Sciences Centre
Hamilton (Ontario)

Jodie Boltuc, B.Sc.Inf. (candidate)
Directrice régionale des étudiantes infirmières de l'Ontario
Université Ryerson / Association des étudiantes infirmières du Canada
Toronto et Ottawa (Ontario)

Michelle Bott, I.A., B.Sc.Inf., Maîtrise en soins infirmiers
Directrice de la pratique professionnelle
Hôpital général de Guelph
Guelph (Ontario)

Patricia Boucher, I.A., B.Sc.S. Inf., COHN (C), C.R.S.P., CDMP
Directrice, services de consultation et services aux patients,
Ontario Safety Association for Community & Healthcare
Toronto (Ontario)

Gwendolyn D. Bourdon, I.A., B.Sc.Inf., M.Éd.
Directrice de la formation
Runnymede Healthcare Centre
Toronto (Ontario)

Frances Carvalho, B.Sc., B.Sc.Inf. (candidate)
Étudiante en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Elizabeth Chu, I.A., B.A.A., B.Sc.Inf., Maîtrise en soins infirmiers
Directrice de Care, Wellness Coordinator Long Term Care
Tall Pines Long Term Care Centre
Brampton (Ontario)

Patrick Clifford, B.A., B.S.S., B.Éd, M.S.S., RSW
Gestionnaire de la pratique professionnelle et l'éthique en recherche
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Marnie Delaney, B.Sc., B.Sc.Inf. (candidate)
Étudiante en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Penny Demarest, I.A. (catégorie spécialisée), B.Sc.Inf.
Infirmière praticienne en soins de santé primaire
Hunter Street Medical Centre
Woodstock (Ontario)

Cécile Diby, I.A., B.Sc.Inf.
Spécialiste de l'éducation en soins infirmiers
Service de santé SCO
Équipe de ressources infirmières
Ottawa (Ontario)

Kimberley English, B.Sc.Inf., Maîtrise en soins infirmiers
Faculté des sciences infirmières
Université Trent / collège Fleming
École de sciences infirmières
Peterborough (Ontario)

Kathryn Ewers, I.A., B.A., M.Éd.
Éducatrice
Jackson Health System
Miami (Floride) États-Unis

Michelle Farah, I.A., B.A.
Infirmière autorisée en santé mentale
Halton Healthcare Services
Oakville (Ontario)

Joyce Fenuta, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Gestionnaire et leader clinique
Hôpital St- Michael
Toronto (Ontario)

Barbara Foster, I.A., B.Sc.Inf.
Conseiller principale en matière de politiques
Agence de santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Rose Gass, I.A., B.A. en économie,
ENC (C) M.Sc.S.
Directrice de l'urgence et des soins intensifs
Hôpital général de Norfolk
Simcoe (Ontario)

Linda Gould, I.A.A.
(infirmière auxiliaire autorisée)
Spécialiste de l'évaluation et des données sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC)
Centre des sciences de la santé de Hamilton - Hôpital général de Hamilton
Hamilton (Ontario)

Katherine Grant-Brown, I.A.
Gestionnaire de la pratique clinique
Bayshore Home Health
Mississauga (Ontario)

Julie Gregg, I.A., B.Sc.Inf, MAd.Éd.
Coordonnatrice du développement et des relations avec les membres
Ordre des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse
Halifax, Nouvelle-Écosse

Lynne Hanna, I.A., B.Sc.Inf, M.Éd.
Gestionnaire, services de santé pédiatriques
Halton Region
Oakville (Ontario)

Cheryl Harris, I.A.
Gestionnaire de projet, Politiques et procédures
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Mary Jane Herlihey, I.A., B.Sc.Inf.
Conseillère en formation clinique
ParaMed Home Health Care
Ottawa (Ontario)

Mariëlle Heuvelmans, I.A., HBScN, GNC (C)
Vice-présidente, Programmes et services cliniques et thérapeutiques
Hôpital Général de Hawkesbury et District General Hospital
Hawkesbury (Ontario)

Ena Howse, I.A., PhD.
Professeur agrégée
École des sciences infirmières, Université Queen
Kingston (Ontario)

Jennie Humbert, I.A. (catégorie spécialisée),
B.Sc.Inf, M.Sc.S.
Coordonnatrice régionale des infirmières praticiennes,
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Suman D. Iqbal, I.A., CISO ( C )
Infirmière de chevet, coprésidente du conseil des infirmières
Centre des sciences de la Santé Sunnybrook
Toronto (Ontario)

Rosanne Jabbour, I.A., M.Sc.S.
Analyste principale en matière de politiques
Secrétariat du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Toronto (Ontario)

Bonny Johnson, I.A. (catégorie spécialisée)
Infirmière praticienne
Whitewater Bromley CHC satellite
Lanark Health and Community Services
Beachburg (Ontario)

Carolyn Johnson, I.A., B.Sc.Inf, M.Éd.
Coordonnatrice de la pratique professionnelle en soins de santé pédiatriques,
des systèmes documentaires et des politiques
IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Joy Kellen, I.A., BN, M.Sc.
Coordonnatrice des politiques
Saskatchewan Registered Nurses' Association
Régina (Saskatchewan)

Denise Konopaskie, I.A., HBA, ACRPS
Pratique privée
Praticienne en soins de santé complémentaire et psychothérapie
Keswick (Ontario)

Chantale Leclerc, I.A., M.Sc., GNC (C )
Chef de la direction des soins infirmiers, SCO Health Service
Ottawa (Ontario)

Katherine Luke, I.A., IHT, B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Gestionnaire du programme, ONTraC
(Ontario Transfusion Coordinators)
Programme provincial de conservation du sang
Hôpital St-Michael
Toronto (Ontario)

Cheryl Lyons, I.A., B.Sc.Inf.
Educatrice en pratique professionnelle
Hôpital Joseph Brant Memorial
Burlington (Ontario)

Marian Markov, I.A., B.Sc.Inf., CPN (C)
Gestionnaire en relations de travail
Spécialiste de la pratique professionnelle
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Mary-Lou Martin, I.A., M.Sc.Inf., M.Éd.
Infirmière clinicienne spécialisée et professeure agrégée en pratique clinique
St. Joseph's Healthcare Hamilton et McMaster University
Hamilton (Ontario)

Lynn McEwen, I.A., B.A., B.Sc.Inf.,
MN (candidate)
Infirmière enseignante, Bluewater Health
Sarnia (Ontario)

Andrea McLellan, I.A., B.Sc.Inf., M.Éd.
Coordonnatrice, amélioration de la qualité, gestion de risque, formation et vie privée
Hôpital général de North Bay
North Bay (Ontario)

Nancy Menagh, I.A., B.Sc.Inf, M.Éd.,
Maîtrise en soins infirmiers (candidate)
Coordonnatrice de la formation
Hôpital Soldiers' Memorial D'Orillia
Orillia (Ontario)

Toba Miller, I.A., M.Sc.Inf., M.G.S.S., GNC (C)
Infirmière en pratique avancée
Hôpital d'Ottawa, centre de réadaptation
Ottawa (Ontario)

Diane Milne, I.A., B.Sc.Inf., CCN (C)
Infirmière enseignante
Providence Health Care
St. Paul's Hospital
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mitzi Grace Mitchell, I.A.,candidate au doctorat
Chargée de cours, École de sciences infirmières, Université York
Toronto (Ontario)

Jane Moore-Smithson, I.A., M.Sc., candidate au doctorat
Infirmière en pratique avancée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Debbie Moyst, BN, SHT
Chef de division des programmes à l'urgence et aux services ambulatoires
Eastern Health, SCMH
St. John's, Terre-Neuve

Brenda Mundy, I.A., PNC(C)
Monitrice en pratique professionnelle
Centre de santé régional de Southlake
Newmarket (Ontario)

Sylvia Naughton, I.A.
Coordonnatrice de la recherche
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia
Orillia (Ontario)

Norma Nicholson, I.A., B.A, M.A.Éd.
Gestionnaire de service
Centre de soins de santé West Park
Toronto (Ontario)

Kim Pittaway, I.A., B.Sc.Inf.
Gestionnaire de la pratique professionnelle en soins infirmiers
Cambridge Memorial Hospital
Cambridge (Ontario)

Pam Pogue, I.A., M.Sc., ACNP, CCN (C)
Chef infirmière et administratrice de la pratique professionnelle
Trillium Health Centre
Mississauga (Ontario)

Sheri Price, I.A., MN
Adjointe de recherche pour le programme de santé des femmes
IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Anita Purdy, I.A.
Gestionnaire clinique, chirurgie avec hospitalisation et Pre-Admit Clinic
Alliance Chatham-Kent pour la santé
Chatham (Ontario)

Holly Quinn, I.A., B.Sc.Inf.
Directrice des programme de soins cliniques
Bayshore Home Health
Barrie (Ontario)

Sheila Rankin, I.A., BN
Directrice des ressources humaines
Annapolis Valley District Health Authority
Kentville (Nouvelle-Écosse)

Lesreen Romain, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Gestionnaire clinique en réhabilitation nécessitant une hospitalisation
Lakeridge Health Corporation
Ajax (Ontario)

Josette Roussel, I.A., M.Sc., M.Éd., GNC (C)
Infirmière en pratique avancée
SCO Health Service
Ottawa (Ontario)

Shalimar Santos-Comia, I.A., B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Directrice, formation en sciences infirmières et informatique
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto (Ontario)

Rhonda Seidman-Carlson, I.A., B.A., MN
Directrice du recrutement des infirmières, de la formation et de la pratique
Baycrest
Toronto (Ontario)

Wendy Seroski, I.A., B.Sc.Inf. (candidate)
Infirmière de chevet - Pediatric Thrombosis Nurse Coordinator, Hemophilia Nurse
Hamilton Health Sciences,
Hôpital pour enfants McMaster
Hamilton (Ontario)

Jo Anne Shannon, I.A.
Officier des relations de travail
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Hamilton et Dundas (Ontario)

Judy Smith, I.A., B.Sc.Inf., ENC (C)
Enseignante en sciences infirmières - programme de médecine d'urgence
Hôpital central de York
Richmond Hill (Ontario)

Mae Squires, I.A., B.A., B.Sc.Inf., M.Sc., étudiante au doctorat
Directrice du programme opérationnel, programmes de soins intensifs et cardiaques
Hôpital général de Kingston et Hôpital Hôtel-Dieu
Kingston (Ontario)

Grace St. Jean, I.A., B.Sc.Inf.
Directrice administrative du programme de soins intensifs
Hôpital régional de Sudbury
Sudbury (Ontario)

Judy Stanley, I.A., B.Sc.Inf., MN
Infirmière en santé publique
Peterborough County City Health Unit
Peterborough (Ontario)

Peggy Swerhun, I.A., COHN (C), CRSP, CIC
Consultante
Ontario Safety Association for Community and Healthcare
Toronto (Ontario)

Hilda Swirsky, I.A., B.Sc.Inf., M.Éd.
Infirmière clinicienne : High Risk Antepartum / Postpartum & Sessional Instructor
Hôpital Mont Sinaï et collège George Brown
Toronto (Ontario)

Beatriz Valdes, I.A., M.A.A., MSN
Coordonnatrice de la formation aux patients et familles
Jackson Health Systems
Miami (Floride) États-Unis

Tazim Virani, I.A., M.Sc.Inf., candidate au doctorat
Directrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
Toronto (Ontario)

Julia Watson-Blasioli, I.A., B.Sc.Inf., PNC, M.Sc, Inf.
Responsable clinique, unité des naissances
Hôpital d'Ottawa : campus principal
Ottawa (Ontario)

Patricia Wejr, I.A. (n'exerce pas), B.A., M.Sc.
Responsable des communications et de l'analyse des politiques
British Columbia Nurses' Union
Burnaby (Colombie-Britannique)

Joni Wilson, I.A., B.Sc.Inf. (en formation)
Gestionnaire des soins continus complexes
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough (Ontario)

Margaret Wolecki, I.A.A.
(infirmière auxiliaire autorisée)
Infirmière de chevet
Hôpital général de North York
Toronto (Ontario)

Bette Zeran, I.A., M.Sc.S.
Gestionnaire de l'utilisation clinique
Hôpital Joseph Brant Memorial
Burlington (Ontario)

# Table des matières

Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. . ..... 12

Structure organisationnelle du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. ..... 14

Contexte des lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. ..... 19

Objectif et champ d'application. ..... 21

Comment utiliser ce document. ..... 23

Résumé des recommandations sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. ..... 25

Références et types de données probantes sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. ..... 28

Recommandations individuelles et d'équipe. ..... 29

Recommandations organisationnelles. ..... 37

Recommandations externes sur le système. ..... 43

- Recommandations du gouvernement..... 43
- Recommandations relatives à la recherche. ..... 45
- Recommandations relatives à l'agrément. ..... 45
- Recommandations relatives à la formation. ..... 46
- Recommandations des professionnels en soins infirmiers et des organismes de réglementation. ..... 48

Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. ... 50

Références. ..... 51

- Références par numéros. ..... 51
- Références par ordre alphabétique. ..... 56

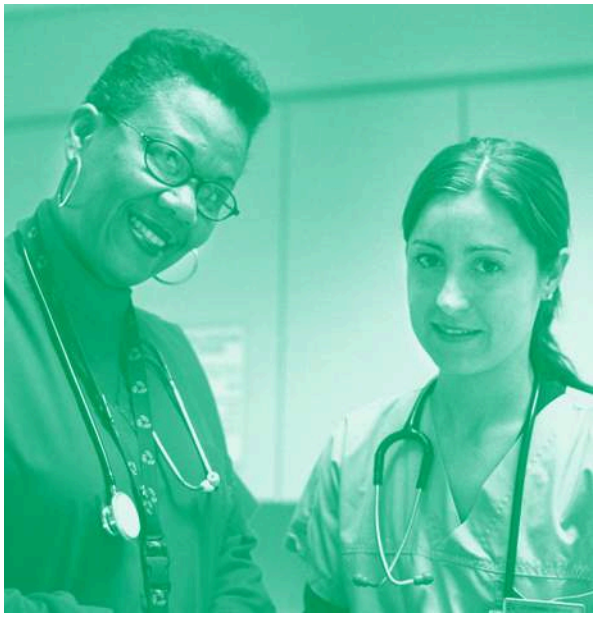
Annexe A : Glossaire terminologique. ..... 61

Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices. ..... 64

Annexe C : Processus de révision systématique des écrits sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers, réalisé par le Joanna Briggs Institute. ..... 65

Annexe D : Mesures des concepts liés au modèle de soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. ..... 69

* Les mots suivis de la lettre « G » indique un terme défini dans le glossaire.



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

En juillet 2003, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et en collaboration avec le bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada, s'est engagée dans un projet d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains, afin de créer des milieux de travail[G] sains pour le personnel infirmier[G]. Tout comme la prise de décisions cliniques, il est important que ceux qui travaillent à créer des milieux de travail sains puissent prendre des décisions en se basant sur les meilleures données probantes possible.

Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires[G] pour des milieux de travail sains (LDPEMTS) a été conçu en réponse aux besoins prioritaires identifiés par le Comité mixte provincial des soins infirmiers (CMPSI) et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.[1] L'idée d'élaborer et de diffuser un guide sur les milieux de travail sains a d'abord été présentée dans le document intitulé “Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario[2] “ lequel a été déposé devant le MSSLD en 2000 et a été approuvé par le CMPSI.

Les systèmes de soins de santé subissent de plus en plus de pressions pour contrôler leurs coûts, augmenter la productivité et répondre à la demande accrue de services de santé, demande liée à l'accroissement de la population en général et à celle des aînés, à l'avancement technologique et à un consumérisme plus sophistiqué. Au Canada, les réformes de soins de santé se concentrent actuellement sur les buts primaires identifiés dans l'accord fédéral-provincial-territorial de 2000[3] des premiers ministres et l'Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003[4] et 2004[5]:

- l'accès à des services de santé en temps opportun et en fonction des besoins;
- des soins de santé sécuritaires, centrés sur le patient, dont la qualité et les résultats sont élevés;
- un système de soins de santé abordable et durable.

Le personnel infirmier est un élément vital permettant d'atteindre ces buts. L'accès à des ressources humaines infirmières en nombre suffisant est l'élément le plus important pour garantir l'accès à des services de santé sécuritaires, et ce, à un coût abordable et en temps opportun. La création de milieux de travail sains pour le personnel infirmier est un critère essentiel de sécurité, de recrutement et de rétention des effectifs.

De nombreux rapports et articles ont présenté les défis liés au recrutement et à la rétention d'une main-d'œuvre en bonne santé.[2, 6-10] Certains ont même suggéré que la pénurie de main-d'œuvre actuelle constatée dans le domaine des soins infirmiers serait attribuable à la mauvaise qualité des milieux de travail.[11, 12, 13, 14] Il est donc nécessaire de concevoir des stratégies pour améliorer les milieux de travail du personnel en soins infirmiers et pour réparer les dommages occasionnés par une décennie impitoyable de restructurations et de réduction de personnel.

La compréhension des relations entre les milieux de travail sains, des résultats pour le patient, du rendement organisationnel et du système est en pleine croissance.[15-17] Bon nombre d'études ont démontré les liens solides existants entre le recrutement du personnel infirmier et les résultats négatifs pour le patient.[18-28] Les données montrent que les milieux de travail sains rapportent des bénéfices financiers aux institutions en termes de réduction de pertes causées par l'absentéisme, les baisses de productivité et aussi en fonction des coûts organisationnels liés aux soins de santé[29] et des coûts associés aux résultats négatifs pour le patient.[30]

La mise en œuvre de milieux de travail sains pour le personnel infirmier exige des changements transformationnels avec des « interventions qui ciblent les milieux de travail sous-jacents et les facteurs organisationnels ».[31] Ce document de lignes directrices a donc été élaboré en tenant compte de ces lignes directrices. Nous croyons que la mise en œuvre intégrale de ce document fera une différence pour le personnel infirmier, les patients, les organisations et les communautés au sein desquelles ils travaillent. Nous estimons qu'il est profitable, non seulement pour le personnel infirmier, mais aussi pour les autres membres de l'équipe de soins, de nous concentrer sur la mise en œuvre de milieux de travail sains. Par ailleurs, nous croyons que les lignes directrices sur les pratiques exemplaires peuvent être mises en œuvre seulement 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 appropriées.

Le projet permettra l'élaboration de six documents de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains :

- Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières;
- La création et maintien des charges de travail et de maintien des effectifs;
- La création et maintien du leadership dans la profession infirmière;
- Comment inclure la diversité culturelle dans les soins de santé : développement d'une compétence culturelle;
- Le professionnalisme dans le domaine des soins infirmiers;
- La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail.

> *« Un milieu de travail sain est ... un milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, la qualité des résultats pour le patient, le rendement organisationnel et les retombées sociales. »*

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

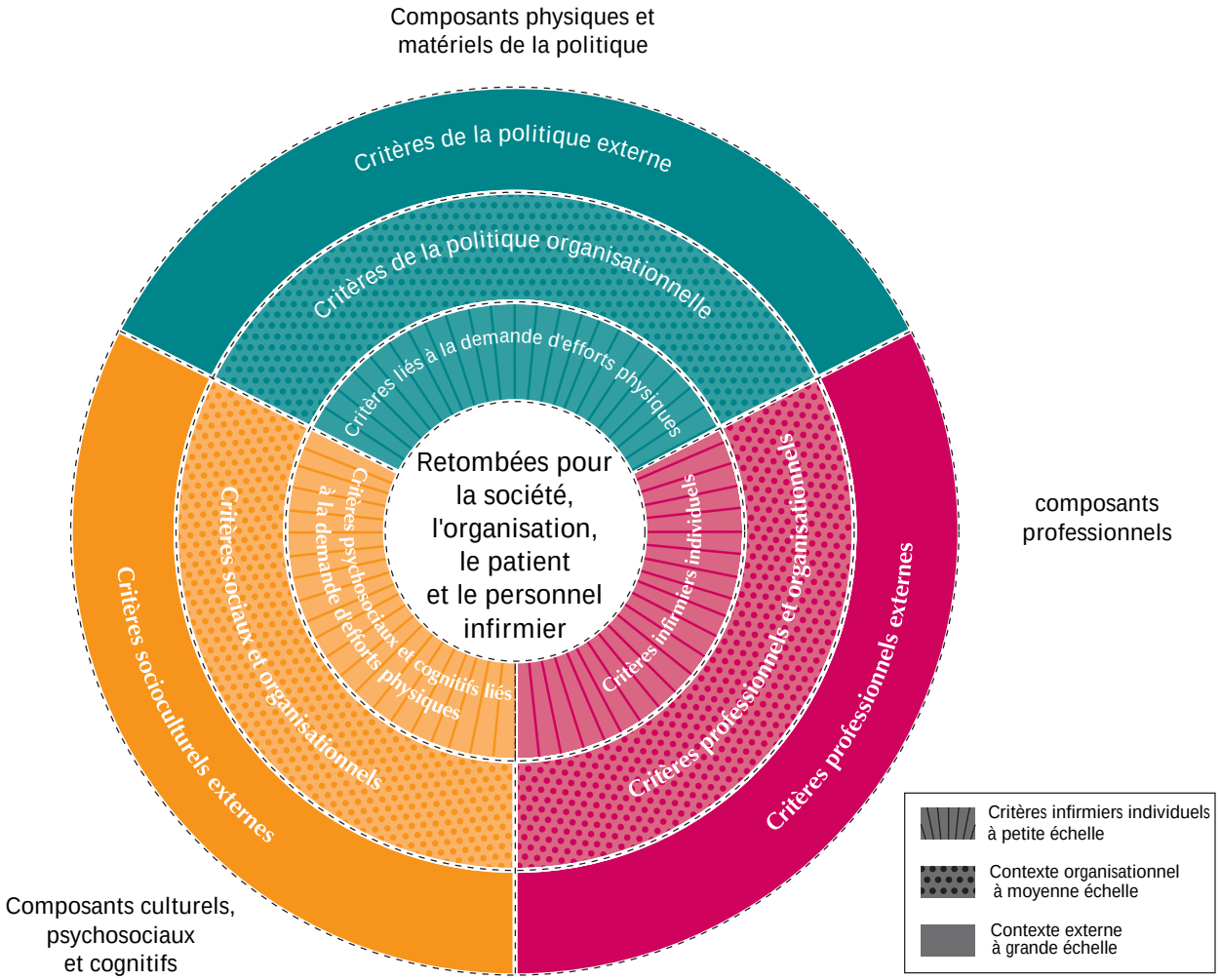



Image 1. Modèle conceptuel pour des milieux de travail sains pour le personnel infirmier - Éléments, critères et retombées [i-iii]

Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier est un concept complexe et multidimensionnel, formé de divers composants et de relations entre ces derniers. On a donc recours à un modèle polyvalent pour diriger l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation à l'aide d'une démarche systématique afin d'améliorer le milieu de travail du personnel infirmier. Les milieux de travail sains pour le personnel infirmier sont définis comme des milieux où le cadre de travail permet de maximiser la santé et le bien-être du personnel infirmier, les résultats de qualité pour le patient, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Le modèle conceptuel général pour des milieux de travail sains pour le personnel infirmier présente le milieu de travail sain comme un produit de l'interdépendance entre la personne (à petite échelle), l'institution (à moyenne échelle) et les éléments externes du système (à grande échelle) tel que représenté par les trois cercles extérieurs du graphique ci-dessus. Au centre du graphique, on trouve les personnes cibles qui devraient retirer des bénéfices des milieux de travail sains pour le personnel infirmier. Il s'agit des infirmières, des patients, des organisations, du système et finalement, de la société en général, notamment les communautés qui sont, par conséquent, en meilleure santé qu'auparavant.[iv] Les lignes à l'intérieur des cercles sont pointillées afin de présenter la synergie entre les différents niveaux et les divers critères de ce modèle.

Le modèle indique que le fonctionnement d'une personne peut être modifié et influencé selon les interactions qu'elle a avec son milieu de travail. Voilà pourquoi les interventions pour la mise en œuvre de milieux de travail sains doivent être entreprises à de multiples échelons et en tenant compte des divers composants du système. De la même manière, les interventions doivent avoir une influence, non seulement sur les critères qui coexistent au sein du système et sur les interactions entre ces critères, mais aussi sur le système en lui-même.[v,vi]

Les hypothèses émises par ce modèle sont les suivantes :

- les milieux de travail sains sont essentiels pour la qualité et la sécurité des soins dispensés au patient;
- le modèle peut être appliqué à tous les milieux de travail et à tous les domaines de soins infirmiers;
- les critères par niveaux de systèmes externes, organisationnels et individuels sont les éléments-clés d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier;
- les critères des trois niveaux ont des effets sur la santé et le bien-être du personnel infirmier, sur la qualité des résultats pour le patient, sur le rendement du système et de l'organisation et sur les retombées sociales prises de manière individuelle ou en tenant compte des interactions synergiques;
- tous les niveaux comprennent des composants de la politique structurelle et matérielle, des composants cognitifs, psychosociaux et culturels et des composants professionnels;
- les critères professionnels sont uniques à chaque profession alors que les autres critères peuvent être appliqués à toutes les professions.

---

i Adapté de : DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. Journal of Medicine, 35(12): décembre, 1221-1230; modifié par Laschinger, MacDonald & Shamian (2001); et modifié à nouveau par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003)

ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001, June). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation.

iii O'Brien-Pallas, L., & 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. and 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. In Diana L. Gustafson (ed.), Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women. Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada. Fernwood Publishing.

Composants structurels et matériels de la politique

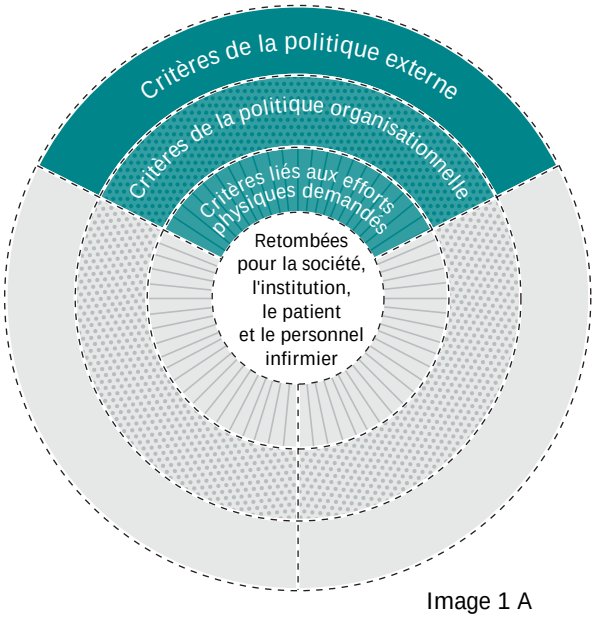



Image 1 A

## Composants structurels et matériels de la politique

- En ce qui concerne l'individu, les critères liés à la demande d'efforts physiques comprennent les exigences du travail qui requièrent des capacités physiques particulières et des efforts.[vii] Parmi ces différents critères, on trouve la charge de travail, les changements d'horaire et de quart de travail, la capacité de soulever de lourdes charges, l'exposition à des substances dangereuses et à des matières infectieuses et aussi, les risques liés à la sécurité personnelle.

- En ce qui concerne l'organisation, les critères physiques institutionnels comprennent les caractéristiques physiques et le milieu physique de cette dernière. Ils touchent aussi aux structures et aux procédures établies pour répondre à la demande d'efforts physiques. Parmi ces critères, on trouve les méthodes de dotation, la possibilité de permettre aux infirmières d'établir leur propre horaire de travail et la préparation d'horaires de travail variables, l'accès à des dispositifs de transfert, les politiques sur la santé et la sécurité au travail, et la sécurité personnelle.

- En ce qui concerne le système ou le monde externe, les critères de la politique externe comprennent les modèles de prestation de services de santé, le financement, la législation, les échanges, les cadres économiques et politiques, par exemple les politiques sur la migration ainsi que les réformes du système de santé, qui sont imposées aux organisations.

vii Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Proposition de dissertation de doctorat non publiée. York University, North York, Ontario.

Composants culturels, psychologiques, sociaux et cognitifs

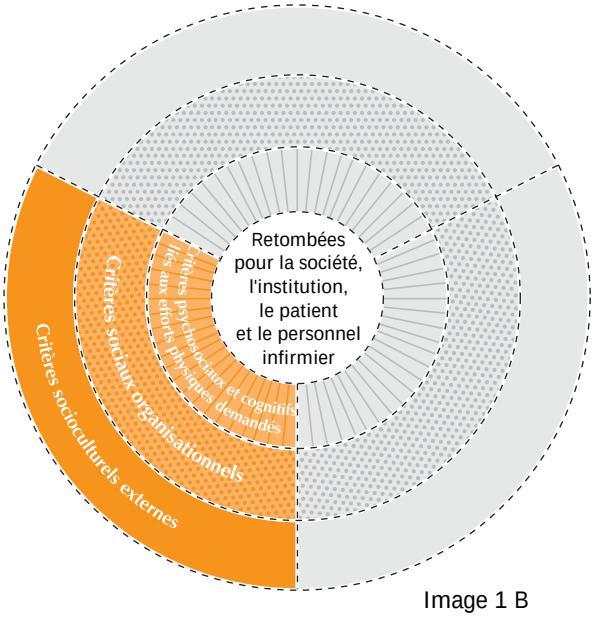



Image 1 B

## Composants culturels, psychologiques, sociaux et cognitifs

- En ce qui concerne l'individu, les critères psychologiques, sociaux et cognitifs liés à la demande d'efforts physiques comprennent les exigences du travail qui requièrent que la personne possède des habiletés cognitives, psychologiques et sociales comme les connaissances cliniques, les habiletés d'adaptation efficaces, les habiletés en communication et la capacité de faire des efforts.[vii] Parmi ces critères, on trouve la complexité de la pratique clinique, la sécurité d'emploi, les relations interpersonnelles au sein de l'équipe, les demandes émotionnelles, la clarté du rôle et la tension associées à la fonction occupée.
- En ce qui concerne l'organisation, les critères sociaux organisationnels sont liés à l'atmosphère de travail qui règne au sein de l'organisation ainsi qu'à la culture et aux valeurs institutionnelles. Parmi ces critères, on trouve la stabilité organisationnelle, les méthodes et les structures de communication, les relations de travail, les relations avec les gestionnaires, l'apprentissage continu et le soutien.
- En ce qui concerne le système, les critères sociaux, culturels et externes comprennent les tendances de consommation, les préférences liées aux changements des services de soins de santé, la modification des rôles au sein de la famille, la diversité de la population et des fournisseurs de soins et les changements démographiques qui, ont tous une influence sur la manière dont les organisations et les personnes travaillent.

Composants professionnels

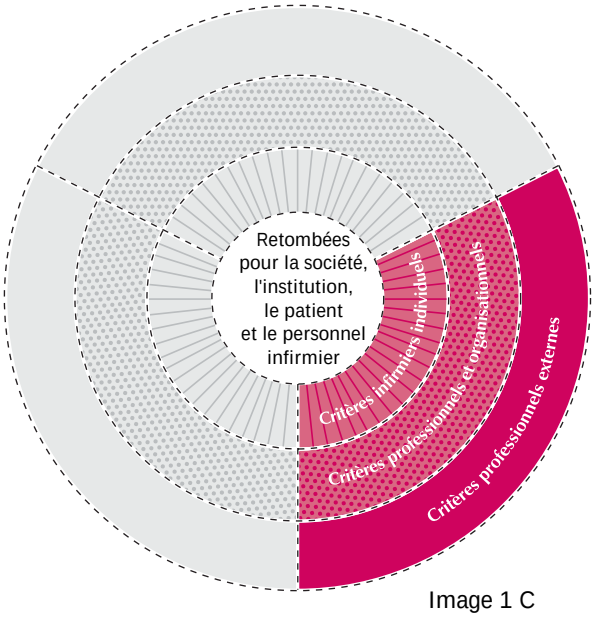



Image 1 C

## Composants professionnels

- En ce qui concerne l'individu, les critères infirmiers individuels comprennent les qualités personnelles d'une personne ainsi que les connaissances et les habiletés en soins infirmiers qu'elle a acquises et qui déterminent la manière dont elle répondra aux demandes cognitives, psychosociales et physique de travail.[vii] Parmi ces critères, on trouve l'engagement envers les soins offerts au patient, l'organisation et la profession, les valeurs personnelles et l'éthique, la pratique réfléchie, la tolérance, la capacité d'adaptation, la confiance en soi et l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale.
- En ce qui concerne l'organisation, les critères professionnels sont caractéristiques de la nature et du rôle de chaque profession. Parmi ces critères, on trouve le cadre de pratique, le degré d'autonomie et de contrôle de cette pratique professionnelle et les relations intradisciplinaires.
- En ce qui concerne le système ou le secteur externe, les critères professionnels comprennent les politiques et les réglementations provinciales, territoriales, fédérales et internationales qui régissent la santé, les politiques sociales et les rôles de socialisation au sein des diverses disciplines et domaines.

# Contexte des lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Le concept de travail d'équipe[G] n'est pas un nouveau concept en soins infirmiers. Dès le début des soins infirmiers modernes, les infirmières ont travaillé en partenariat avec les autres membres du personnel infirmier et les autres professionnels de la santé[G] afin d'offrir des soins aux patients, aux familles et aux collectivités. Toutefois, l'environnement dans lequel nous dispensons actuellement les soins de santé a changé et continue de changer rapidement. La composition, le contexte et la structure des équipes[G] changent aussi. De nos jours, on parle d'équipes de travail virtuelles. Il s'agit des équipes qui offrent des soins de santé en utilisant la vidéo et les technologies des télécommunications sans jamais se rencontrer en personne. Il existe aussi des groupes de travail qui ne se rencontrent que brièvement en vue d'atteindre des objectifs précis. La composition des équipes de travail est de plus en plus formée de ressources provenant des divers secteurs de la santé. On y trouve notamment des fournisseurs de soins de santé de courte durée, de soins de longue durée, des soins de santé communautaires et de soins à domicile et, par conséquent, elles sont plus multidisciplinaires que jamais auparavant.

Bien que faire partie d'une équipe soit une expérience de plus en plus répandue, nous vivons tous ce type d'expérience de travail en équipe et d'intégration au sein d'une équipe d'une manière différente. Chacun des membres de l'équipe a des attentes personnelles et des idées préconçues sur le travail d'équipe qui sont basées sur des apprentissages, des expériences et des attentes professionnelles antérieures

La profession infirmière est une affaire de relations entre les personnes. La qualité de ces relations interpersonnelles est cruciale pour les interactions quotidiennes et les résultats positifs en matière de soins offerts au patient ainsi qu'à la satisfaction de la profession.[32, 33, 34] Le comportement des infirmières est d'ordre social, qu'elles fassent partie d'une équipe de travail régulière ou virtuelle. L'importance du travail d'équipe efficace par rapport à la qualité des soins de santé étant de plus en plus démontrée, il est nécessaire d'examiner les concepts applicables au travail d'équipe ainsi que les rôles du travail en vue de créer des milieux de travail sains pour le personnel infirmier, d'offrir des soins de qualité aux patients et d'obtenir des résultats positifs.[34, 35, 36] Il est urgent que les infirmières possèdent les compétences pour être de bonnes coéquipières et des chefs d'équipe. Posséder les compétences nécessaires au travail d'équipe signifie avoir une bonne connaissance des principes du travail d'équipe et de la collaboration[G] de manière à pouvoir appliquer facilement cette connaissance dans divers contextes de pratique qui changent constamment. Comme infirmière, nous pouvons tous détruire ou améliorer » le milieu dans lequel nous travaillons. Chaque jour, quand nous arrivons au travail, nous devons choisir parmi diverses options et il est important que ce choix puisse faire en sorte que notre contribution ait un sens et qu'elle conduise à l'obtention de résultats positifs. Les infirmières* pratiquent leur profession dans un milieu de travail interprofessionnel où de nombreux professionnels sont appelés à travailler ensemble et elles contribuent, elles aussi, au développement de ce milieu. Bien que nous soyons conscients de la nature interprofessionnelle de la profession, nous avons concentré nos efforts dans ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui vous aideront à atteindre la réussite dans vos relations de travail au sein d'une équipe de soins infirmiers tout en tenant compte du contexte plus large du milieu interprofessionnel dans lequel vous travaillez.

Le panel d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour la pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers a utilisé le cadre de planification pour des milieux de travail sains afin de présenter, de manière organisée, les recommandations pour les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Ainsi, tout au long de ce document, vous constaterez que les recommandations présentent les composants physiques, structurels, politiques, culturels, psychologiques, sociaux, cognitifs et professionnels. On y présente un résumé des types de critères associés à la personne, à l'équipe, à l'organisation, au monde externe ou au système de santé.

Ce document de LDPE vous concerne et il a été fait pour vous. Il précise comment vous pouvez avoir une influence sur le développement de votre milieu de travail en utilisant vos habiletés de communication, vos habiletés en leadership et vos connaissances du travail d'équipe pour assurer un meilleur avenir pour les patients et pour vos collègues de travail. Les soins de santé de demain dépendront de l'excellence du travail d'équipe.

* Lorsque nous parlons des infirmières ou du personnel infirmier dans ce document, nous faisons référence à l'ensemble de la communauté infirmière ce qui comprend notamment les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières en pratique avancée telles que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

# Objectif et champ d'application

## Objectif

Ce document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires se concentre sur les équipes de soins infirmiers[G] et sur les processus qui favorisent la mise en place de milieux de travail sains. Le point central de l'élaboration de ce document de lignes directrices concerne les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Toutefois, nous sommes conscients qu'il peut s'agir d'une première étape dans la réalisation d'un processus complexe, qui permettra par la suite, d'élaborer des lignes directrices interprofessionnelles. Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier est un endroit qui favorise la santé et le bien-être des infirmières, les résultats de qualité pour le patient et un rendement organisationnel. Pour les organisations de santé, l'efficacité du travail d'équipe du personnel en soins infirmiers est essentielle.

Le panel d'experts a élaboré les questions suivantes afin d'appuyer l'évaluation des données probantes liées aux soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers :

1. Quels sont les processus utilisés et les caractéristiques des équipes de soins infirmiers qui appuient la mise en œuvre des milieux de travail sains?
2. Quels sont les effets des processus collectifs et de la formation d'équipes de travail sur l'efficacité du travail d'équipe?
3. Est-ce que la communication, la coordination et la collaboration au sein de l'équipe de soins infirmiers ainsi que la mise en place de milieux de travail sains permettent d'obtenir les résultats attendus pour les patients, le personnel infirmier, l'organisation et le système de santé?

## Champ d'application

L'élaboration de ces LDPE a été réalisée en fonction des meilleures données probantes existantes et lorsque la quantité de données probantes était limitée, les recommandations sur les pratiques exemplaires ont été élaborées en fonction d'un consensus qui tient compte de l'opinion des membres du panel d'experts. Les LDPE ont été conçues pour aider le personnel infirmier, les gestionnaires en soins infirmiers, les autres professionnels de la santé et les équipes de cadres supérieurs à accroître les résultats positifs pour les patients, le personnel infirmier et les organisations .

Le présent document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) précise :

- les pratiques exemplaires en matière de soins en collaboration et de travail d'équipe;
- la culture organisationnelle, les valeurs, les relations, les structures et les processus nécessaires permettant la mise en place et le maintien de milieux où le travail d'équipe en soins infirmiers est efficace.

## Problématiques décisionnelles et recommandations traitées dans ce document :

Le document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires traite des éléments suivants :

- le patient, l'infirmière, les caractéristiques systémiques et organisationnelles, qui ont des effets sur le travail d'équipe et les structures et processus systémiques ainsi qu'organisationnels qui ont des effets sur le travail d'équipe ;

Les recommandations de ce document de lignes directrices portent sur les éléments suivants :

- les exigences et les stratégies en matière de formation;
- l'amélioration de la politique;
- les stratégies et les outils pour la mise en œuvre du projet;
- les critères et les outils d'évaluation;
- les possibilités de recherche pour l'avenir.

## Groupe cible

Ce document de LDPE a été conçu pour aider le personnel infirmier, les gestionnaires de soins infirmiers, les autres professionnels de la santé et les équipes de cadres supérieurs à accroître les retombées positives pour les patients, le personnel infirmier et les organisations de soins de santé. Les lignes directrices concernent les éléments suivants :

### Palier du système

- les responsables des orientations politiques et les gouvernements;
- les organismes professionnels et les groupes de travailleurs;
- les formateurs[G];
- les chercheurs;
- le public.

### Palier organisationnel

- Tous les membres du personnel infirmier, y compris les étudiantes infirmières

> *le travail d'équipe…*
> *C'est le travail qui est accompli par un groupe de personnes qui possèdent des compétences individuelles, qui sont responsables de prendre des décisions individuelles, qui cherchent à atteindre les mêmes objectifs et qui se rencontrent pour communiquer et échanger des renseignements et aussi pour consolider les connaissances à partir desquelles on effectue la planification et qui influencent les décisions et les mesures à mettre en place.*
> *Brill 37*

# Comment utiliser ce document

Ce document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains est un document, fondé sur des données probantes, qui décrit les pratiques de soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Le document sur les lignes directrices contient des renseignements pertinents, mais il ne doit pas être lu d'un seul trait et les recommandations qui y sont présentées ne doivent pas toutes être appliquées en même temps. Nous vous recommandons plutôt de lire ce document et de réfléchir aux éléments présentés afin d'évaluer les recommandations qui s'appliquent à votre milieu et afin de les mettre en œuvre à un moment précis. Il peut être utile d'utiliser l'approche suivante :

1. Étudiez la structure organisationnelle des milieux de travail sains : Le document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers est fondé sur une structure organisationnelle pour des milieux de travail sains qui a été conçue pour permettre aux utilisateurs de comprendre les interrelations entre les divers critères des soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. La compréhension de la structure est un élément essentiel pour l'utilisation efficace de ce document de lignes directrices. Par conséquent, nous vous recommandons en premier lieu de lire ce document et, par la suite, de réfléchir aux éléments de la structure présentée.

2. Déterminez un centre d'intérêt : Une fois que vous aurez étudié la structure organisationnelle, nous vous recommandons de déterminer un centre d'intérêt en fonction de votre organisation ou de votre situation. Choisissez un domaine qui, selon vous, requiert des améliorations afin d'accroître l'efficacité des soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers.

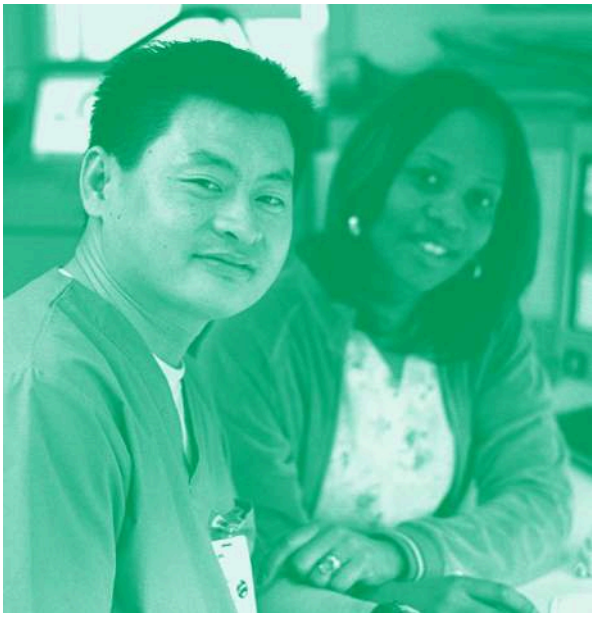
3. Lisez les recommandations et le résumé des recherches concernant votre centre d'intérêt : Pour chaque élément principal du modèle, nous avons présenté un certain nombre de recommandations fondées sur des données probantes. Les recommandations concernent des déclarations sur le travail des infirmières ou sur la façon dont elles agissent dans des situations de pratique efficaces de soins en collaboration. Nous avons inclus un résumé des écrits soutenant ces recommandations et nous croyons qu'il vous sera utile de lire ce résumé afin de comprendre « les raisons motivant » ces recommandations.

4. Concentrez-vous sur les recommandations ou sur les comportements ciblés qui vous semblent les plus appropriés en fonction de votre situation : Les recommandations contenues dans ce document ne doivent pas être appliquées à la lettre. Elles doivent plutôt être perçues comme des outils pouvant aider le personnel et les organisations à prendre des décisions qui permettront d'améliorer la pratique des soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers tout en reconnaissant les défis circonstanciels, l'atmosphère et la culture unique de tous et chacun. Dans certains cas, il est nécessaire de tenir compte d'un grand nombre de renseignements. Vous devrez étudier en profondeur et déterminer les comportements qui doivent faire l'objet d'une analyse ou qui doivent être renforcés selon votre milieu.

5. Établissez une ébauche de projet : Après avoir choisi un certain nombre de recommandations et de comportement à étudier, vous devrez évaluer les stratégies vous permettant de les mettre en œuvre de manière efficace. Préparez une ébauche de projet présentant les mesures que vous prévoyez mettre en œuvre afin de tenir compte de votre centre d'intérêt. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, vous désirerez peut-être consulter certains des documents de la liste des références ou consulter les divers outils d'évaluation présentés à l'annexe D.

6. Discutez de l'ébauche de projet avec les autres : Prenez le temps d'écouter les commentaires provenant des personnes qui risquent d'être affectées par votre projet, de celles dont l'engagement est un élément essentiel de la réussite et des conseillers de confiance qui vous fourniront des commentaires honnêtes et utiles sur la pertinence de vos idées. Il s'agit d'une étape importante à la fois pour le perfectionnement des habiletés individuelles de soins en collaboration que pour le développement d'une initiative institutionnelle de soins en collaboration.

7. Révisez et entamez la mise en œuvre de votre ébauche de projet : Il est important que vous procédiez à des ajustements lors de la mise en œuvre de ces lignes directrices. L'aménagement des soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers est un processus continu, bonne lecture!



# Résumé des recommandations sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Les recommandations qui suivent ont été organisées à l'aide de concepts-clés sur la structure organisationnelle des milieux de travail sains et, par conséquent, ils tiennent compte des éléments suivants :

- les recommandations individuelles et d'équipe;
- les recommandations organisationnelles;
- les recommandations externes et systémiques.

| | RECOMMANDATIONS |
|---|---|
| Recommandations individuelles et d'équipe | **1.0 Les recommandations sur la pratique clinique individuelle des soins en collaboration et les recommandations sur le travail d'équipe.** |
| | 1.1 Les infirmières acquièrent des connaissances sur les valeurs et les comportements qui soutiennent le travail d'équipe et aussi sur les effets du travail d'équipe sur la sécurité et les résultats obtenus pour le patient. À cet effet, les infirmières :<br>■ s'informent sur les caractéristiques des équipes de soutien;<br>■ font connaître leurs croyances à l'égard du travail d'équipe;<br>■ font preuve de bonne volonté pour travailler efficacement avec les autres. |
| | 1.2 Les infirmières collaborent à une culture qui soutient le travail d'équipe efficace en :<br>■ étant responsables de leurs actions, en étant enthousiastes, motivées et en s'engageant envers les autres membres de l'équipe;<br>■ prenant une place active et constructive au sein de l'équipe de soins infirmiers;<br>■ ayant une bonne compréhension de leurs propres rôles, du cadre de pratique et des responsabilités tout en cherchant des renseignements et en développant une bonne compréhension des autres rôles et cadres de pratique;<br>■ étant responsables de leurs paroles et respectueuses lors des communications avec les autres;<br>■ agissant de manière proactive dans le domaine de la recherche de renseignements dont elles ont besoin pour leur travail et sur le milieu de travail;<br>■ cherchant des occasions et en prenant la responsabilité d'échanger sur les divers points de vue en soins infirmiers lors de forums interprofessionnels[G] ce qui inclut les environnements formels et informels. |
| | 1.3 Les infirmières initient et maintiennent des processus de collaboration au sein de l'équipe, particulièrement lors de situations où la complexité des soins au patient est élevée, et ce, afin d'améliorer les résultats pour le patient. |
| | 1.4 Les équipes de soins infirmiers établissent des processus clairs et des structures qui favorisent les soins en collaboration et le travail d'équipe tout en permettant la création de milieux de travail sains et l'obtention de résultats de qualité pour les patients en :<br>■ établissant des proccessus pour la résolution des conflits et la résolution des problèmes;<br>■ établissant des processus pour développer, acquérir et évaluer le rendement, les objectifs communs et les résultats de l'équipe;<br>■ développant des systèmes et des processus qui permettent de reconnaître et de récompenser les succès;<br>■ mettant en valeur le potentiel de résolution systématique des problèmes et en améliorant la qualité des soins;<br>■ participant au développement et à la mise en œuvre des lignes directrices appuyant une meilleure collaboration au niveau fonctionnel et organisationnel;<br>■ incorporant des cadres de travail démocratiques et non hiérarchiques pour valider la contribution de tous les membres de l'équipe;<br>■ incorporant des processus qui permettent de soutenir la continuité des soins[G] auprès des patients afin d'améliorer la satisfaction et la confiance en soi du personnel ainsi que la satisfaction des patients;<br>■ développant et en mettant en œuvre des processus qui permettent de clarifier la vision du rôle unique et des aspects communs liés aux rôles des membres de l'équipe;<br>■ s'assurant que la composition de l'équipe est adéquate et qu'elle permet d'atteindre les objectifs communs et de respecter les responsabilités et les besoins des patients et de la population;<br>■ établissant des processus pour la prise de décision dans un ensemble varié de situations diverses telles que :<br>• les urgences;<br>• le fonctionnement quotidien;<br>• la planification à long terme;<br>• l'élaboration de politiques;<br>• la planification des soins. |

| | RECOMMANDATIONS |
|---|---|
| Recommandations individuelles et d'équipe | 1.5 Les équipes de soins infirmiers comprennent que leurs objectifs peuvent contribuer, avoir des effets ou compléter les buts pour l'offre des soins de qualité aux patients des autres équipes ainsi que ceux de l'organisation. |
| | 1.6 Les équipes de soins infirmiers établissent des processus favorisant l'ouverture, l'honnêteté et la transparence lors des communications en :<br>■ établissant des processus permettant aux employés, qui travaillent à temps complet, à temps partiel ou occasionnellement, de chercher et de trouver les renseignements adéquats à tous les quarts de travail;<br>■ établissant des processus pour les communications écrites ou électroniques afin de documenter efficacement les communications;<br>■ développant des habiletés d'écoute active |
| | 2.0 Recommandations pour les organisations de soins infirmiers en collaboration. |
| | 2.1 Les organisations implantent des stratégies spécifiques favorisant le travail d'équipe. Parmi ces stratégies, on trouve notamment l'offre :<br>■ d'espaces physiques ou de technologies permettant aux personnes de rester en contact;<br>■ de soutien administratif;<br>■ de financement destiné à l'orientation et la formation continue;<br>■ de moyens d'indemnisation pour favoriser la participation;<br>■ de moyens de reconnaissance et de récompenses;<br>■ d'occasions de participer aux processus décisionnels liés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques;<br>■ de processus permettant d'évaluer les effets du travail des équipes de soins infirmiers sur les patients, les infirmières, l'organisation ainsi que la création de mesures de résultats spécifiques. |
| | 2.2 Les institutions mettent en œuvre une culture institutionnelle qui soutient le travail d'équipe efficace et qui requiert un soutien administratif en :<br>■ s'assurant que les membres des équipes participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques liées aux divers services;<br>■ soutenant une culture institutionnelle favorisant la création d'un processus décisionnel participatif;<br>■ élaborant des politiques claires et cohérentes sur les responsabilités associées aux différents rôles;<br>■ mettant en œuvre des valeurs, des structures et des processus favorisant les relations de collaboration intra et interpersonnelles;<br>■ s'assurant de l'allocation des ressources nécessaires aux équipes afin d'équilibrer l'offre de soins et la création de pratiques professionnelles et de méthodes d'évaluation;<br>■ soutenant la mise en œuvre d'un modèle de pratique professionnelle axé sur l'imputabilité, l'autonomie et le pouvoir décisionnel concernant le milieu de travail et les soins offerts;<br>■ ajoutant des objectifs comportementaux pour élaborer des politiques sur le rendement et des processus de gestion axés sur l'efficacité du travail d'équipe. |
| | 2.3 Les organisations soutiennent les systèmes et les processus qui favorisent le travail d'équipe et la continuité des soins offerts aux patients. |
| | 2.4 Les organisations formulent et utilisent les résultats spécifiques pour évaluer l'efficacité des équipes tout en assurant la qualité élevée des soins infirmiers offerts aux patients en :<br>■ évaluant les effets du travail des équipes de soins infirmiers sur les patients, sur les infirmières et sur l'organisation;<br>■ évaluant systématiquement les équipes de soins infirmiers;<br>■ déterminant les obstacles qui pourraient nuire au processus d'évaluation. |
| | 2.5 Les organisations soutiennent les gestionnaires qui utilisent les pratiques de leadership transformationnel fondées sur des données probantes pour créer des milieux de travail sains. |

| | RECOMMANDATIONS |
|---|---|
| Recommandations externes et systémiques | **3.0 Recommandations gouvernementales** |
| | 3.1 Tous les paliers de gouvernement veillent à fournir des ressources financières durables pour soutenir la collaboration des équipes de travail en soins infirmiers en allouant des fonds pour les éléments suivants :<br>■ les initiatives d'évaluation et de création d'équipe de travail;<br>■ les initiatives de formation de professionnels en soins infirmiers;<br>■ les soins infirmiers directs et indirects auprès du patient;<br>■ l'élaboration de stratégies destinées à la pratique professionnelle;<br>■ la pratique en collaboration centrée sur le patient;<br>■ les initiatives de formation interprofessionnelle;<br>■ l'évaluation des méthodes de travail;<br>■ les technologies permettant les interactions entre les équipes de travail;<br>■ la recherche. |
| | **4.0 La recherche** |
| | 4.1 Les chercheurs travaillent avec les divers paliers de gouvernement ainsi que les institutions d'enseignements et de services de santé afin d'effectuer des recherches permettant d'évaluer les effets du travail d'équipe sur le personnel, sur les équipes et sur les résultats obtenus par le patient ainsi que des études sur les compétences liées aux soins en collaboration. |
| | **5.0 L'agrément** |
| | 5.1 Les organismes d'agrément des institutions de services de santé intègrent des normes factuelles et des critères permettant d'évaluer l'efficacité des équipes de travail. |
| | **6.0 La formation** |
| | 6.1 Les formateurs et les institutions d'enseignement valorisent, favorisent et façonnent des modèles de travail orientés sur la culture du professionnalisme et de l'efficacité du travail d'équipe en :<br>■ désignant et en instaurant le leadership nécessaire et le rôle d'un champion responsable de la mise en place des infrastructures pour soutenir les programmes axés sur le travail d'équipe;<br>■ utilisant un ensemble de stratégies d'enseignement et d'apprentissage permettant d'acquérir les connaissances sur l'efficacité des équipes et du travail d'équipe. Les stratégies d'apprentissage peuvent notamment comprendre les éléments suivants :<br>• des études de cas présentant des situations réelles de travail d'équipe et des scénarios, de plus en plus complexes, au cours du programme de formation;<br>• des cours optionnels qui traitent des équipes et du fonctionnement d'une équipe de travail;<br>• des cours optionnels qui traitent de la résolution de conflits<br>• des objectifs d'apprentissage qui traitent du domaine des relations sociales. |
| | 6.2 Les formateurs en soins infirmiers sélectionnent les stages cliniques qui font la promotion et qui démontrent l'efficacité du travail d'équipe en :<br>■ s'assurant que les étudiantes acquièrent les connaissances nécessaires concernant les rôles et les responsabilités du personnel infirmier et des autres fournisseurs de soins du système de santé;<br>■ créant des stages novateurs qui soutiennent les divers groupes de pratique, à la fois parmi les équipes de soins infirmiers et les équipes multidisciplinaires.[G] |
| | **7.0 Professionnels des soins infirmiers et réglementation** |
| | 7.1 Les organismes de réglementation provinciaux et fédéraux en matière de soins infirmiers travaillent ensemble afin d'aider leurs membres respectifs à être mieux informés au sujet de leurs rôles et de ceux de leurs collègues du système de santé en :<br>■ discutant des rôles et des responsabilités associés à la formation, aux compétences et aux connaissances;<br>■ partageant et en tenant des consultations sur le développement de documents de réglementation. |
| | 7.2 Les cadres de pratiques des diverses professions infirmières réglementées sont révisés régulièrement afin de tenir compte des modifications réglementaires des professionnels de la santé |
| | 7.3 Les associations professionnelles et les organismes de réglementation travaillent avec les formateurs, les praticiens, les syndicats et les décideurs afin de clarifier les rôles du personnel infirmier au sein des équipes multidisciplinaires en :<br>■ examinant les similitudes et les différences dans le contenu des divers programmes de formation professionnelle en sciences infirmières;<br>■ discutant avec les autres professionnels de la santé des similitudes et des différences dans les rôles et la formation académique des autres professionnels;<br>■ travaillant à créer un langage commun entre les diverses disciplines. |

# Références et types de données probantes sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

## Références des données probantes présentées

Les recherches pour trouver des données probantes ont révélé la présence d'études qualitatives, descriptives, expérimentales et quasi-expérimentales. Les sources documentaires de ces données comprennent :

- une révision systématique des écrits sur le travail d'équipe, effectuée par le Joanna Briggs Institute of Australia (consultez l'annexe C)
- des sources supplémentaires provenant des membres du panel d'experts.

### Évaluation des données probantes présentées

La pratique actuelle dans le domaine de la préparation de documents de lignes directrices sur les pratiques exemplaires consiste à évaluer la solidité des preuves présentées.[38] Les systèmes reconnus de classement des preuves permettent d'identifier des études systématiques sur les essais cliniques aléatoires pouvant être utilisés comme exemple idéal pour les preuves qui selon d'autres méthodes d'examen ont un classement inférieur.[39]

Cependant, toutes les questions d'intérêt ne peuvent être évaluées à l'aide des méthodes d'essais cliniques aléatoires, particulièrement dans les cas où les sujets ne peuvent être choisis au hasard ou lorsque les variables concernées existent déjà ou qu'elles sont difficiles à isoler. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'études sur les comportements des personnes et des organisations où les études contrôlées sont difficiles à concevoir en raison des changements constants de structures et de processus organisationnels. En outre, puisque les professionnels de la santé ne sont pas seulement concernés par les relations de causes à effets et qu'ils reconnaissent qu'un large éventail d'approches peut être utilisé pour générer les connaissances nécessaires à la pratique, les niveaux de preuves traditionnellement utilisés dans le modèle de soins en collaboration de Cochrane[40] et le Scottish Intercollegiate Guidelines Network ont été adaptés pour déterminer le type de preuves utilisé dans ce document de lignes directrices.[41]

### Système d'évaluation des données probantes présentées

| Types de données | Description |
|---|---|
| A | Donnée probante trouvée dans une étude contrôlée ou une méta-analyse[G] |
| A1 | Révision systématique[G] |
| B | Donnée probante trouvée dans une étude corrélationnelle descriptive[G] |
| C | Donnée probante trouvée dans une recherche qualitative[G] |
| D | Donnée probante trouvée dans un document présentant l'opinion d'un expert[G] |
| D1 | Résumés intégratifs[G] |
| D2 | Résumés critiques[G] |

# Recommandations individuelles et d'équipe

Les recommandations suivantes sont organisées à l'aide d'un cadre pour les milieux de travail sains et elles tiennent compte des éléments professionnels, culturels, sociaux, psychologiques cognitifs, structurels et physiques du travail d'équipe qui doit être entrepris au niveau individuel et par les équipes afin de prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Les critères individuels et les critères d'équipe définis pour les divers composants comprennent ce qui suit :

## Les composants de la politique structurelle et matérielle

- les demandes liées au travail - il s'agit des efforts physiques et des exigences du travail telles que le changement d'horaire et de quart de travail;
- la conception du travail - il s'agit de l'interdépendance entre les tâches, la clarté du rôle et les politiques du service qui jouent un rôle sur le cadre de pratique et sur l'autonomie;
- les caractéristiques du travail - cela concerne la charge de travail et les caractéristiques des personnes auprès desquelles le travail de l'équipe de soins infirmiers est nécessaire. La complexité des besoins des patients et la gravité de leur état de santé peuvent avoir une influence sur le nombre de fournisseurs de soins de santé participant aux plans de traitement et sur la fréquence des interactions entre les équipes;
- la composition des équipes - c'est-à-dire l'expérience de travail collective et la préparation académique.

## Les composants culturels, psychosociaux et cognitifs

Il s'agit des exigences de travail qui requièrent des habiletés sociales, psychologiques et cognitives et des efforts dans les relations d'équipe, soit les modèles de communication d'équipe, les processus décisionnels, la résolution de conflits et le mentorat de l'équipe de travail.

- la clarté du rôle;
- la tension due au rôle;
- les demandes émotionnelles;
- la sécurité d'emploi;
- la complexité des soins cliniques;
- les connaissances cliniques, les habiletés d'adaptation et de communication.

## Les composants professionnels

- l'expérience, les habiletés et les connaissances;
- les qualités personnelles;
- les habiletés de travail en équipe;
- les facteurs de motivation.

## 1.0 Recommandations individuelles et d'équipe concernant les soins infirmiers en collaboration

**1.1** Les infirmières élargissent leurs connaissances sur les valeurs et les comportements qui permettent d'appuyer le travail d'équipe et les effets de ce travail sur les résultats pour le patient. À ce titre, les infirmières effectuent le travail suivant :

- elles se renseignent sur les caractéristiques des équipes de soutien;
- elles expriment clairement leurs croyances envers le travail d'équipe;
- elles font preuve d'une volonté de collaboration à travailler efficacement avec les autres.

### Discussion sur les données probantes[a]

Les personnes, avant d'être en mesure de fonctionner efficacement comme membre d'une équipe de travail, doivent tout d'abord être confiantes par rapport à leur rôle professionnel.[42] Les infirmières doivent comprendre que le travail d'équipe consiste à savoir comment elles peuvent trouver leur place dans l'équipe et quel est le cadre de pratique avant de pouvoir participer pleinement à l'offre de soins en collaboration.[43]

Les études démontrent que l'un des principaux éléments d'une meilleure collaboration est la capacité personnelle des membres de l'équipe de faire preuve de bonne volonté afin de travailler avec les autres.[42]

**Caractéristiques du travail d'équipe**

- le respect mutuel
- le partage de la planification
- la communication ouverte
- la coopération
- le partage de l'expertise
- la participation au processus décisionnel
- les objectifs communs
- la coordination

**1.2** Les infirmières contribuent à une culture institutionnelle qui appuie l'efficacité du travail en équipe:

- en acceptant la responsabilité de leurs actions, en faisant preuve d'enthousiasme, en étant motivées et en s'engageant envers les autres membres de l'équipe;
- en participant activement et de manière constructive au travail de l'équipe de soins infirmiers;
- en comprenant leurs propres rôles et leurs responsabilités, en recherchant des informations et en améliorant leur compréhension des rôles et du cadre de pratique;
- en étant responsables de la manière dont elles communiquent et en faisant preuve de respect lors des communications avec les autres membres de l'équipe;
- en étant proactives dans leurs recherches d'informations sur leur travail et sur leur milieu de travail;
- en recherchant les possibilités et en assumant la responsabilité de communiquer leurs points de vue lors des rencontres de travail interprofessionnelles, y compris lors des rencontres formelles et informelles.

### Discussion sur les données probantes[b]

La révision systématique des écrits effectuée par le Joanna Briggs Institute[45] permet de conclure que l'enthousiasme individuel et une culture institutionnelle favorable sont des éléments qui favorisent le travail d'équipe. Le fait d'accepter la responsabilité, d'être motivée à travailler au sein d'une équipe de travail, l'engagement et l'enthousiasme sont aussi des éléments essentiels à la création d'équipe de travail efficace et cohésive, et à l'amélioration des soins en collaboration.[46, 47, 48]

---

a Type de données probantes
Les données appuyant cette recommandation font partie de la catégorie A.

b Type de données probantes
Les données appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C, D et D1.

La communication est un élément primordial de la collaboration au sein des équipes de soins de santé. Individuellement, les membres de l'équipe doivent comprendre et être en mesure d'exprimer clairement comment leur travail contribue aux résultats et à l'atteinte des objectifs de l'équipe. Par ailleurs, l'amélioration des autres éléments de la collaboration, comme le respect mutuel, le partage et la confiance, est directement liée à l'approfondissement des connaissances des rôles des autres partenaires professionnels.[42]

**Communication au sein de l'équipe**

- l'écoute active
- le caractère d'actualité
- l'ouverture
- le partage
- le respect
- la confiance

Les écrits font aussi ressortir le fait que le soutien des autres membres de l'équipe permet d'accroître la satisfaction au travail et de réduire le stress lié à l'emploi.[49, 50, 51] L'Association of Colleges of Nursing[9] approuve les caractéristiques de la collaboration qui ont été définies par Arcangelo et al.[52] et qui comprennent la confiance, les connaissances, le respect mutuel, les bonnes communications, la coopération, la coordination, le partage des responsabilités et l'optimisme. L'une des exigences fondamentales liées à l'épanouissement de l'équipe, qui soutient le respect mutuel et les soins en collaboration efficaces, concerne notamment l'importance, pour les membres de l'équipe, de bien connaître non seulement leur propre rôle, mais aussi celui des autres membres de l'équipe.[43]

Les institutions d'enseignement doivent aussi s'assurer que les connaissances liées aux divers rôles professionnels soient transmises, et ce, afin de promouvoir les relations interprofessionnelles qui nécessitent que les professionnels interagissent continuellement entre eux et qu'ils partagent leurs connaissances en vue de résoudre les problèmes de soins de santé.[53] Oandasan et Reeves[54] mentionnent que les personnes qui participent à l'enseignement interprofessionnel doivent réfléchir sur leur propre compréhension « des relations interprofessionnelles, du travail d'équipe et de la collaboration ». (voir p. 23)

Les infirmières possèdent un ensemble de connaissances et une vision du monde unique. À ce titre, le point de vue des infirmières doit être représenté à tous les niveaux de l'organisation. L'équipe joue un rôle important dans l'identification des possibilités en vue d'obtenir des renseignements. Elle peut aussi influencer les décisions afin de s'assurer que l'on tienne compte du point de vue des infirmières.[1]

**1.3** Les infirmières mettent en place des processus de collaboration au sein de l'équipe, particulièrement dans les situations où la complexité des soins offerts au patient est accrue, et ce, afin d'améliorer les résultats pour le patient.

## Discussion sur les données probantes[c]

Les soins aux patients sont de plus en plus complexes. Afin d'améliorer les résultats, il est important d'accroître la contribution de chacun des membres de l'équipe.[55-56] Les professionnels doivent plutôt se concentrer pour travailler avec les autres professionnels de l'équipe et d'une manière complémentaire plutôt que d'être en compétition avec eux.

La compréhension du processus décisionnel et des responsabilités de chacun est particulièrement importante dans les situations complexes et graves. Les membres de l'équipe doivent avoir une bonne compréhension de leur rôle et des rôles des autres professionnels au sein du milieu de pratique.[56]

c Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie de la catégorie A1, C et D.

### Caractéristiques de la collaboration[58]

- les efforts de coopération;
- les efforts de participation;
- la participation au processus de planification et de prise de décision;
- la reconnaissance et la transmission des compétences;
- les relations interpersonnelles non hiérarchisées et mutuellement respectueuses.

### Principales caractéristiques de la collaboration[59]

- la contribution active et dynamique de chacune des parties concernées;
- la réceptivité et le respect de la contribution de l'autre partie;
- les processus de négociation qui tiennent compte des éléments de la contribution des deux parties en vue de créer une nouvelle manière de conceptualiser le problème.

> *« La collaboration est le processus qui permet de travailler ensemble afin d'établir un consensus sur les buts communs, sur les approches ainsi que sur les résultats attendus. Elle requiert une bonne compréhension des rôles de chacun, un respect mutuel entre les participants, un engagement à atteindre les buts communs, le partage de la prise de décisions, des relations où les communications sont efficaces et l'obligation de rendre des comptes. »*
>
> *Graham, J. G. & Barter, K.*[57]

| 1.4 | Les équipes de soins infirmiers établissent des processus et des structures qui favorisent la collaboration et le travail d'équipe et qui conduisent à la création de milieux de travail sains et à l'obtention de résultats de qualité pour le patient en : |
|---|---|

- établissant des processus de résolution de conflits et de résolution de problèmes;
- établissant des processus pour l'amélioration, l'atteinte et l'évaluation du rendement de l'équipe, des buts communs et des résultats;
- créant des systèmes et des processus qui permettent de reconnaître le travail effectué et d'attribuer des récompenses;
- en mettant en valeur les ressources qui permettent de résoudre les problèmes et d'améliorer la qualité des soins offerts;
- en participant à la création et à la mise en œuvre de directives qui soutiennent l'amélioration de la collaboration au niveau fonctionnel et institutionnel;
- incorporant des pratiques de travail non hiérarchisées et démocratiques qui permettent de faire ressortir toutes les contributions des divers membres de l'équipe;
- incorporant des processus qui soutiennent la continuité des soins auprès des patients afin d'améliorer la satisfaction et la confiance en soi du personnel ainsi que la satisfaction du patient;
- créant et en mettant en œuvre des processus qui permettent de mieux comprendre le caractère unique et les aspects communs des rôles de chaque membre de l'équipe;
- en s'assurant que la composition de l'équipe est adéquate et qu'elle permet d'atteindre les buts établis tout en répondant aux besoins des patients;
- établissant des processus décisionnels permettant de mieux réagir à diverses situations telles que :
  - les urgences;
  - les activités quotidiennes;
  - la planification à long terme;
  - les politiques de développement;
  - la planification des soins.

## Discussion sur les données probantes[d]

L'établissement de processus, qui favorisent la participation du personnel lors de la création de politiques, rend le travail d'équipe plus facile au niveau fonctionnel.[60] Les conclusions présentées dans les écrits consultés suggèrent que les interactions entre les membres de l'équipe, la collaboration, la communication et la coordination ont un effet important sur la vie au travail des infirmières et que cela affecte la qualité des soins et des résultats pour le patient.[34] Kalisch et Begeny indiquent qu'il existe quelques articles isolés qui, lorsqu'ils abordent la question de la formation d'équipe efficaces, traitent de l'importance de récompenser le travail d'équipe, d'avoir des buts clairs et de les atteindre, de former des liens entre les membres de l'équipe et de mettre en place un bon système de communication.[44]

Les conflits au sein d'une équipe peuvent avoir des conséquences négatives sur l'efficacité de la collaboration et du travail d'équipe.[45] Cox précise aussi que les conflits interpersonnels ont des conséquences négatives directes sur les relations entre les groupes et la satisfaction au travail.[61,62]

Les équipes de soins infirmiers ont besoin d'acquérir des connaissances liées à la gestion des conflits et de s'assurer que les processus sont mis en œuvre pour gérer les conflits.

d Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C et D.

Les processus décisionnels doivent être élaborés de manière à pouvoir être appliqués à diverses situations.[60] Par exemple, si le fait d'inciter les employés à fournir des commentaires et à s'entendre pour obtenir un consensus est probablement la meilleure façon de procéder pour les activités de planification à long terme, ce type de fonctionnement n'est pas nécessairement la meilleure méthode pour les situations d'urgence où il est important d'agir rapidement. La révision systématique effectuée par le Joanna Briggs Institute a aussi relevé le besoin de pouvoir compter sur des processus décisionnels dans diverses situations.[45]

L'une des caractéristiques principales d'une équipe efficace est l'établissement d'un ensemble d'objectifs communs.[63] Un processus qui permet d'établir un ensemble d'objectifs commun et d'évaluer les besoins afin de promouvoir la collaboration et de s'assurer que les membres de l'équipe ont la chance de participer entièrement à un processus démocratique et non hiérarchisé visant à établir des objectifs communs.[45] Lorsque les équipes de soins infirmiers participent à la formulation des politiques, le sentiment d'appartenance envers le processus est plus fort.[45] Le processus d'établissement des politiques, qui demande d'établir des objectifs communs, favorise la collaboration et le travail d'équipe.[60]

Les écrits font ressortir le besoin de prévoir des résultats spécifiques afin d'évaluer les conséquences du travail de l'équipe de soins infirmiers sur la qualité des soins offerts au patient.[45] La satisfaction du patient et du personnel ainsi que les listes d'attentes sont des méthodes utilisées couramment.[47,64,65,66] Afin de favoriser la création de milieux de travail sains, il est essentiel que les effets du travail d'équipe sur la qualité de vie au travail soient évalués systématiquement pour permettre d'établir des comparaisons entre les programmes et les organisations.[45]

Oandasan et Reeves déclarent que les questions de pouvoir et de hiérarchie doivent être définies lors de la création des processus d'équipe. Les pratiques de travail qui permettent à tous les membres de l'équipe d'émettre leur avis ou de présenter des commentaires lors de l'établissement des objectifs de l'équipe et des priorités doivent être mises en œuvre. Contrairement aux structures basées sur la collaboration, les structures hiérarchisées entravent le travail d'équipe.[46, 60] Ce besoin pour des structures non hiérarchisées a aussi été signalé par le Joanna Briggs Institute lors de la révision systématique des données probantes sur le travail d'équipe contenues dans les écrits.[45]

Les modèles de pratiques différentielles, qui fixent les degrés de formation, les habiletés cliniques attendues ou les compétences et les descriptions de tâches, favorisent une meilleure satisfaction au travail, une réduction des coûts de main-d'œuvre, une meilleure rétention du personnel infirmier et la sécurité des patients.[55] Toutefois, les organisations qui choisissent de modifier leurs structures décisionnelles en passant d'une structure traditionnelle vers une structure horizontale, facilitent et améliorent la collaboration.[42]

Le transfert régulier et approprié des habiletés et des connaissances est un élément important pour la continuité des soins. Cela comprend le transfert, au patient, des connaissances appropriées, les soins requis et le milieu.[67] La communication, le recrutement et la mise en œuvre de plan de traitements sont des exemples de processus qui soutiennent la continuité des soins et qui favorisent les soins en collaboration.[34, 67] La continuité des soins a des effets positifs sur la satisfaction du personnel et elle améliore la qualité de vie au travail.[68] Le Joanna Briggs Institute conclut en affirmant que les équipes de soins infirmiers qui favorisent la continuité des soins auprès des patients obtiennent de plus hauts taux de satisfaction que les autres et elles trouvent leur emploi plus gratifiant.[45]

Les membres de l'équipe doivent reconnaître et respecter les rôles et l'expertise des autres membres de cette équipe, et ils doivent aussi intégrer leurs commentaires dans les plans de traitements.[54] Lorsque les rôles sont clairement définis pour les membres de l'équipe, cela améliore la collaboration tout en réduisant et en facilitant la délégation du travail.[42] Il a aussi été fait mention qu'il existe des recoupements de tâches, en raison d'un certain effacement des rôles, qui peuvent faciliter la coordination du travail.[69] Preuss a découvert que le recoupement des rôles dans les services de soins infirmiers est associé à des renseignements de meilleure qualité et à une réduction des erreurs de médication.[70] Bien que cela semble être des données contradictoires, les équipes de travail peuvent évaluer à la fois la valeur de la clarté des rôles et celle du recoupement dans un contexte de travail d'équipe.

Les personnes atteintes de troubles de santé chroniques, qui occasionnent des incapacités cognitives, en santé mentale ou des incapacités physiques significatives, les personnes en phase terminale, les personnes très âgées, les personnes dont le traitement curatif est complexe et les personnes dont l'aidant naturel (soutien familial) vit de grandes tensions ont toutes particulièrement besoin de la continuité des soins.[67] Afin d'être en mesure d'offrir la complexité des soins dont les patients ont besoin, les équipes doivent se pencher sur la composition de l'équipe et s'assurer que cette dernière possède les connaissances et les habiletés nécessaires pour offrir les soins de qualité requis. Si, à la suite de cette réflexion, ils s'aperçoivent qu'ils ont besoin d'expertise supplémentaire, les membres de l'équipe doivent alors, soit parfaire leurs connaissances ou leurs habiletés, soit solliciter l'aide et les conseils d'autres professionnels qui possèdent les habiletés et les connaissances en question.

**1.5** Les équipes de soins infirmiers comprennent comment leurs buts peuvent avoir des effets sur les buts des autres équipes ou être complémentaires à ceux des autres équipes ou à ceux de l'organisation afin d'offrir des soins de qualité au patient :

### Discussion sur les données probantes[e]

Les structures de soins en collaboration améliorent les services offerts au patient.[45] Afin de travailler en collaboration avec les autres équipes de soins infirmiers, les équipes doivent savoir quels peuvent être les effets de leurs buts et de leurs processus de travail sur le travail des personnes et des autres équipes. Le fait de prendre part activement à l'élaboration des buts peut permettre de prévenir les dédoublements d'efforts et la confusion auprès des patients, des membres des équipes interprofessionnelles et des autres partenaires. Les équipes doivent établir leurs propres buts.[45] La collaboration sera plus grande si les équipes déterminent elles-mêmes leurs buts, leurs objectifs, leurs plans de traitement et leurs processus décisionnels. Cependant, les équipes doivent tenir compte du fait que leurs décisions peuvent avoir des effets sur le travail d'autres groupes de professionnels et elles doivent ainsi travailler en collaboration avec les autres équipes pour s'assurer d'obtenir des résultats positifs.[46]

**1.6** Les équipes de soins infirmiers établissent des processus qui favorisent l'ouverture d'esprit, l'honnêteté et la transparence des réseaux de communication en :

- établissant des processus qui font en sorte que le personnel à temps complet, à temps partiel ou qui travaille sur une base occasionnelle puisse rechercher et obtenir des renseignements efficaces à tous les quarts de travail;
- établissant des processus qui permettent de documenter efficacement les communications orales, écrites et électroniques;
- développant des habiletés d'écoute active.

e Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1 et C.

## Discussion sur les données probantes[f]

La communication est un aspect important du travail d'équipe. Les données probantes font ressortir que les équipes ont besoin de pouvoir compter sur des processus qui soutiennent le processus de communication en tout temps afin d'améliorer les résultats pour le patient.[46, 48, 60, 71] La synthèse effectuée par le Joanna Briggs Institute permet de conclure que la communication est un élément essentiel du travail d'équipe efficace et que le travail d'équipe peut être amélioré grâce à la mise en œuvre de processus de communication clairs.[45] Les données probantes font aussi ressortir le fait que lorsque les processus de communication sont améliorés, cela favorise une meilleure collaboration et un meilleur travail d'équipe.[45, 54, 55]

Les infirmières travaillent sur des quarts de travail différents. Par conséquent, la question des communications liée aux soins infirmiers est plus complexe que pour la plupart des autres professionnels et cela présente un défi particulier. [60] La révision systématique des écrits effectuée par le Joanna Briggs Institute signale que la communication est essentielle pour le travailleur à temps partiel et que des processus spécifiques pour les communications orales, écrites et électroniques doivent être mis en œuvre afin de faciliter la communication pendant toute la durée de l'offre de soins de santé, facilitant ainsi le travail de l'équipe. [45] Parmi les exemples de processus qui améliorent les communications, et par conséquent, le travail de l'équipe, on trouve les livres de messages, les communications par courriel, la documentation efficace et appropriée sur les progrès réalisés.[60]

On doit éviter les situations où les communications sont principalement centrées sur la transmission orale des renseignements, et ce, en vue de réduire les interprétations fautives du message.[60] Les réseaux où les communications sont ouvertes, notamment les rencontres de groupe régulières, favorisent le travail d'équipe.[45] S'il n'y a pas de processus de communication permettant la transmission, en temps opportun des renseignements appropriés, les soins en collaboration ne peuvent exister. Il est crucial que les communications au sein de l'équipe soient claires et ouvertes afin d'assurer des soins de santé de qualité.[60] L'écoute active est un élément essentiel de la formation en soins infirmiers et en pratique clinique. Le besoin d'écouter, pour ensuite fournir des renseignements et reconnaître les rôles et l'expertise des autres, y compris ceux des patients, améliore la communication.

f Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1 et C

# Recommandations organisationnelles

Les recommandations suivantes sont organisées en utilisant le cadre pour des milieux de travail sains et elles tiennent compte des aspects physiques, structurels, cognitifs, psychologiques, sociaux, culturels et professionnels du travail d'équipe qui doit être examiné au niveau organisationnel afin de garantir les meilleures pratiques. Les critères organisationnels déterminés selon les divers composants comprennent notamment :

### Les composants de la politique structurelle et matérielle

- les caractéristiques physiques et celles du milieu institutionnel, y compris les équipements fonctionnels.
- les structures organisationnelles et les processus établis afin de répondre aux demandes de travail physique, par exemple l'étendue des responsabilités attribuables aux gestionnaires et les processus décisionnels;
- le soutien en matière de leadership;
- les pratiques de recrutement des effectifs, les horaires souples et la possibilité d'établir son propre horaire de travail;
- les politiques liées à la santé et à la sécurité de la profession;
- les mesures incitatives et les récompenses qui permettent de favoriser et de promouvoir la pratique des soins en collaboration.

### Les composants culturels, psychosociaux et cognitifs

- le climat de travail, la culture et les valeurs organisationnelles;
- les normes culturelles, tout particulièrement celles qui favorisent la confiance et le respect;
- la hiérarchie au sein de l'organisation et la manière dont elle influence la dynamique des rapports de pouvoir;
- la stabilité organisationnelle;
- les manières de communiquer;
- les relations de travail et la gestion des relations;
- une culture organisationnelle centrée sur la formation et le soutien continus.

### Les composants professionnels

- les caractéristiques liées à la nature et au rôle des soins infirmiers au sein de l'organisation, y compris les politiques organisationnelles qui ont une influence sur le cadre de pratique, le degré d'autonomie et le contrôle de la pratique clinique et les relations intraprofessionnelles et interprofessionnelles au sein de l'organisation;

## 2.0 Les recommandations de l'organisation sur la pratique des soins en collaboration :

| | |
|---|---|
| 2.1 | Les organisations mettent en œuvre des stratégies spécifiques qui favorisent et permettent le travail d'équipe efficace. Celles-ci comprennent notamment l'offre des éléments suivants: |

- des espaces physiques ou des technologies qui permettent aux personnes de rester en contact;
- du soutien administratif;
- des activités d'orientation et le financement des activités de formation continue;
- des possibilités de compensation afin de favoriser la participation;
- des activités de reconnaissance et de récompenses;
- la possibilité de participer aux processus décisionnels liés à la création et à la mise en œuvre des politiques;
- des processus d'évaluation centrés sur les effets du travail des équipes de soins infirmiers sur les patients, sur les infirmières et sur l'organisation ainsi que la création de mesures de résultats spécifiques.

### Discussion sur les données probantes[g]

Le travail d'équipe doit être soutenu par des structures organisationnelles qui font en sorte que les infirmières peuvent participer pleinement et qui reconnaissent la valeur de l'organisation envers les soins en collaboration et le travail d'équipe. La reconnaissance du fonctionnement de l'équipe dans les processus d'amélioration du rendement est un facteur crucial du travail d'équipe au niveau fonctionnel.[42, 58] Cela assure ainsi que les équipes ont la chance de se rencontrer dans un endroit approprié et accessible, qu'elles sont rémunérées pour ces rencontres et qu'elles reçoivent les fonds nécessaires pour financer les activités de formation continue dans des programmes liés au fonctionnement des équipes de travail.

Une description des critères organisationnels qui influencent la création des relations interprofessionnelles se trouve dans le modèle de pratique interprofessionnelle de D'Amour et Oandasan.[43] Ces critères comprennent la mise en valeur de l'interprofessionnalisme, l'offre des ressources financières et humaines, l'élaboration de processus administratifs de soutien et les mesures d'encouragement financier. San Martin-Rodriguez et al. mentionnent que les éléments tels que la structure organisationnelle, la philosophie institutionnelle, le soutien administratif, les ressources de l'équipe, la communication et les mécanismes de coordination ont des effets significatifs sur la création d'un environnement organisationnel favorable à la collaboration professionnelle.[42]

Les compétences individuelles à elles-seules ne permettent pas d'améliorer les résultats dans le domaine des soins en collaboration. Il est essentiel de tenir compte des divers systèmes à petite, moyenne et grande échelles. Parmi la liste non exhaustive des éléments concernés, on trouve l'amélioration des compétences, la création de milieux de travail sains et les possibilités de formation interprofessionnelle.[43] L'utilisation des mesures d'encouragement financier et de récompenses, intégrées dans les processus de perfectionnement professionnel liés au travail d'équipe, ont plus de chance de promouvoir le travail d'équipe au niveau individuel si le résultat visé par les gestionnaires est l'amélioration de la satisfaction du patient et du personnel.[44]

L'organisation doit faire en sorte d'établir des mesures des résultats valables et cohérents, et de les utiliser pour évaluer les effets du travail d'équipe sur les soins offerts aux patients et sur la qualité de vie au travail.[45] On utilise fréquemment les mesures des résultats concernant la satisfaction des patients, du personnel et les listes d'attentes.[47, 64, 65, 66] Afin de favoriser l'établissement de milieux de travail sains, il est important d'évaluer les effets du travail d'équipe sur la qualité de vie au travail.

## 2.2 Les organisations assurent la mise en œuvre d'une culture qui soutient le travail d'équipe efficace et qui entraîne le soutien administratif en :

- s'assurant que les membres de l'équipe participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques du service pour lequel ils travaillent;
- soutenant la mise en œuvre d'une culture organisationnelle où l'on encourage le personnel à prendre part au processus décisionnel;
- élaborant des politiques claires et cohérentes sur les responsabilités associées au rôle;
- exploitant les valeurs, les structures et les processus qui favorisent les relations de collaboration intra et interprofessionnelles;
- s'assurant que les équipes de travail disposent des ressources nécessaires pour équilibrer l'offre de soins, le perfectionnement professionnel et l'évaluation;
- endossant un modèle de pratique professionnelle qui soutient l'imputabilité liée à la pratique, l'autonomie et l'autorité décisionnelle touchant au milieu de travail et à l'offre de soins;
- incorporant les objectifs comportementaux dans le perfectionnement du rendement et les processus de gestion liés à l'efficacité du travail d'équipe.

g Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C et D.

## Discussion sur les données probantes[h]

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie et reconnaît le besoin des infirmières d'être activement encouragées à prendre part au processus de décision.[1] La participation des membres de l'équipe de soins infirmiers à l'élaboration des politiques du service au sein duquel elles travaillent est une caractéristique importante de l'environnement de pratique professionnelle.[55] Les infirmières connaissent bien ce travail au niveau fonctionnel et elles ont besoin de recevoir de la rétroaction lors des activités de perfectionnement et de participer pleinement à la mise en œuvre des processus choisis. Le fait de participer à ces processus de soutien améliore l'imputabilité et l'engagement de l'équipe et du service.[45]

L'ambiguïté est un élément qui se présente souvent dans les emplois en soins infirmiers. Les rôles et les responsabilités semblent parfois changer selon les milieux, les quarts de travail ou la population de patients qui requièrent des soins. Ainsi, l'élaboration de politiques claires et cohérentes aidera à clarifier le rôle individuel des infirmières et à clarifier celui des membres d'une équipe interdisciplinaire.[42,45] Cependant, les politiques doivent faire ressortir l'importance de la flexibilité du poste et l'effet positif que cela occasionne sur les membres des équipes de soins en collaboration.[69]

Les interactions entre les professionnels et les gestionnaires favorisent la création d'un milieu qui soutient l'interprofessionalisme.[43] Parmi les preuves de soutien pour ce type de milieu, on trouve notamment l'identification et l'instauration de valeurs, de structures et de processus qui soutiennent, récompensent et favorisent le travail d'équipe.[45]

Les conclusions de la révision systématique effectuée par le Joanna Briggs Institute[45] font état du besoin d'établir un équilibre entre l'élaboration de pratiques et l'offre de soins de qualité élevée.[46] Les demandes de soins et l'offre de soins peuvent parfois être écrasantes. Toutefois, il est important de prendre le temps d'acquérir de nouvelles habiletés en s'appuyant sur les éléments probants afin de s'assurer que la qualité des soins pourra continuellement être améliorée. Les modèles de pratique professionnelle doivent être conçus et appuyés par l'organisation. L'utilisation de modèles clairs permet d'améliorer la communication, car elle permet d'utiliser un langage commun et d'établir des normes de pratiques communes et réalisables. Les modèles peuvent alors être utilisés pour mesurer le rendement, promouvoir la continuité des soins entre les divers professionnels de la santé et améliorer la communication relative aux soins au patient au sein de l'équipe.[57]

h Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, C et D.

### Tableau 2.2 - Compétences pour le travail d'équipe et comportements définis

Ce tableau présente un modèle expliquant comment, au niveau organisationnel, le processus de perfectionnement du rendement incorpore les objectifs comportementaux liés aux compétences pour le travail d'équipe.

| Compétences | Entièrement performant | Excellent | Exceptionnel |
|---|---|---|---|
| TRAVAIL D'ÉQUIPE<br>Travailler en collaboration avec les autres membres de l'équipe afin d'atteindre les objectifs et les buts communs<br>■ collaboration<br>■ relations interpersonnelles et partenariats | • Fait preuve d'ouverture et de bonne volonté dans la transmission des renseignements appropriés aux patients, aux familles et aux autres personnes<br>• Aide à résoudre les problèmes de l'équipe et gère les conflits d'une manière positive<br>• Prend ses responsabilités pour atteindre des buts individuels tout en comprenant les effets que cela peut avoir sur les patients, les familles et les autres personnes<br>• Comprend l'importance d'atteindre les buts de l'équipe et contribue à fournir et à mettre en œuvre des solutions pour y parvenir<br>• Possède un esprit d'équipe coopératif et contribue d'une manière positive et favorable à l'environnement de travail<br>• Appuie les décisions de l'équipe et possède la confiance des autres<br>• Prend des mesures pour assurer la sécurité des patients dans son travail ou lors du travail en équipe<br>• Prend des initiatives et offre son aide aux collègues et aux membres de l'équipe de travail | • Assume un rôle de leader au sein de l'équipe et aide les autres à se fixer des buts<br>• Prépare des rapports, fait toujours preuve de respect en émettant des commentaires<br>• Encourage et initie le travail d'équipe<br>• Fait participer le patient, la famille ou les autres personnes dans la conception et la mise en œuvre des plans de services ou de soins<br>• Travaille bien avec les autres, seul ou en tant que membre d'une équipe de travail<br>• Offre des conseils et sert de modèle pour les autres membres de l'équipe<br>• Rend les autres imputables du rendement de l'équipe<br>• Respecte la diversité, valorise l'opinion des autres | • Cherche continuellement à améliorer l'efficacité de l'équipe[G]<br>• Crée une synergie au sein de l'équipe, des services et des alliances entre les institutions<br>• Motive les autres et permet aux membres de l'équipe de se regrouper pour atteindre des résultats de collaboration<br>• Persuade les autres d'agir dans l'intérêt du patient, des familles et des équipes au sein de l'organisation<br>• Résout des problèmes complexes au sein de l'équipe en obtenant un consensus sur des sujets où les intérêts sont divergents<br>• Facilite et encourage l'approche coopérative au sein et en dehors du service<br>• Mesure et contrôle les résultats de l'équipe et facilite les améliorations continues de la qualité |

Source: Teamwork competency and defining behaviours, Mount Sinai Hospital, Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork, 2006.72

## 2.3 Les organisations soutiennent les systèmes et les processus qui favorisent le fonctionnement en équipe et la continuité des soins offerts au patient

### Discussion sur les données probantes[i]

Les données probantes signalent que la continuité des soins a un effet positif sur la satisfaction du personnel et celle du patient.[47] À ce titre, les organisations doivent s'assurer que les mécanismes sont en place pour soutenir l'offre de soins cohérents et sans interruption. Le Joanna Briggs Institute constate un effet positif entre la satisfaction au travail et la continuité des soins. Afin de favoriser les milieux de travail sains, les institutions doivent mettre en œuvre des processus de soutien.[45]

i Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C et D2.

Le travail d'équipe efficace améliore la qualité de vie au travail des infirmières et la qualité des soins offerts au patient.[45] Par contre, les infirmières et les équipes de soins infirmiers ne peuvent être les seules à soutenir le travail d'équipe. L'organisation a la responsabilité de s'assurer que les modèles de pratique professionnelle appuient la pratique des soins en collaboration afin d'éviter la création de barrières au sein de l'équipe et entre les diverses équipes de travail.[45] Dans les écrits consultés, on mentionne que la réussite ou l'échec d'une organisation dépend de l'efficacité des personnes lorsqu'elles travaillent en collaboration.[42]

Les organisations doivent reconnaître que les équipes de soins infirmiers travaillent dans des milieux complexes et où la pression est élevée. À cet égard, les ressources fournies par l'organisation doivent être adéquates afin de s'assurer que la taille et la combinaison des effectifs soutiennent et favorisent le travail d'équipe, l'offre de soins de qualité, le perfectionnement professionnel et l'évaluation. Il est important de prévoir des ressources pour le remplacement des effectifs afin que ceux-ci puissent participer à des activités d'équipe, de perfectionnement professionnel ou d'évaluation, autrement il est peu probable que de telles activités auront lieu sans le financement nécessaire.[1,73]

**2.4** Les organisations formulent et utilisent les résultats pour évaluer l'efficacité du travail des équipes tout en s'assurant d'offrir des soins de qualité en :

- évaluant les effets du travail des équipes sur le patient, les infirmières et l'organisation;
- évaluant systématiquement les équipes de soins infirmiers;
- identifiant les obstacles qui peuvent nuire au processus d'évaluation.

## Discussion sur les données probantes[j]

L'évaluation du personnel doit être effectuée d'une manière systématique et elle doit être appuyée au niveau de l'organisation afin de permettre l'établissement des pratiques exemplaires. L'utilisation d'une approche non systématique donnerait accès à des données qui seraient difficiles à analyser et par conséquent, difficiles à utiliser. L'approche utilisée doit aussi tenir compte de la problématique spécifique à chaque service.[44,45]

Il existe peu d'évaluation formelle liée aux conséquences du travail des équipes de soins infirmiers.[46] Toutefois, les effets du travail d'équipe sur la qualité de l'environnement de travail des infirmières, sur les résultats infirmiers, la qualité des soins offerts au patient et les résultats obtenus ont tous été étudiés.[34] L'utilisation d'une approche d'évaluation cohérente du travail des équipes de soins infirmiers permettra de mieux identifier les pratiques exemplaires dans le domaine des soins en collaboration.

Les organisations se sont principalement concentrées sur les mesures de la satisfaction des patients et sur les listes d'attentes afin d'évaluer l'efficacité du travail d'équipe[G].[46] Il est nécessaire d'identifier, de tenir compte et d'établir d'autres types d'indicateurs des résultats qui pourraient mesurer l'efficacité des équipes de travail. De nombreux facteurs déterminent l'efficacité des équipes de travail, notamment la conception du travail, les processus environnementaux, externes et internes et les caractéristiques psychosociales du groupe.[32]

Les variables structurelles, culturelles basées sur les compétences telles que la collaboration, l'égalité, la prise de décision participative de fond, la cohésion, la diversité, la taille et la composition de l'équipe, les comportements de leader, les types de fonctions au sein de l'équipe ainsi que les systèmes de communication ont tous des effets sur l'efficacité de l'équipe et ils doivent, par conséquent, être évalués.[32,33,34]

---

j Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C et D2.

| 2.5 | Les organisations fournissent l'aide nécessaire aux gestionnaires qui utilisent les pratiques transformationnelles fondées sur le leadership afin de créer des milieux de travail sains. |
|---|---|

## Discussion sur les données probantes[k]

Le document sur les pratiques exemplaires liées à la création et au maintien du leadership a permis d'identifier l'importance du leadership en ce qui a trait à l'établissement d'un plus grand sens de l'appartenance du personnel.[74] Lorsque les membres du personnel se sentent intégrés dans l'équipe, ils utilisent plus aisément les pratiques de soins en collaboration. La promotion des possibilités de leadership en soins infirmiers à tous les échelons de l'organisation est la marque d'un milieu où l'on utilise les pratiques professionnelles en soins infirmiers.[55] Bartram, Joiner et Stanton indiquent que le soutien social des gestionnaires en soins infirmiers réduit le stress et accroît la satisfaction au travail.[49] Les gestionnaires chevronnés reconnaissent l'importance d'un leadership efficace pour améliorer le travail d'équipe en soins infirmiers, la satisfaction au travail et la satisfaction des patients.[74] À cet effet, la mise en œuvre de cette recommandation est cruciale à l'avancement de la collaboration au sein des équipes de soins infirmiers et à la création de milieux de travail sains pour les infirmières.

### Les pratiques de leadership transformationnel qui améliorent la collaboration[74]

- établir des relations et bâtir la confiance;
- créer un milieu de travail stimulant;
- créer une culture organisationnelle qui soutienne à la fois l'acquisition et l'intégration des connaissances;
- diriger et assurer le changement;
- équilibrer les valeurs divergentes et les priorités.

k Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A et D.

# Recommandations externes sur le système

Les recommandations suivantes sont organisées à l'aide d'un cadre pour les milieux de travail sains et elles tiennent compte des éléments professionnels, culturels, sociaux, psychologiques, cognitifs, structurels et physiques du travail d'équipe qui doit être entrepris au niveau individuel et par les équipes afin de prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Voici la liste des composants externes et ceux liés aux systèmes qui ont été définis pour les divers éléments :

### Composants de la politique structurelle et matérielle

- les modèles d'offre de soins de santé;
- le financement;
- la législation comme la réforme du système de santé.

### Composants culturels, psychosociaux et cognitifs

- les attentes du consommateur comme les préférences qui touchent aux changements de soins;
- les changements liés aux rôles de la famille;
- la diversité de la population et des fournisseurs de soins;
- les changements liés aux rôles professionnels.

### Composants professionnels

- les politiques et les réglementations provinciales, territoriales, fédérales et internationales qui ont une influence sur la manière dont les organisations et les personnes se comportent envers la pratique des soins en collaboration et l'interaction entre les équipes;
- les compétences et les cadres de pratique qui ont une influence sur les fonctions des membres de l'équipe;
- les rôles de socialisation intra et interdisciplinaires.

## 3.0 Recommandations gouvernementales :

| | |
|---|---|
| 3.1 | Tous les paliers de gouvernement font en sorte que les ressources financières pour soutenir les équipes de soins infirmiers en collaboration en allouant les fonds pour : |

- les initiatives de formation et d'évaluation d'équipe;
- les initiatives de perfectionnement professionnel en soins infirmiers;
- les activités de soins directs et indirects offerts au patient;
- les stratégies de perfectionnement pour la pratique professionnelle;
- la pratique en collaboration centrée sur le patient;
- les initiatives de formation interprofessionnelle;
- les évaluations de la pratique;
- les technologies pour soutenir l'interaction entre les équipes;
- les activités de recherche.

## Discussion sur les données probantes[I]

Les divers paliers de gouvernement sont de plus en plus conscients que les équipes de soins infirmiers travaillent dans des milieux complexes où la pression est élevée. Le financement doit être accessible afin de s'assurer que les effectifs en place sont en mesure d'appuyer l'offre de soins de qualité, le perfectionnement professionnel et l'évaluation des résultats obtenus relativement à l'offre de services, notamment les soins au patient et la qualité de vie au travail des infirmières. Il est important de prévoir des ressources pour le remplacement des effectifs afin que ceux-ci puissent participer à des activités d'équipe, de perfectionnement professionnel ou d'évaluation, autrement il est peu probable que de telles activités auront lieu sans le financement nécessaire.[1, 73] Les dirigeants du gouvernement doivent appuyer la formation interprofessionnelle, car cela permet d'améliorer la pratique en collaboration centrée sur le patient.[43]

Les écrits recensés présentent les effets positifs du travail d'équipe efficace sur les résultats pour le patient, sur l'efficacité organisationnelle, sur l'offre globale des soins de santé et sur la qualité de la vie au travail pour les infirmières.[44,45] Le gouvernement doit reconnaître ouvertement et soutenir la participation des infirmières au processus d'équipe et la collaboration, en élaborant des structures et des processus qui font la promotion et qui récompensent la pratique des soins en collaboration. La participation des membres de l'équipe de soins infirmiers à l'élaboration des politiques de soins de santé est la marque d'un milieu où l'on utilise les pratiques professionnelles en soins infirmiers.[55] Il est nécessaire de créer, de soutenir et d'avoir recours à des comités consultatifs sur les soins infirmiers aux niveaux provincial, territorial et national.[1]

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers recommande que les comités consultatifs sur les soins infirmiers provinciaux et territoriaux (ou les organismes similaires) déterminent et appuient la mise en œuvre de stratégies de rétention, pour leur main-d'œuvre respective, qui sont orientées sur l'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmières.[1] Les infirmières doivent participer concrètement à tous les niveaux décisionnels qui concernent la pratique des soins infirmiers, la gestion et les politiques qui procurent des avantages à l'employeur et aux soins offerts au patient.[1]

Les gouvernements doivent s'assurer que le financement nécessaire est alloué pour soutenir la participation des infirmières au processus de l'équipe. Parmi la liste non exhaustive des ressources concernées, il y a les niveaux d'effectifs appropriés et le regroupement des effectifs pour la population à desservir, les systèmes de communication appropriés, un milieu de travail physique sain, les ressources appropriées en équipement et matériels, et les coûts de remplacement pour les infirmières qui participent à des activités d'équipe.[1,45]

Purden indique que la formation continue doit être prise en considération dans un contexte interprofessionnel afin de soutenir la promotion de la collaboration.[75] Il est important de fournir les ressources pour élaborer, implanter et évaluer les possibilités de formation en collaboration.[54,55]

Le rapport Romanov appuie cette recommandation. On y trouve aussi une recommandation à l'effet que les gouvernements doivent s'assurer que les processus, liés à la prise de décision en matière d'allocation des ressources, soient plus transparents. Cela permettrait ainsi à ceux qui sont directement concernés par l'utilisation de ces ressources d'être en mesure de comprendre et d'avoir la chance de fournir des commentaires sur les décisions qui ont été prises.[73]

---

I Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A, B, C et D

## 4.0 Recommandations liées à la recherche

| | |
|---|---|
| 4.1 | Les chercheurs travaillent avec les gouvernements, les institutions d'enseignement et de services de santé afin d'effectuer des recherches sur les effets du travail d'équipe sur les infirmières, les équipes de soins infirmiers ainsi que les résultats obtenus par le patient et sur les compétences nécessaires pour la pratique des soins en collaboration. |

### Discussion sur les données probantes[m]

San Martin-Rodriguez et al. signalent le manque de recherches liées aux effets des facteurs systémiques, organisationnels, individuels et d'équipe sur la collaboration interprofessionnelle réussie.[42] Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les recherches dépendent souvent des bourses accordées ou elles concernent des sujets particuliers qui conviennent à la publication dans les revues spécialisées.[76] À cet effet, San Martin-Rodriguez et al. suggèrent d'entreprendre des recherches pour connaître les effets des facteurs et des multiples déterminants mentionnés précédemment sur le travail d'équipe efficace.[42] Faisant suite à cette recommandation, ils ajoutent qu'il est important que les dirigeants au sein de l'organisation comprennent les caractéristiques principales qui permettent la promotion et le soutien de la collaboration.[42] D'Amour et Oandasan précisent qu'il est nécessaire d'effectuer des recherches en vue d'avoir une meilleure compréhension des compétences et des résultats lies à la collaboration.[43] Les données ainsi obtenues pourront ensuite être utilisées pour concevoir des programmes de formation formels et novateurs afin d'étudier les compétences identifiées.

## 5.0 Recommandations liées à l'agrément

| | |
|---|---|
| 5.1 | Les organismes d'agrément des institutions de santé intègrent dans leurs normes de fonctionnement, des normes et des critères fondées sur des données probantes concernant le travail d'équipe efficace. |

### Discussion sur les données probantes[n]

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé Canadian Council on Health Care Accreditation reconnaît qu'il est important que les professionnels puissent travailler en collaboration afin de garantir l'accès à un système de soins de santé intégrés et coordonnés.[77] À ce titre, les processus d'agrément peuvent promouvoir le changement et soutenir l'avancement des soins en collaboration interprofessionnels.[43] La collaboration et l'approche de travail d'équipe ont des effets positifs sur l'offre des soins au patient.[78] Les processus d'agrément permettent d'examiner les processus qui coordonnent les approches de soins en collaboration tels que les registres intégrés des soins au patient, les services intégrés entre les divers services et organisme et l'élaboration de plans de traitement qui précisent les rôles et les responsabilités de l'ensemble des fournisseurs de soins.[77]

En plus des besoins liés à l'agrément des institutions et des programmes de soins de santé, il est important d'établir des normes d'agrément pour reconnaître la formation interprofessionnelle au sein des programmes académiques. Sans ces normes, les responsables des programmes de formation risquent de ne pas reconnaître l'importance d'inclure ce type de formation dans leurs programmes d'enseignement.[76]

---

m Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A et C.

n Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A, B, C et D.

## 6.0 Recommandations liées à la formation professionnelle

| 6.1 | Les formateurs et les institutions d'enseignement valorisent, promeuvent et s'appuient sur une culture du professionnalisme et du fonctionnement efficace de l'équipe en : |
|---|---|

- Identifiant et en implantant un poste de leader et de chef de file (champion) responsable de la mise en œuvre des infrastructures nécessaires pour soutenir les programmes d'enseignement centrés sur le travail d'équipe;
- Utilisant un ensemble de stratégies d'enseignement et d'apprentissage qui offrent la possibilité d'acquérir des connaissances sur les équipes de travail efficaces et sur le travail d'équipe. Voici une liste non exhaustive des possibilités d'acquisition de connaissances liées au travail d'équipe :
  - les études de cas qui présentent des cas d'équipe réels et des scénarios de plus en plus complexes au fil du programme de formation;
  - des cours optionnels qui traitent des équipes et de leur fonctionnement;
  - des cours optionnels qui abordent la question de la résolution des conflits;
  - des objectifs d'apprentissage qui sont axés sur les domaines sociaux et relationnels.

### Discussion sur les données probantes[o]

La formation interprofessionnelle et les interactions entre les professionnels sont des facteurs importants qui permettent de prévenir la formation de barrières qui pourraient avoir des effets négatifs sur la collaboration professionnelle et le travail d'équipe.[79] Forsyth[80] tel que cité par D'eon[81] mentionne que les théories sur l'identité sociale suggèrent que plus les gens s'identifient à leur groupe, moins ils seront tentés de faire preuve d'accommodements envers les autres groupes. Les programmes de formation qui se limitent à un seul groupe peuvent occasionner des stéréotypes et ainsi créer d'importantes barrières à la pratique efficace et respectueuse des soins en collaboration.[76] Les dirigeants et les chefs de file (champions) sont essentiels dans tous les domaines de soins infirmiers, y compris dans le domaine de la promotion de la pratique en collaboration.[74]

Cependant, les infirmières ou les équipes de soins infirmiers ne peuvent soutenir à elles seules les programmes sans le soutien des organisations de santé et celui des institutions d'enseignement.[79,82] Il est important de permettre l'accès aux connaissances liées au poste de dirigeant et de chef de file (champion) qui travaillent à promouvoir la collaboration et le travail d'équipe et il est aussi essentiel que ces futurs dirigeants puissent avoir l'occasion de mettre en pratique les connaissances ainsi acquises. D'eon traite des domaines cognitifs (pensée), psychomoteurs (capacité d'agir), affectifs (émotions), sociaux et relationnels (relations dans un groupe) où les apprentissages peuvent être effectués.[81] Le domaine social et relationnel fournit aux infirmières individuelles la chance d'acquérir des connaissances et des habiletés qui leur permettent de participer au travail de l'équipe. Les infirmières et les étudiantes en soins infirmiers devraient avoir la chance de participer à des séances de formation interprofessionnelle centrées sur l'amélioration de l'offre des soins de santé au patient.[83]

o Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A et B.

| 6.2 | Les formateurs en sciences infirmières choisissent les stages cliniques afin de promouvoir et de démontrer l'efficacité de l'équipe en : |
|---|---|

- s'assurant que les étudiantes puissent obtenir les connaissances exactes des rôles et des responsabilités des infirmières et des autres fournisseurs du système de santé;
- développant des pratiques novatrices qui soutiennent les groupes de pratique au sein des équipes de soins infirmiers et des équipes interprofessionnelles.

## Discussion sur les données probantes[p]

Les infirmières doivent avoir la chance de travailler au sein d'une équipe de soins infirmiers où l'atmosphère de travail est saine. Toutefois, cela peut ne pas toujours être possible. Les formateurs en sciences infirmières devraient, lorsque cela est possible, évaluer le milieu de placement pour les stages cliniques afin de vérifier le degré d'efficacité, la santé de l'équipe et, selon le cas, faire en sorte que les étudiantes ne soient pas exposées à des milieux de travail où les relations de travail sont mauvaises.[53] Il existe un manque de clarté entre les infirmières et les autres professionnels de la santé en ce qui a trait au cadre de pratique et aux rôles individuels et professionnels.[84]

Ce manque de clarté peut occasionner des malentendus au sujet de la contribution potentielle des autres membres de l'équipe en sous-utilisant l'équipe de soins infirmiers et les autres membres de l'équipe de travail.[84]

Le système d'enseignement doit non seulement aider les étudiantes à reconnaître la valeur et les responsabilités de leur profession, mais il doit aussi fournir des renseignements liés à la pluralité professionnelle.[42]

p Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A et B.

## 7.0 Recommandations des professionnels en soins infirmiers et des organismes de réglementation :

| | |
|---|---|
| 7.1 | Les professionnels en soins infirmiers et les organismes de réglementation provinciaux et fédéraux travaillent en collaboration afin d'aider leurs membres respectifs à être mieux informés au sujet de leur propre rôle ainsi que celui de leurs collègues dans le système de santé en : |

- discutant des rôles et des responsabilités associés à leur formation, leurs habiletés et leurs connaissances;
- communiquant et en se consultant sur l'élaboration de documents de réglementation.

### Discussion sur les données probantes[q]

Le travail d'équipe et la collaboration sont améliorés lorsque les membres de l'équipe comprennent leurs rôles et ceux des autres membres de l'équipe et qu'ils sont capables d'énumérer les ressemblances et les différences associées à ces rôles.[45,54] Besner et al. ont abordé le sujet du manque de clarté.[84] Bien qu'il existe des différences significatives entre la formation, les connaissances et les habiletés de base des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, Besner et al. ont indiqué qu'elles étaient incapables de clairement identifier et énumérer les différences entre leurs rôles et ceux des autres professionnels. Les professionnels et les organismes de réglementation doivent s'assurer que ces ressemblances et différences ne contiennent aucune ambiguïté et qu'elles sont clairement comprises à l'intérieur et à l'extérieur de la profession ainsi que par le public en général.

| | |
|---|---|
| 7.2 | Les cadres de pratique des diverses professions infirmières réglementées sont révisés régulièrement afin de tenir compte des changements de réglementations visant les professionnels de la santé. |

### Discussion sur les données probantes[r]

Le cadre de pratique des professionnels de la santé réglementés doit être examiné sur une base régulière afin de s'assurer que le contenu est exact et qu'il reflète les pratiques actuelles, les habiletés et les connaissances des divers rôles en soins infirmiers.[85]

Les soins infirmiers et les connaissances associées à l'offre de soins de santé continuent d'évoluer. Voilà pourquoi il est important de prévoir un plan de révision du cadre de pratique afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de qualité élevée, en temps opportun et au bon endroit.[84]

---

q Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A et B.

r Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B et D.

| 7.3 | Les associations de professionnels et les organismes de réglementation travaillent avec les formateurs, les praticiens, les syndicats et les décideurs afin de clarifier les rôles en soins infirmiers auprès des équipes des professionnels en : |
|---|---|

- examinant les ressemblances et les différences liées au contenu de la formation académique des divers programmes de formation professionnelle en soins infirmiers;
- discutant avec les autres professionnels de la santé des ressemblances et des différences concernant les rôles et la formation académique d'autres professionnels;
- travaillant à établir un langage commun pouvant être utilisé par l'ensemble des disciplines.

## Discussion sur les données probantes[S]

Il existe encore un manque de clarté permettant de différencier la formation académique, les habiletés et les rôles des infirmières et des autres professionnels de la santé.[84] Ainsi, la mise en place de processus de communication et de consultation entre les organismes de réglementation, en vue d'aborder des sujets tels que les cadres de compétences, les normes de pratique et la formation professionnelle, fournirait un modèle de pratique en collaboration et clarifierait les différences, les ressemblances et la capacité des professionnels de la santé à répondre aux exigences spécifiques de leur rôle professionnel.[84]

Les organismes de réglementation professionnelle individuels sont responsables d'établir des critères de pratique au sein d'une profession spécifique. Voilà pourquoi le degré de soutien envers les expériences de travail interprofessionnel risque d'être faible. Ainsi, les organismes de réglementation, parce qu'ils se concentrent sur les rôles spécifiques d'une profession, peuvent non seulement constituer une barrière à l'élaboration de bonne pratique pédagogique dans les programmes de formation interprofessionnelle, mais ils peuvent aussi limiter la reconnaissance des rôles et des habilités des autres travailleurs du domaine de la santé.[76] L'élaboration d'un langage commun et une meilleure compréhension des rôles des autres professionnels peut améliorer le travail d'équipe et favoriser le respect lié à la contribution de toutes les personnes concernées.[54]

S Type de données probantes
Les données probantes appuyant cette recommandation font partie de la catégorie B.

# Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) propose que la mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains soit effectuée de la manière suivante

1. chaque document de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains sera révisé tous les cinq ans par une équipe de spécialistes du domaine, appelée l'équipe de révision, en tenant compte de la date de la dernière mise à jour;
2. entre l'élaboration et la révision, l'équipe de projet pour des milieux de travail sain de l'AIIAO suivra de près et sur une base régulière, les nouvelles révisions systématiques et les études dans le domaine;
3. l'équipe de projet pourra recommander qu'une révision du plan soit effectuée avant le délai prévu de cinq ans et à la suite des résultats obtenus lors des contrôles. Des consultations appropriées auprès d'une équipe formée des membres ayant participé au panel d'experts du projet d'origine et d'autres spécialistes du domaine permettra d'évaluer la pertinence de la décision d'entreprendre l'examen et la révision du document des lignes directrices avant le délai prévu.
4. l'équipe de projet commencera à planifier le processus de révision six mois avant la date fixée pour la révision quinquennale en :
    a) invitant les spécialistes du domaine à participer à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres ayant pris part au panel d'experts du document d'origine et d'autres spécialistes qui ont été recommandés.
    b) compilant les commentaires reçus, les questions qui ont surgi lors de la phase de publication ainsi que tout autre commentaire et expériences vécues par les milieux qui ont mis en œuvre les lignes directrices.
    c) en compilant les données pertinentes contenues dans les écrits.
    d) développant des plans de travail détaillés comprenant des dates cibles et un échéancier.
5. Le document révisé des lignes directrices sera diffusé en fonction des structures et des processus préétablis.

# Références


1. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.

2. Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario. Toronto, ON: Author.

3. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). First Minister's meeting communiqué on healthNews Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

4. Health Canada (2003). First Ministers' accord on health care renewal. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/ bchealthcare/publications/health_accord.pdf

5. First Ministers' meeting on the future of health care (2004**)**. Retrieved from: Nov 2004 – June 2005: http://www .hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html

6. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). Position statement on nursing clinical education Toronto, ON: Author.

7. Canadian Nurses Association. (2002). Planning for the future: Nursing human resource projectionsOttawa, ON: Author

8. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al, (2001). Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

9. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001).The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of OntarioToronto, ON: Author.

10. Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: An investment for the 21st century. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

11. Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. Journal of Emergency Nursing,20(6), 497-504.

12. Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), Care and consequences. Halifax, NS: Fernwood Publishing.

13. Grinspun, D. (2002). The social construction of nursing caring. Unpublished Doctoral dissertation proposal. York University, North York, Ontario.

14. Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. Canadian Nurse, 99(3), 23-26.

15. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. Journal of Nursing Care Quality,10(3), 46–58.

16. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & 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

17. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, Nursing Research, 54(2), 74-84.

18. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., &. Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 346(22), 1715–1722.

19. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. Medical Care,42(1), 4-12.

20. Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. Nursing Economic$, 16(4), 196–203.

21. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Administration, 23(9), 478–85.

22. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. Canadian Journal of Nursing Research, 33(4), 71-88.

23. Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). International Journal for Quality in Health Care, 15(4), 275-77.

24. American Nurses Association. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington, DC: American Nurses Publishing

25. Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image: Journal of Nursing Scholarship, 30(4), 315-321.

26. Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. Journal of Nursing Administration, 31(12), 588–600.

27. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Research, 11(3), 149–58.

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

29. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. American Journal of Health Promotion, 15(5), 296-320

30. United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment Number 74. Rockville, MD.

31. Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON

32. Cohen, S., Bailey, D. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite? Journal of Management, 23(3), 239.

33. Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. Sociology of Health and Illness, 20(6), 848-873.

34. Doran, D. (2005). Teamwork: Nursing and the multidisciplinary team. Quality Nurse Environment for Nurse and Patient Safety, McGillis-Hall (Ed). : Sudbury, Mass. 39-66.

35. Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. Journal of Advanced Nursing, 38(1), 29-39.

36. Institute of Medicine (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. National Academies Press, Washington, D.C.: Author

37. Brill, N. (1976). Teamwork: Working Together in the Human Services. Toronto, Canada: Lippincott.

38. Moynihan, R. (2004). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: http://www .milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf

39. Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & 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 Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute

40. Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. Retrieved May 7, 2005 from: http://www .cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels

41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Levels of evidence and grades of recommendations in: A guideline developers' handbook. Retrieved May 7 2005 from:http://www .sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.htm/#2

42. San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, 1, 132-147.

43. D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, 1, 28-20

44. Kalisch, B. & Begeny, S. (2005). Improving nursing unit teamwork. Journal of Nursing Administration, 35(12), 550-556

45. Joanna Briggs Institute. (2005) A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. Prepared for the South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy

46. Gerrish, K. (2001). A pluralistic evaluation of nursing practice development units. Journal of Clinical Nursing, 10 (1), 109-18.

47. Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in and ICU: a combined methods approach. Intensive & Critical Care Nursing, 17(5), 294-303.

48. Hyrkas, K. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2003). Team supervision in multiprofessional teams: team members' descriptions of the effects as highlighted by group interview. Journal of Clinical Nursing, 12(2), 188-97.

49. Bartram, T., Joiner, T.A. & Stanton, P., (2004) Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. Contemporary Nurse, 17(3), 293-304.

50. Drach-Zahavy A. (2004), Primary nurses' performance: role of supportive management. Journal of Advanced Nursing, 45(1), 7-16.

51. Gittel, J.H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. International Journal of Human Resource Management, 11(2), 517-539

52. Arcangelo , V. Fitzgerald, M., Carroll, D., & David, J. (1996). Collaborative care between nurses and physicians. Primary Care: Clinics in Office Practice 23 (1).

53. Cook, D .A. (2005). Models of interprofessional learning in Canada. Journal of Interprofessional Care, 1, 107-115.

54. Oandasan, I. & Reeves, S. (May, 2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care, 1, 22-38.

55. American Association of Colleges of Nursing. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. Washington, DC: American Nurses Publishing

56. Williams O'Rourke, M., (2003). Rebuilding a professional practice model: The return of role-based practice accountability. Nursing Administration Quarterly, 27(2), 95-105.

57. Graham, J.G. & Barter, K. (1999). Collaboration: A social work practice method. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 80(1), 6-13.

58. Henneman, E, Lee, J, & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 21(1), 103-109.

59. Weiss, S.J. & Davis, H.P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. Nursing Research, 34, 299-304.

60. Wicke, D., Coppin, R., & Payne S . (2004). Team working in nursing homes. Journal of Advanced Nursing, 45(2), 197-204

61. Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relation on conflict in the nursing unit. Journal of Advanced Nursing, 35(1), 17-25

62. Cox, K.B., (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. Nursing Administration Quarterly, 27(2), 153-63.

63. Drinka, T., & Ray, R.O. (1987). An investigation of power in and interdisciplinary health care team. Gerontology and Geriatrics Education, 6(3), 43-53

64. Lengacher, C.A., Mabe, R.R., Heineman, D., VanCott, M.L., Kent, K. Swymer, S. (1997). Collaboration in research: testing the PIPC model on clinical and nonclincial outcomes. Nursing Connections, 10(1), 17-30.

65. Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., Randolph, J. (2000) Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Archives of Internal Medicine, 160(12), 1825-33.

66. Wild, D., Nawaz, H., Chan, W., Katz, D.L. (2004) Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. Journal of Public Health Management and Practice, 10(1), 63-9

67. Woodward, C.A., et al. (2004). What is important to continuity in home care? Social Science and Medicine, 58, 172-192

68. Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2003) Organization of nursing care and stressful work characteristics Journal of Advanced Nursing, 43(2), 197-205

69. Gittel, J.H., Fairfield, K. Bierbaum B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of relation co-ordination in quality of care, post-operative pain and functioning and length of stay. Medical Care,. 38(8), 807-819.

70. Preuss, G. (1997). The structuring of organization information capacity: and examination of hospital care. Academy of Management Proceedings

71. Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. Journal of Nursing Management, 11(5), 299-306.

72. Mount Sinai Hospital. (2006). Teamwork competency and defining behaviours. Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork.

73. Romanow, R. (2002). Building on Values: The future of health care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa. Retrieved December 19, 2005 from: http://www .hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_final_Report.pdf

74. Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Developing and Sustaining Nursing Leadership Toronto, ON: Author.

75. Purden, M. (2005). Cultural considerations in interprofessional education and practice. Journal of Interprofessional Care, 1, 224-234.

76. Gilbert, J.H.V. (2005) Interprofessional learning and higher education structural barriers. Journal of Interprofessional Care, 1, 87-106

77. Canadian Council on Health Services Accreditation. (November, 2005). A look inside Canada's Health Care system: Canadian Health Accreditation Report 2004. Canadian Council of Health Accreditation, Ottawa. Retrieved December 14, 2005 from www.cchsa-ccass.ca/pdf/2004report.pdf

78. Dudgeon, D., Knott, C., Viola, R., Van dijk, J., Preston, S., Eichholtz, M., et al, (2004). Managing Continuity through Collaborative Care Plans: a study of palliative care Patients. Retrieved December 14, 2005 from http://www .chsrf.ca/final_reseach/ogc/dugeon_e.php

79. Barker K, Bosco C., & Oandasan, I., (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. Journal of Interprofessional Care, (1) 166-16

80. Forsyth, D.R. (1983) Group dynamics. 2nd edition. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

81. D'eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. Journal of Interprofessional Care. 1: 49-59.

82. Ginsburg, L. Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature, 1, 177-187.

83. Zwarenstein, M., Reeves, S., Perrier, L (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. Journal of Interprofessional Care, 19(suppl. 1), 148-165

84. Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovanetti, P, Girard, F, Hill, W., et al, (2005). Nursing Scopes of Practice Study: A Systematic Approach to Maximizing Nursing Scopes of Practice. Capital Health, Calgary Health Region, Saskatoon Health Region. Retrieved December 21, 2005 from http://www .cihr.gc.ca

85. Lahey, W. & Currie, R. (2005). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. Journal of Interprofessional Care, 1, 197-223

86. Field, M., & Lohr, K. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press

87. Clarke, M. and Oxman, A.D., (1999). Cochrane Reviewers' Handbook, 4th Ed. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.

88. College of Nurses of Ontario. (2002). Professional standards Toronto, ON: Author

89. Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). Educational support for competent nursing practice. Retrieved September 24, 2004 from:
http://www .crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320

90. National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines National Health and Research Council [On-line]. Available:
http://www .health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf

91. Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., et al. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference. Medical Care, 32(5), 508-525.

92. Watson, W.E., & Michaelsen, L.K. (1988). Group interaction behaviors that affect group performance on an intellective task. Group & Organizational Studies, 13, 495-516.

93. Watson, W.E., Michaelsen, L.K., & Sharp, W. (1991). Member competence, group interaction and group decision making: A longitudinal study. Journal of Applies Psychology, 76, 803-809.

94. Anderson, N.R., & West, M.A., (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. Journal of Organizational Behavior, 19, 235-258

95. Schaefer, H., & Helmreich, R. (1993). The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). University of Texas Aerospace Crew Research Project Technical Report. 97-6. Austin, TX: The University of Texas.

96. Young, G.J., Charns, M.P., Desai, K., Khuri, S.F., Forbes, B.G., Henderson, W., et al. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes; A study of surgical services. Health Services Research, 33(5), 1211-1236.

97. Baggs, J.G., Ryan, S.A., Phelps, C.E. Richeson, J.F., & Johnson, J.E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart & Lung, 21(1), 18-24.

# Références alphabétisées


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. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. Washington, DC: American Nurses Publishing

American Nurses Association. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital settingWashington, DC: American Nurses Publishing.

Anderson, N.R., & West, M.A., (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. Journal of Organizational Behavior, 19, 235-258

Arcangelo , V. Fitzgerald, M., Carroll, D., & David, J. (1996). Collaborative care between nurses and physicians. Primary Care: Clinics in Office Practice 23 (1).

Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001)The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario. Toronto, ON: Author.

Baggs, J.G., Ryan, S.A., Phelps, C.E., Richeson, J.F., & Johnson, J E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart & Lung, 21(1), 18-24.

Barker K., Bosco C., & Oandasan, I., (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. Journal of Interprofessional Care, (1) 166-16

Bartram, T., Joiner, T.A. & Stanton, P., (2004) Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. Contemporary Nurse, 17(3), 293-304.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al, (2001). Commitment and care — The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovanetti, P, Girard, F, Hill, W., et al, (2005). Nursing Scopes of Practice Study: A Systematic Approach to Maximizing Nursing Scopes of Practice. Capital Health, Calgary Health Region, Saskatoon Health Region. Retrieved December 21, 2005 from http://www .cihr.gc.ca

Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. Nursing Economic$, 16(4), 196–203.

Brill, N. (1976). Teamwork: Working Together in the Human Services. Toronto, Canada: Lippincott.

Canadian Council on Health Services Accreditation. (November, 2005). A look inside Canada's Health Care system: Canadian Health Accreditation Report 2004. Canadian Council of Health Accreditation, Ottawa. Retrieved December 14, 2005 from www.cchsa-ccass.ca/pdf/2004report.pdf

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). First Minister's meeting communiqué on healthNews Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

Canadian Nursing Advisory Committee. (2002)Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.

Canadian Nurses Association. (2002). Planning for the future: Nursing human resource projections. Ottawa, ON: Author

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

Clarke, M. and Oxman, A.D., (1999). Cochrane Reviewers' Handbook, 4th Ed. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.

Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. Retrieved May 7, 2005 from: http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels

Cohen, S., Bailey, D. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite? Journal of Management, 23(3), 239.

College of Nurses of Ontario. (2002). Professional standards. Toronto, ON: Author

Cook, D.A. (2005). Models of interprofessional learning in Canada. Journal of Interprofessional Care, 1, 107-115.

Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. Sociology of Health and Illness, 20(6), 848-873.

Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). Position statement on nursing clinical education. Toronto, ON: Author.

Cox, K.B., (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. Nursing Administration Quarterly, 27(2), 153-63.

Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relation on conflict in the nursing unit. Journal of Advanced Nursing, 35(1), 17-25

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, 1, 28-20

DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. Journal of Medicine, 35(12): December, 1221-1230; modified by Laschinger, MacDonald and Shamian (2001); and further modified by Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, and Shamian (2003)

D'eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. Journal of Interprofessional Care. 1: 49-59.

Doran, D. (2005). Teamwork: Nursing and the multidisciplinary team. Quality Nurse Environment for Nurse and Patient Safety, McGillis-Hall (Ed). : Sudbury, Mass. 39-66.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. Journal of Advanced Nursing, 38(1), 29-39.

Drach-Zahavy A. (2004), Primary nurses' performance: role of supportive management. Journal of Advanced Nursing, 45(1), 7-16.

Drinka, T., & Ray, RO. (1987). An investigation of power in and interdisciplinary health care team. Gerontology and Geriatrics Education, 6(3), 43-53

Dudgeon, D., Knott, C., Viola, R., Van dijk, J., Preston, S., Eichholtz, M., et al, (2004). Managing Continuity through Collaborative Care Plans: a study of palliative care Patients. Retrieved December 14, 2005 from http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/dugeon_e.php

Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & 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.

Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, Nursing Research, 54(2), 74-84.

Field, M., & Lohr, K. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press

First Ministers' meeting on the future of health care (2004). Retrieved from: Nov 2004 – June 2005 http://www .hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html

Forsyth, DR. (1983) Group dynamics. 2nd edition. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gerrish, K. (2001). A pluralistic evaluation of nursing practice development units. Journal of Clinical Nursing, 10 (1), 109-18.

Gilbert, J.H.V. 2005. Interprofessional learning and higher education structural barriers. Journal of Interprofessional Care,1, 87-106

Ginsburg, L. Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature, 1, 177-187.

Gittel, J.H., Fairfield, K. Bierbaum B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of relation co-ordination in quality of care, post-operative pain and functioning and length of stay. Medical Care,. 38(8), 807-819.

Gittel, J.H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. International Journal of Human Resource Management, 11(2), 517-539

Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in and ICU: a combined methods approach. Intensive & Critical Care Nursing, 17(5), 294-303.

Graham, J.G. & Barter, K. (1999). Collaboration: A social work practice method. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 80(1), 6-13.

Green, L.W., Richard, L. & Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. American Journal of Health Promotion (10)4: March/April, 270-281

Griffin, P., El-jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2006). What's the Fuss About? Why Do We Need Healthy Work Environments for Nurses Anyway? HRResources.ca, Longwoods Publishing.

Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.),Care and consequences. Halifax, NS: Fernwood Publishing.

Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.

Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health"Canadian Health Care Management, (100) 2: 21-23.

Health Canada (2003). First Ministers' accord on health care renewal. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/ bchealthcare/publications/health_accord.pdf

Henneman, E, Lee, J, & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 21(1), 103-109.

Hyrkas, K. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2003). Team supervision in multiprofessional teams: team members' descriptions of the effects as highlighted by group interview. Journal of Clinical Nursing, 12(2), 188-97.

Institute of Medicine (2004).Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. National Academies Press, Washington, D.C.: Author

Joanna Briggs Institute. (2005) A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. Prepared for the South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy

Kalisch, B. & Begeny, S. (2005). Improving nursing unit teamwork. Journal of Nursing Administration, 35(12), 550-556

Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image: Journal of Nursing Scholarship, 30(4), 315-321.

Lahey, W. & Currie, R. (2005). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. Journal of Interprofessional Care, 1, 197-223

Lengacher, C.A., Mabe, R.R., Heineman, D., VanCott, M.L., Kent, K. Swymer, S. (1997). Collaboration in research: testing the PIPC model on clinical and nonclincial outcomes. Nursing Connections, 10(1), 17-30.

Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference– Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON

Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & 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

Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2003) Organization of nursing care and stressful work characteristics Journal of Advanced Nursing, 43(2), 197-205

Makinen, A., Kivimake, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. Journal of Nursing Management, 11(5), 299-306.

Moynihan, R. (2004). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from:http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf

Mount Sinai Hospital. (2006). Teamwork competency and defining behaviours. Performance Appraisal System, Core Competency on Teamwork.

National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines National Health and Research Council [On-line]. Available: http://www.health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., &. Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 346(22), 1715–1722.

Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). International Journal for Quality in Health Care,15(4), 275-77.

Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: An investment for the 21st century. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Oandasan, I. & Reeves, S. (May, 2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care, 1, 22-38.

O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. Canadian Journal of Nursing Administration, 5(2): 12-16.

Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & 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 Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute

Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. Medical Care,42(1), 4-12.

Preuss, G. (1997). The structuring of organization information capacity: and examination of hospital care. Academy of Management Proceedings

Purden, M. (2005). Cultural considerations in interprofessional education and practice. Journal of Interprofessional Care,1, 224-234.

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Developing and Sustaining Nursing Leadership. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario Toronto, ON: Author.

Romanow, R. (2002). Building on Values: The future of health care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa. Retrieved December 19, 2005 from: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_final_Report.pdf

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, 1, 132-147.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Administration, 23(9), 478–85.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Levels of evidence and grades of recommendations in: A guideline developers' handbook. Retrieved May 7 2005 from:http://www .sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.htm/#2

Schaefer, H., & Helmreich, R. (1993).The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). University of Texas Aerospace Crew Research Project Technical Report. 97-6. Austin, TX: The University of Texas.

Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. Journal of Emergency Nursing, 20(6), 497-504.

Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., et al. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference. Medical Care, 32(5), 508-525.

Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., Randolph, J. (2000) Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Archives of Internal Medicine, 160(12), 1825-33.

Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. Journal of Nursing Administration, 31(12), 588–600.

Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. Canadian Journal of Nursing Research, 33(4), 71-88.

United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74. Rockville, MD.

Watson, W.E., & Michaelsen, L.K. (1988). Group interaction behaviors that affect group performance on an intellective task. Group & Organizational Studies, 13, 495-516.

Watson, W.E., Michaelsen, L.K., & Sharp, W. (1991). Member competence, group interaction and group decision making: A longitudinal study. Journal of Applies Psychology, 76, 803-809.

Weiss, S.J. & Davis, H.P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. Nursing Research, 34, 299-304.

Wicke, D., Coppin, R., & Payne S. (2004). Team working in nursing homes. Journal of Advanced Nursing, 45(2), 197-204

Wild, D., Nawaz, H., Chan, W., Katz, D.L. (2004) Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. Journal of Public Health Management and Practice, 10(1), 63-9

Williams O'Rourke, M., (2003). Rebuilding a professional practice model: The return of role-based practice accountability. Nursing Administration Quarterly, 27(2), 95-105

Woodward, C.A, et al. (2004). What is important to continuity in home care? Social Science and Medicine, 58, 172-192

Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Research,11(3), 149–58.

Young, G.J., Charns, M.P., Desai, K., Khuri, S.F., Forbes, B.G., Henderson, W., et al. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes; A study of surgical services. Health Services Research, 33(5), 1211-1236.

Zwarenstein, M, Reeves, S., Perrier L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. Journal of Interprofessional Care,19(suppl. 1), 148-165

# Annexe A : Glossaire terminologique

Collaboration [collaboration] : La collaboration est le processus qui consiste à travailler ensemble afin d'obtenir un consensus sur les buts, les approches et les résultats que tous désirent atteindre. Cela exige une bonne compréhension de son propre rôle et du rôle des autres, un respect mutuel entre les participants, l'engagement à atteindre les buts, un processus de décision partagée, des relations de communication efficaces et l'obligation de rendre des comptes à la fois envers l'atteinte des buts fixés mais aussi envers les autres membres de l'équipe.[57]

Consensus [Consensus] : Le consensus est en fait une idée acceptée par l'ensemble des membres d'un groupe de personnes qui travaillent dans des conditions qui permettent l'ouverture et la coopération dans le domaine des communications de telle sorte que toutes les personnes du groupe croient qu'elles possèdent des chances égales à celles des autres d'influencer la décision ou de la soutenir devant les autres.

Continuité des soins [Continuity of Care] : La continuité des soins est un processus continu et constant d'implantation d'un plan de soins qui fait l'objet d'une révision et d'une évaluation afin de tenir compte des besoins changeants des patients. Les soins peuvent être dispensés par plusieurs professionnels de la santé, à des moments et des endroits distincts.

Formateur [Educator] : Il s'agit d'une personne qui se distingue par son travail d'enseignement, une personne ou une chose qui permet de former les professeurs. Tiré du site Internet de Wikipédia le 11 octobre 2003, consulter l'adresse URL suivante: http://en.wiktionary.org/wiki/educator.

Efficacité de l'équipe [Team Effectiveness] : Ce terme concerne le résultat du travail d'une équipe lié à sa capacité d'atteindre les buts communs identifiés par l'ensemble des membres du groupe.

Équipe [Team] : Il s'agit d'un certain nombre de personnes qui travaillent ou participent à une activité ensemble. Définition tirée du dictionnaire en ligne Merriam-Webster, données trouvées le 2 août 2006. Consulter le site à l'adresse URL suivante : http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary.

Équipe de soins infirmiers [Nursing Team] : L'équipe de soins infirmiers est un groupe d'infirmières et d'infirmiers qui travaillent à atteindre des objectifs communs.

Équipe interprofessionnelle [Interprofessional Teams] : Il s'agit d'une équipe, formée de professionnels provenant de diverses disciplines de la santé, qui possèdent des connaissances et des habilités variées et qui partagent un ensemble de buts intégrés. Ces équipes utilisent les principes de la collaboration interdépendante qui comprennent notamment la communication, le partage des connaissances et la coordination des services pour offrir des services aux patients et à leurs systèmes de soins de santé.[63]

Étude corelationnelle descriptive [Descriptive Co-relational studies] : Il s'agit d'une étude qui examine et décrit comment les variables sont interreliées entre elles et comment elles sont utilisées pour établir des prévisions pour l'avenir à partir de circonstances actuelles. Sites Internet consultés le 2 août 2006 aux adresses URL suivantes : http://www.chiron.valdosta.edu/whuitt/edpsyppt/Intro/researchg.ppt et le site de l'université de l'Alberta http://www.ualberta.ca/~carmen/212a1/Chapter6final.ppt

**Forums interprofessionnels [Interprofessional Forums] :** Il s'agit de rencontres telles que les conférences et les symposiums ou les rencontres de groupes et les comités, où les membres provenant de diverses disciplines professionnelles du domaine de la santé se réunissent afin d'échanger sur des sujets qui touchent aux connaissances, à l'expertise et qui discutent des moyens de renforcer la pratique interdisciplinaire.

**Infirmières, infirmiers, personnel infirmier [Nurse] :** Ce terme réfère aux infirmières autorisées, aux infirmières auxiliaires autorisées, aux infirmières psychiatriques autorisées, aux infirmières en pratique avancée tels que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

**Leadership transformationnel [Transformational Leadership] :** Il s'agit d'une approche de gestion qui permet aux individus et aux gestionnaires de s'engager dans un processus d'échange qui libéralise et motive les deux parties en vue d'atteindre des niveaux d'accomplissement supérieurs et qui, par conséquent, transforment le milieu de travail. Le leadership transformationnel est présent dans les milieux où les gestionnaires agissent en visionnaires et inspirent les autres à les suivre. Tiré du site Internet le 2 août 2006 à l'adresse suivante: http://changingminds.org/disciplines/leadership/styles/tranformationalleadership.htm

**Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains [Healthy Work Environment Best Practice Guidelines] :** Un énoncé élaboré de manière systématique et qui est fondé sur les meilleures données probantes actuelles pour faciliter la prise de décisions concernant les structures et les processus en vue de créer des milieux de travail sains.[86]

**Méta-analyse [Meta Analysis] :** Méthode statistique consistant à mettre en commun les résultats de plusieurs études indépendantes ce qui permet, par conséquent, d'obtenir des estimés plus précis sur les effets d'une intervention ou d'un phénomène en santé que ceux qui proviennent d'une étude individuelle intégrée dans une révison des écrits.[87]

**Milieux de travail sains [Healthy Work Environments] :** Un milieu de travail sain pour les infirmières est un milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, la qualité des résultats pour le patient ainsi que le rendement organisationnel.

**Opinion d'expert [Expert Opinion] :** L'opinion d'un groupe d'experts, fondée sur les connaissances et l'expérience et qui est le résultat d'un consensus.

**Patient [Patient/Client] :** Le prestataire des soins infirmiers. Cela comprend la personne, les familles (membre de la famille, tuteur, aidant naturel), les groupes, les diverses populations d'une collectivité ou l'ensemble des collectivités. Dans le domaine de la formation académique, le patient peut être un étudiant. Dans le domaine administratif, le patient peut être un membre du personnel et dans le domaine de la recherche, il peut s'agir d'un participant à une étude.[88,89]

**Professionnel [Professional] :** L'ensemble des divers travailleurs du domaine de la santé qui offrent des soins préventifs, curatifs et des soins de réhabilitation.[43]

**Recherche qualitative [Qualitative Research] :** Méthode de cueillette de données et d'analyse non quantitative. La recherche qualitative utilise un certain nombre de méthodologies pour obtenir des données à la suite d'observation ou d'entrevues avec les participants afin de comprendre leurs points de vue, leur vision du monde et leurs expériences.

Résumé critique (RC) [Critical Reviews (CRs)] : Il s'agit d'essai provenant du monde de l'enseignement. Cela consiste donc à répertorier et lire les documents recensés relatifs à un sujet particulier et d'y ajouter des commentaires et des arguments personnels. Les résumés critiques nécessitent donc une recherche, une analyse et un jugement critique des documents recensés. Article consulté en ligne le 2 août 2006 à l'adresse URL suivante : http://www.psy.gla.ac.uk/~steve/resources/crs.html#What

Révision intégrative [Integrative Review] : La révision intégrative comprend les éléments suivants : la formulation du problème, la cueillette des données ou la recherche de documentation, l'évaluation des données, l'analyse des données et finalement, l'interprétation et la présentation des résultats. Article consulté en ligne le 2 août 2006 à l'adresse URL suivante : http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4117/is_200503/ai_n13476203

Révision systématique [Systematic Review] : Il s'agit de l'application d'une approche scientifique rigoureuse destinée à la préparation d'un rapport de synthèse.[90] La révision systématique permet d'identifier les endroits où les effets des soins de santé sont cohérents et à quel endroit les résultats des recherches peuvent être appliqués aux populations, aux établissements et il permet aussi d'identifier les différences entre les traitements et les endroits où les effets varient de manière significative. L'utilisation de méthodes systématiques et explicites limite les distorsions (erreurs systématiques) et réduit les effets du hasard ce qui permet ainsi d'obtenir des résultats fiables sur lesquels il est possible de tirer des conclusions et à l'aide desquels il est possible de prendre des décisions.[87]

Soins en collaboration et relation de collaboration [Collaborative Relationship/Practice] : Les soins en collaboration sont définis comme une démarche d'association ou de coopération qui assure une bonne volonté de collaboration. Cette relation nécessite une planification partagée et des processus décisionnels fondés sur les connaissances et l'expertise plutôt que sur les rôles et les titres de fonction.[58]

Travail d'équipe [Teamwork] : Il s'agit du travail effectué par un groupe de personnes qui possèdent une expertise individuelle, qui sont responsables du processus décisionnel, qui ont des objectifs communs et qui se rencontrent pour communiquer, échanger et consolider les connaissances qui permettent l'élaboration des plans, qui influence la prise de décisions et qui permettent de déterminer les actions à entreprendre.

# Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices

En mai 2004, l'AIIAO a réuni un groupe d'infirmières possédant une expertise dans le domaine de la pratique infirmière, de la recherche, de l'élaboration de politiques, de l'enseignement et de la gestion représentant un vaste éventail de disciplines, de rôles et d'établissements. Voici une liste des activités entreprises par le groupe en vue d'élaborer le document de lignes directrices :

- le groupe a identifié et défini la portée de ce document de lignes directrices grâce à un processus de discussion et de consensus;
- On a préparé une liste de questions orientées sur la recherche afin d'aider le processus de révision des écrits. Voici quelques exemples de questions qui ont été élaborées :
  - Quels sont les processus et les caractéristiques du travail de l'équipe de soins infirmiers qui soutiennent les milieux de travail sains?
  - Quels sont les effets des processus de travail et de la composition des équipes sur l'efficacité du travail de l'équipe?
  - Quels sont les effets de la communication, de la coordination et de la collaboration au sein des équipes de soins infirmiers et sur la création de milieux de travail sains qui conduisent à des résultats voulus pour le patient, les infirmières, l'organisation ou le système de santé?

- On a préparé un modèle conceptuel basé sur des données probantes afin d'organiser les concepts et le contenu du document de lignes directrices;
- On a envoyé au Joanna Briggs Institute une liste des termes de recherche pertinents à l'élaboration et au maintien des soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers afin qu'il puisse inventorier l'ensemble des écrits;
- On a élaboré un protocole comprenant de nombreux objectifs afin de faciliter le travail du Joanna Briggs Institute lors de l'examen systématique des écrits. Les objectifs de l'examen consistaient à évaluer les relations entre les éléments suivants :
  - les processus utilisés par les équipes de soins infirmiers par rapport à la création de milieux de travail sains;
  - les caractéristiques des équipes de soins infirmiers, en particulier sans toutefois se limiter à la communication, à la coordination et à la collaboration, par rapport à la création de milieux de travail sains;
  - la structure et la composition de l'équipe de soins infirmiers par rapport à la création de milieux de travail sains.

- On a aussi tenu compte d'autres types de documentation présentés par les membres du panel d'experts.

# Annexe C : Processus de révision systématique des écrits sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers, réalisé par le Joanna Briggs Institute

1. Révision systématique des écrits en utilisant les mots-clés associés avec le sujet plus large du leadership dans :

   - la base de données CINAHL
   - la base de données Embase
   - la base de données Medline;
   - la base de données PsychInfo

2. Développement d'un protocole pour la direction d'une révision pour déterminer les éléments suivants :

   - les processus utilisés par les équipes de soins infirmiers et la création de milieux de travail sains.
   - les caractéristiques (plus particulièrement, mais sans être limitées à la communication, la coordination et la collaboration) des équipes de soins infirmiers et la création de milieux sains.
   - la structure et la composition d'une équipe de soins infirmiers et la création de milieux de travail sains.

3. Voici une liste des mots-clés utilisés pour les recherches :

   - attitudes;
   - soins infirmiers en collaboration;
   - pratique de soins en collaboration;
   - conflit au sein des équipes de soins infirmiers;
   - parcours des soins intensifs et création d'équipe;
   - prise de décision;
   - diversité au sein d'une équipe;
   - dynamique des relations entre et au sein des infirmières;
   - processus de groupe;
   - équipes intraprofessionnelles;
   - rôles intraprofessionnels et formation d'équipe;
   - intrasecteuriel;
   - intra-équipe;
   - relations interdisciplinaires.

- relations intraprofessionnelles;
- équipes intraprofessionnelles;
- équipes de soins multidisciplinaires;
- personnel infirmier;
- relations entre le personnel infirmier et les médecins;
- équipes de soins infirmiers et la formation en soins infirmiers;
- dynamique entre les membres de l'équipe de soins infirmiers;
- équipes de soins infirmiers et les cheminements critiques;
- résultats des organisations;
- évaluation des résultats;
- recherche de résultats;
- résultats pour le patient;
- perceptions;
- soins infirmiers intégraux versus les soins infirmiers en équipe;
- désignation professionnelle;
- qualité des soins;
- qualité de la vie au travail;
- recrutement;
- rétention du personnel;
- différenciation des rôles et les fonctions des équipes et des soins infirmiers;
- combinaison d'habiletés et équipe de travail;
- statut du travail et le travail d'équipe;
- création d'équipe;
- fonctions d'équipe;
- modèles d'équipes;
- processus d'équipe;
- soins infirmiers d'équipe;
- structure d'équipe;
- entraînement d'équipe et formation;
- travail d'équipe;
- transition du statut d'étudiant en soins infirmiers au statut de débutant à expert;
- milieu de travail.

4. La stratégie de recherche utilisée pour trouver des études et des manuscrits, publiés ou non, s'est limitée aux recherches de documents en langue anglaise seulement. On a tout d'abord entrepris une recherche initiale en se limitant aux bases de données MEDLINE et CINAHL. Cette recherche a été suivie d'une analyse des mots-de-texte contenus dans les titres et les résumés ainsi que dans la liste des termes d'indexation utilisés pour décrire l'article. La deuxième étape de la stratégie de recherche consistait à utiliser l'ensemble des mots-clés et des termes d'indexation trouvés et présentés ci-après dans la liste des termes :

   Voici la liste des bases de données où ont été effectuées les recherches lors de la deuxième étape :

   - ABI Inform (jusqu'en janvier 2005);
   - CINAHL (de 1982 à janvier 2005);
   - Cochrane Library (jusqu'en janvier 2005);
   - Current Contents (jusqu'en janvier 2005);
   - Econ lit (jusqu'en janvier 2005);
   - Embase (de 1980 jusqu'en janvier 2005);
   - ERIC (jusqu'en janvier 2005);
   - MEDLINE (de 1966 jusqu'en janvier 2005);
   - OVID Medline (en cours y compris pour d'autres citations non indexées);
   - PubMed (jusqu'en janvier 2005);
   - PsychINFO (de 1985 jusqu'en janvier 2005);
   - Sociological Abstracts (jusqu'en janvier 2005).

   Les recherches pour les études non publiées comprennent notamment :

   - Dissertation Abstracts International (jusqu'en janvier 2005)

5. Les études identifiées lors de la recherche ont été examinées afin d'évaluer la pertinence de ces documents en fonction de cette étude, et ce, en se basant uniquement sur les renseignements contenus dans les titres et les résumés. Tous les documents qui semblaient correspondre aux critères d'inclusion ont été conservés et réexaminés afin d'évaluer la pertinence par rapport à l'objectif de cette étude.

6. Les études qui correspondaient aux critères d'inclusion ont été regroupées selon le type d'étude en question, soit les études expérimentales, descriptives, etc.

7. Les documents ont été évalués par deux réviseurs indépendants, en fonction de la qualité méthodologique avant d'être inclus dans l'étude, en utilisant un outil d'évaluation critique approprié provenant du progiciel SUMARI (système de gestion unifiée, d'évaluation et de révision de données), un logiciel qui a été conçu spécifiquement pour gérer, évaluer, analyser et synthétiser les données. Les désaccords entre les réviseurs ont été résolus lors de discussions et, si nécessaire, de l'intervention d'un troisième réviseur.

## Résultats de la révision

Un total de vingt-quatre études a été inclus dans la révision. On y trouve neuf études expérimentales ou quasi expérimentales, onze études descriptives et quatre études qualitatives. L'étude a permis d'évaluer les effets des structures, des processus et des caractéristiques de l'équipe sur les résultats pour le patient, l'infirmière et l'institution. Un ensemble de diverses structures d'équipe a été étudié, notamment les soins infirmiers intégraux, les équipes de soins infirmiers, les modèles multidisciplinaires et les partenariats en soins infirmiers.

Voici une liste des recommandations concernant la pratique qui ont pu être établies grâce à cette étude :

- il est possible d'améliorer le fonctionnement des équipes en invitant le personnel à participer à l'implantation des politiques;
- l'amélioration des résultats pour le patient, le personnel et l'organisation est directement liée à l'utilisation d'une approche coordonnée de l'offre de soins de santé;
- il est nécessaire d'établir des mesures spécifiques pour évaluer les résultats du travail d'équipe;
- les caractéristiques de l'équipe qui permettent d'atteindre des résultats positifs comprennent notamment l'imputabilité, l'engagement, l'enthousiasme, la motivation, le soutien social, la réduction des conflits et une communication efficace entre les membres de l'équipe.

Voici une liste de recommandations qui ont pu être établies grâce à cette étude et qui concernent les initiatives de recherche futures :

- les effets des caractéristiques, des structures et des processus de l'équipe de travail sur les résultats devraient être étudiés plus en profondeur;
- les effets financiers des processus et des structures utilisés par l'équipe devraient être étudiés plus en profondeur.

# Annexe D: Mesures des concepts liés au modèle de soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

| Instruments de mesure multidimensionnels | Instruments de mesure de concepts d'équipe spécifiques |
|---|---|
| • Questionnaire sur les interactions entre les fournisseurs de soins de santé [91]<br>• Échelle d'interaction entre les groupes [92, 93]<br>• Inventaire de l'atmosphère de l'équipe [94]<br>• Questionnaire sur les attitudes de gestion de la salle d'opération [95] | • Coordination relationnellle [51, 69]<br>• Pondération de la méthode de coordination [96]<br>• Pondération des soins en collaboration [59]<br>• Décision concernant l'échelle de transfert [97] |

## Notes :

# Notes :

## Notes :

NOVEMBRE 2006

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

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES DES SOINS INFIRMIERS

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain

# Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières

*Soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Rendu possible grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.*

*Élaboré en collaboration avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada.*

ISBN
0-920166-77-6

Ontario