

HEC MONTRÉAL

Leadership partagé en contexte de collaboration interprofessionnelle

par

Véronique Blais

Sciences de la gestion
Développement organisationnel

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences
(M.Sc.)

Septembre 2015
© Véronique Blais, 2015

HEC MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche

RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2015-1288, 1279 - 1279

Titre du projet de recherche : Projet Transit - Programme de transformation des pratiques cliniques interprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs en première ligne

Chercheur principal :

Celine Bareil, Professeure agrégée, Département de management, HEC Montréal

Cochercheurs :

Veronique Blais;

Date d'approbation du projet : 25 février 2014

Date d'entrée en vigueur du certificat : 01 février 2015

Date d'échéance du certificat : 01 février 2016.



Maurice Lemelin
Président du CER de HEC Montréal

Sommaire

Dans le cadre de ce mémoire par article, nous examinons le leadership partagé de même que ses déterminants dans des équipes interprofessionnelles du secteur de la santé. L'objectif de l'étude consiste à comparer le leadership partagé et ses antécédents entre les équipes ayant démontré plus de pratiques de collaboration interprofessionnelle et les autres. Ce mémoire utilise les données recueillies auprès de quatre équipes interprofessionnelles, dans le cadre d'une étude sur la *transformation* des pratiques *interprofessionnelles* (TRANSIT) ayant pris place en 2012-2013. Nous avons utilisé des données qualitatives provenant de la retranscription d'entrevues individuelles et de groupe, auprès des équipes, des infirmières et des facilitatrices externes, ainsi que des journaux de bord.

Les résultats suggèrent que les équipes ayant démontré plus de collaboration interprofessionnelle ont tendance à manifester plus de leadership partagé et celui-ci tend à évoluer dans le temps. Toutefois, il peut se développer également dans les équipes moins collaboratives. Le leadership partagé apparaît lorsque l'environnement interne de l'équipe est favorable (en termes de buts partagés, de soutien social et d'apport individuel (*voice*)). Le coaching de soutien était présent dans les quatre équipes. Le leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*) du médecin tend à favoriser le développement d'un leadership partagé au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Mots clés : Leadership partagé, leadership d'inclusion, équipe interprofessionnelle, collaboration interprofessionnelle.

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| Avis de conformité CER | p.2 |
| Sommaire | p.3 |
| Table des matières | p.4 |
| Remerciements | p.5 |
| INTRODUCTION | p.6 |
| CHAPITRE 1 Revue de littérature | |
| 1.1 La collaboration interprofessionnelle | p.9 |
| 1.1.1 La nature et les attributs de la collaboration | |
| 1.1.2 Les bénéfices de la collaboration | |
| 1.1.3 Leviers et obstacles de la collaboration | |
| 1.2.Le leadership partagé | p.19 |
| 1.2.1 La nature du leadership partagé | |
| 1.2.2 La mesure du leadership partagé | |
| 1.2.3 Le leadership partagé et les résultats de l'équipe | |
| 1.2.4 Les conditions nécessaires à son émergence | |
| 1.2.5 Les déterminants du leadership partagé | |
| 3.Le développement des équipes | p.30 |
| 1.3.1 Les stades du développement des équipes | |
| 1.3.2 Le leadership et le développement des équipes | |
| 1.3.3 Le leadership partagé et le développement des équipes | |
| 4. La sécurité psychologique dans l'équipe | p.36 |
| 1.4.1 La sécurité psychologique, nature et bénéfices | |
| 1.4.2 La libre expression (<i>speaking up</i>) | |
| 1.4.2 Le leadership d'inclusion (<i>leadership inclusiveness</i>) | |
| CHAPITRE 2 Article | p.42 |
| CHAPITRE 3 Complément au cadre conceptuel | p.72 |
| CHAPITRE 4 Complément de méthodologie | p.76 |
| CONCLUSION | p.90 |
| BIBLIOGRAPHIE | p.97 |

Remerciements

Je ne pourrais faire autrement que de débiter en remerciant mon extraordinaire directrice de mémoire, Céline Bareil, qui m'a soutenue tout au long de mon parcours. Sa grande patience, ses encouragements, ses conseils et son humour, toujours prodigués avec un dosage adapté à mes besoins du moment, ont vraiment fait la différence. Un merci également à Charlotte Cloutier, qui m'a guidée durant l'atelier de recherche, et qui a su me motiver à adopter la rigueur nécessaire à mon avancement.

Je remercie aussi mes parents, qui ont joué un rôle de premier plan dans le développement de la curiosité intellectuelle qui m'a donné envie de poursuivre mes études. À mes sœurs également, dont deux d'entre elles m'ont précédée dans l'aventure du retour aux études pour obtenir un diplôme de deuxième cycle, et qui m'ont donné envie de croire que c'était possible pour moi aussi.

Un merci tout spécial à mes cinq beaux enfants, qui m'ont inspiré le courage de poursuivre jusqu'au bout, même lorsque je trouvais que c'était long et difficile.

Et finalement, à mon merveilleux mari qui, même s'il n'a pas compris dès le départ pourquoi j'ai voulu m'infliger tout ce mal, m'a toujours encouragée et soutenue.

INTRODUCTION

La complexité grandissante du domaine des soins de santé fait en sorte qu'il est de moins en moins probable qu'un individu seul puisse absorber l'ensemble du savoir requis pour répondre aux besoins d'un patient. Alors que les équipes interprofessionnelles se multiplient en ce domaine, il semble de plus en plus évident que celles-ci sont plus complexes que les équipes non-médicales.

La collaboration entre professionnels ne s'instaure pas sans difficulté et présente plusieurs obstacles et leviers. L'instauration d'une démocratie clinique (Long, Farsyth, Ledema et Carroll, 2006) est de plus en plus préconisée alors qu'en pratique elle tarde souvent à se manifester : les médecins interprétant la réalité du travail d'équipe de façon bien distincte des infirmières et autres professionnels (Lingard *et al.*, 2012). Alors que les membres de ces équipes devraient être en mesure de partager des objectifs communs et de s'influencer mutuellement vers leur atteinte, la hiérarchie des statuts bien ancrée semble faire obstacle à ce partage. À travers les théories traitant du leadership partagé dans les équipes et de celles qui posent les déterminants de la collaboration interprofessionnelle, plusieurs chercheurs (Day, Gronn et Salas, 2004; Borrill *et al.*, 2002; San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferreda-Videla, 2005; Nembhard et Edmondson, 2006; Carson, Telsuk et Marrone, 2007; Chelsuk et Holmboe, 2010; Detert et Burris, 2007; Hirak, Peng, Carmeli et Schaubroeck, 2012) ont noté des pistes qui permettraient de contribuer à la performance de ces équipes.

La présente étude vise à examiner les dynamiques des équipes interprofessionnelles en

santé, à la lumière d'une revue de littérature sur la collaboration interprofessionnelle, sur le leadership partagé et sur le développement des équipes. Puisqu'il appert que la hiérarchie des statuts présente dans ces équipes constitue un des principaux obstacles à la contribution optimale de tous les membres, nous intégrons également la variable du leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*), amenée par Nembhard et Edmondson (2006), comme clé de voûte du climat de sécurité psychologique nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe.

Le terrain de cette étude s'insère dans le cadre d'une recherche-action TRANSIT (*Transformation des pratiques cliniques interprofessionnelles pour améliorer la prévention cardiovasculaire en première ligne*) menée en 2012-2013 par une équipe de chercheurs. Huit groupes de médecine familiale de la région de Laval ont implanté un programme interprofessionnel pour la prévention cardiovasculaire, par lequel de nouvelles pratiques de collaboration devaient être mise en œuvre. Six de ces groupes ont bénéficié d'une stratégie d'implantation de facilitation, avec une équipe formelle de facilitation interne, une facilitatrice externe et du soutien financier, alors que les deux autres devaient implanter le programme par leurs propres moyens. Chacune des équipes étaient composées d'au minimum un médecin, une infirmière et un pharmacien, ainsi que d'autres professionnels de la santé, du groupe de médecine familiale ou de l'externe. Un journal de bord était tenu par les facilitatrices externes pour les groupes concernés, des comptes rendus des réunions ont été rédigés, et des entrevues individuelles et de groupe ont été menées à différents moments dans le temps, avec les membres de ces équipes ainsi qu'avec les facilitatrices. Notre cadre conceptuel propose de confirmer les deux antécédents au leadership partagé déjà posés par Carson *et al.* (2007), soit l'environnement interne de l'équipe et le coaching

de soutien d'un leader, dans les deux équipes ayant davantage progressé au point de vue de la collaboration interprofessionnelle, ainsi que dans les deux équipes ayant le moins progressé, durant le projet TRANSIT. Nous proposons aussi que le leadership partagé évolue dans le temps, au fil du développement de la maturité des équipes. Et troisièmement, nous proposons, à l'instar du modèle de Nembhard et Edmondson (2006), que le leadership d'inclusion des médecins leaders a agi lui aussi comme déterminant du leadership partagé dans ces équipes.

Le présent mémoire est présenté sous la forme d'un article, qui décrit l'étude réalisée ainsi que les résultats obtenus. Cet article, après traduction, sera soumis à la revue *Journal of Interprofessional Care*. Il sera précédé d'une revue de littérature sur la collaboration interprofessionnelle, le leadership partagé, le développement des équipes et la sécurité psychologique dans les équipes interprofessionnelles. Après la présentation de l'article, le cadre d'analyse de l'étude sera reproduit sous la forme d'un tableau et de l'information méthodologique complémentaire renseignera le lecteur sur la façon dont l'analyse des données a été effectuée, avant de conclure.

Ce mémoire vise à apporter un éclairage particulier aux équipes interprofessionnelles, à l'aide de l'intersection des théories qui traitent de collaboration et de celles qui traitent de leadership partagé et de ses antécédents. Toutefois, c'est principalement l'intérêt de considérer la variable du leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*) comme clé de voûte de la performance des équipes interprofessionnelles, qui est mise de l'avant à l'aide de l'étude empirique présentée.

CHAPITRE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nous débuterons cette revue en traitant de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins de santé. Nous rapporterons d'abord des informations sur sa nature et ses attributs, ainsi que sur les bénéfices qui peuvent en découler, avant de traiter des différents leviers et obstacles qui y sont rattachés. Dans un second temps, nous présenterons une revue de la littérature qui traite du leadership partagé. Dans ce cas-ci, il ne s'agit pas d'une littérature spécifique aux équipes de soins de santé, ce qui l'aurait rendue beaucoup trop restreinte. Nous exposerons une revue sur la nature du leadership partagé, sur sa mesure, ainsi que sur les liens qui ont été démontrés avec les résultats de l'équipe. Suivra une revue de la littérature sur le développement des équipes, pour permettre d'établir les liens qui s'imposent avec les besoins en leadership, ainsi qu'avec le leadership partagé. La dernière section de cette revue traitera de la notion de sécurité psychologique dans les équipes, ainsi que de deux variables qui y sont associées : la libre expression (*speaking up*) et le leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*).

1.1 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins de santé fait l'objet d'une vaste littérature. Dans cette section, nous passerons en revue les attributs qui sont généralement liés à ce concept, ses effets reconnus sur des variables comme l'efficacité des équipes et la santé du patient, afin de justifier l'intérêt qu'on y porte, pour ensuite faire le tour des principaux leviers et obstacles à sa mise en place.

Mais apportons d'abord une précision terminologique qui nous permettra de justifier l'emploi du terme *interprofessionnel(le)* pour qualifier ces équipes, de même que la collaboration elle-même.

D'abord, l'utilisation du préfixe *inter*, en exprimant la réciprocité ou l'action mutuelle, se distingue aisément du préfixe *multi* qui exprime plutôt la combinaison. D'amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu (2005) précisent que l'interdisciplinarité implique en ce sens un niveau plus élevé de collaboration, basée sur l'intégration de savoir et d'expertise de chacun des professionnels.

Quant aux termes *interprofessionnel(le)* et *interdisciplinaire*, ils semblent être utilisés de façon interchangeable pour désigner le travail entre professionnels de disciplines diverses, les uns privilégiant le premier (Bender, Connelly et Brown, 2013; Farrell, Schmitt et Heinemann, 1986, 2001; Bronstein, 2003; Edmondson, 2003; McCallin, 2001, 2003; Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002), les autres, le second (D'Amour, 1997; D'Amour, Sicotte et Levy, 1999; D'Amour *et al.*, 2005; Leathart, 1994; Lingard *et al.*, 2012; Mitchell, Parker, Giles et Boyle, 2014, Lalonde *et al.*, 2012, 2014).

Dans ce mémoire, nous privilégierons l'appellation *interprofessionnel(le)*, qui présente l'avantage d'être plus spécifique en référant plus directement aux membres qui doivent établir des relations de collaboration. Selon Le Petit Larousse illustré (2016), ce terme désigne « Qui groupe, concerne plusieurs professions », alors que le terme *interdisciplinaire* réfère à « Qui établit des relations entre plusieurs sciences ou disciplines ».

1.1.1 Collaboration interprofessionnelle – nature et attributs

Le concept de collaboration au sens large peut être défini de différentes façons, notamment comme « the act of working jointly », ou encore « the act of cooperating with an enemy that is occupying your country » (Petri, 2010 : 74). Éthymologiquement, le mot *collaborer* tire ses racines du latin *collaborare* qui signifie « labour together » (Henneman, Lee et Cohen, 1995). Dans le contexte de la santé, le terme de *collaboration* est fréquemment utilisé en référence à la relation entre deux groupes de professionnels, parfois adverses, que sont les médecins et les infirmières (Henneman *et al.*, 1995). Plusieurs autres disciplines et professions sont toutefois impliquées dans les équipes de soins de santé, et ceci doit être pris en considération dans l'analyse du phénomène. La pratique interprofessionnelle pour sa part réfère à « people with distinct disciplinary training working together for a common purpose, as they make different, complementary contributions to patient-focused care » (Leathard, 1994, rapporté par McCallin, 2001 : 419).

Plusieurs définitions de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé sont citées dans la littérature. Kraus (1980, rapporté par Henneman *et al.*, 1995: 104) la décrit comme «a cooperative venture based on shared power and authority. It is non-hierarchical in nature. It assumes power based on a knowledge or expertise as opposed to power based on role or functions's». Pour D'Amour (1999: 69), la collaboration est «un ensemble de relations et interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise pour les mettre, de façon

concomitante, au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci». Bronstein (2003) propose l'utilisation de la définition de Bruner (1991) qui met davantage l'emphase sur les processus interpersonnels qui la caractérisent, tout en soulevant l'aspect critique de l'interdépendance : « an effective interpersonal process that facilitates the achievement of goals that cannot be reached when individual professionals act on their own.» (Bruner, 1991, rapporté par Bronstein, 2003 : 299). Sur la base de l'analyse conceptuelle de Petri (2010 : 80), cette dernière propose une définition plus élaborée que les précédentes, et qui a la particularité d'inclure certaines conditions de succès du processus: « An interpersonal process characterized by healthcare professionals from multiple disciplines with shared objectives, decision-making, responsibility and power, working together to solve patient care problems; the process is best attained through an interprofessional education that promotes an atmosphere of mutual trust and respect, effective and open communication, and awareness and acceptance of the roles, skills, and responsibilities of the participating disciplines. »

Plusieurs recherches (Bronstein, 2003; San Martin Rodriguez *et al.*, 2005; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez *et al.*, 2005; Petri 2010) ont identifié les composantes requises pour définir la collaboration interprofessionnelle. Le modèle de la collaboration interprofessionnelle très cité de Bronstein (2003) présente cinq composantes : l'interdépendance, des activités professionnelles nouvellement créées, la flexibilité, la propriété collective des objectifs et la réflexion sur le processus. D'Amour *et al.* (2005) proposent cinq composantes qui reflètent l'ensemble du contenu du modèle de Bronstein, excluant toutefois la nécessité que les activités professionnelles soient

nouvellement créées : le partage, le partenariat, l'interdépendance, le pouvoir et l'aspect évolutif du processus. Le partage est nécessaire parce qu'il s'agit généralement de répartir les responsabilités, la prise de décision, la philosophie de soins, des valeurs, des données, le processus de planification et d'intervention. Le partenariat parce que ce sont deux acteurs ou plus qui se joignent à une entreprise collaborative, qui est collégiale, authentique et constructive. Une relation de partenariat impliquerait notamment la confiance mutuelle et le respect souvent cités comme prérequis à son établissement. Une dépendance mutuelle serait implicite à la collaboration interprofessionnelle, par opposition à une autonomie professionnelle. À cet égard, plusieurs auteurs (Brill, 1976, Ivey *et al.*, 1987 et Satin, 1994 rapportés par D'Amour *et al.*, 2005) décrivent par ailleurs la collaboration interprofessionnelle en fonction d'un continuum de l'autonomie professionnelle. Ensuite, le pouvoir est perçu comme étant partagé parmi les membres de l'équipe. La collaboration serait un partenariat caractérisé par l'habilitation simultanée des membres, desquels le pouvoir respectif de chacun d'eux serait reconnu. Henneman *et al.* (1995) précisent que le partage du pouvoir doit être basé sur le savoir et l'expertise, par opposition au rôle ou au titre. Ils soulignent à cet égard l'attribut non-hiérarchique des relations de collaboration. Finalement, la collaboration serait un processus évolutif, dynamique et interactif, un processus interpersonnel et de transformation.

Petri (2010), pour sa part, soutient que les trois composantes fondamentales sont les suivantes : processus axé sur un problème, le partage et le fait de travailler ensemble. La première composante exprime l'importance de la résolution de problèmes liés aux défis liés aux soins du patient. La seconde réfère au partage d'objectifs, buts ou visions, au

partage des responsabilités, de prise de position et de pouvoir. Et la troisième composante dénote le sens de coopération parmi les disciplines. Chaque discipline est reconnue comme apportant une contribution unique et importante, quoique complémentaire au processus (Lindeke et Sieckert, 2005). La nature de la collaboration implique aussi qu'il s'agit d'un processus volontaire qui implique une part de négociation (San Martin Rodriguez *et al.*, 2005; Henneman *et al.*, 1995).

D'Amour *et al.* (2005), par une revue des modèles de collaboration, ont ciblé deux éléments qui seraient constants dans la littérature : la construction d'une action collective qui adresse la complexité des besoins des clients et la construction d'une équipe qui intègre la perspective de chaque professionnel et dans laquelle les membres de l'équipe se respectent et se font confiance les uns et les autres.

Pour les besoins de la présente étude, nous utiliserons la définition de Petri (2010 : 80), qui est constituée d'éléments objectifs et plus aisément mesurables : « An interpersonal process characterized by healthcare professionals from multiple disciplines with shared objectives, decision-making, responsibility and power, working together to solve patient care problems ».

1.1.2 Bénéfices de la collaboration

Les bénéfices liés à la collaboration retrouvés dans la littérature peuvent être de différents ordres : au niveau de l'efficacité (de l'équipe ou de l'organisation), au niveau de la santé

des patients, mais aussi pour les professionnels eux-mêmes.

Plusieurs auteurs ont confirmé que le succès ou l'échec de l'organisation en soins de santé dépend de l'efficacité des individus à travailler ensemble en équipe (Margerison et McCanne, 1995; Smith-Blancett, 1994; rapportés par San Martin Rodriguez *et al.*, 2005). Ultimement, une collaboration interprofessionnelle efficace contribue à réduire la fragmentation des soins, ce qui bénéficie grandement à la santé des patients (Bender, Connelly et Brown, 2013). D'ailleurs, Schaefer, Helmreich et Scheidegger (1994) ont démontré que 70 à 80% des erreurs médicales seraient liées aux interactions à l'intérieur de l'équipe de soins.

Selon Henneman *et al.* (1995), les individus qui sont impliqués dans des pratiques collaboratives profitent eux aussi de l'environnement supportant qu'elles créent. La collaboration renforcerait le sentiment de compétence et d'importance, en promouvant le sentiment de succès et d'accomplissement. La collaboration augmenterait également la collégialité et le respect parmi les professionnels (Miccolo et Splanier, 1993, rapportés par Henneman *et al.*, 1995), et ces conditions permettraient à leur tour de renforcer la collaboration. Cet aspect cyclique de la collaboration assurerait son succès.

1.1.3 Leviers et obstacles à la collaboration

Il est généralement convenu que la collaboration interprofessionnelle efficace ne s'installe pas d'elle-même, et qu'il existe plusieurs obstacles qui peuvent nuire à sa mise en œuvre

(Sicotte *et al.*, 2002). Une vaste littérature décrit d'ailleurs ces barrières (Gardner, 2005; Rice *et al.*, 2010; Bender *et al.*, 2013; San Martin Rodriguez *et al.*, 2005; Chesluk et Holmboe, 2010; Makary *et al.*, 2006). Chaque discipline a sa propre philosophie, sa méthodologie, ses règles et ses valeurs et l'implantation de pratiques collaboratives suppose un changement de paradigme en brisant les silos et en éliminant la logique de compétition entre les disciplines qui pourrait exister. Chesluk et Holmboe (2010) ont démontré empiriquement que les médecins sont souvent isolés dans leur travail et que leurs routines chargées contribuent à maintenir ce phénomène, inhibant ainsi la réflexion et la collaboration. Makary *et al.* (2006) ont soulevé pour leur part la grande variance entre les attentes et les perceptions des médecins (chirurgiens et anesthésistes) et celles des infirmières, par rapport au travail d'équipe. Il a été démontré que les infirmières évaluent la qualité du travail d'équipe comme nettement inférieure à l'évaluation qu'en font les médecins.

De nombreux auteurs ont examiné les antécédents à la collaboration. San Martin Rodriguez *et al.* (2005), dans le cadre d'une revue de littérature sur ce sujet, ont ciblé les différents déterminants identifiés par la recherche empirique, en les classant en trois catégories : les déterminants systémiques, organisationnels et interactionnels.

Les déterminants systémiques réfèrent aux facteurs liés aux conditions extérieures à l'organisation. Au niveau du système social, il peut s'agir par exemple des différences de pouvoir basées sur des stéréotypes de genre et sur la disparité des statuts sociaux, qui font entrave à la collaboration. Rice *et al.* (2010), dans une étude empirique, ont découvert qu'en réponse à leur position sociale dans la hiérarchie médicale et à la subordination de leur savoir, des infirmières et d'autres professionnels médicaux ont adopté des stratégies

pour résister passivement ou travailler autour des structures de pouvoir. Au niveau culturel, ce sont les différences de perspectives et de valeurs à propos de la collaboration qui sont mises de l'avant, comme une culture fortement axée sur l'autonomie et l'individualisme. Il appert d'ailleurs que le système professionnel promeut une perspective en opposition avec le rationnel de la collaboration, en encourageant la domination, l'autonomie et le contrôle, plutôt que la collégialité et la confiance (Freidson, 1986, rapporté par San Martin Rodriguez *et al.*, 2005).

Pour favoriser la collaboration, plusieurs déterminants organisationnels peuvent également être mobilisés. Il serait utile, par exemple, d'établir des structures plus horizontales que hiérarchiques et de mettre en place les processus permettant aux individus d'agir de façon autonome (Henneman *et al.*, 1995), tout en favorisant la participation, la justice, la liberté d'expression et l'interdépendance dans les équipes (Evans, 1994). Des études par Borril *et al.* (2002), D'Amour *et al.* (1999) et Prescott et Bowen (1985) ont démontré l'importance du leadership dans le développement de la collaboration, au niveau de la transmission d'une vision de collaboration. San Martin Rodriguez *et al.* (2005) rapportent également des ressources comme la proximité physique, l'espace et le temps, ainsi que des mécanismes de coordination comme la standardisation du travail et des compétences, les discussions de groupe, ou encore la formalisation des règles et protocoles, comme éléments favorables. Chesluk et Holmoe (2010) soulignent par ailleurs que le système actuel de rétribution des médecins contribue à perpétuer certains patterns défavorables à la collaboration, notamment le fait que lorsque l'équipe de soins se rassemble, c'est souvent autour des médecins, plutôt qu'autour des patients et de leur expérience. Henneman *et al.*

(1995) abondent dans ce sens, en soulignant qu'il doit exister des systèmes de récompenses qui reconnaissent les accomplissements du groupe.

Il semble toutefois que ce seraient les facteurs liés aux dynamiques internes du groupe, plutôt que les facteurs contextuels, qui auraient le plus d'impact sur l'instauration de la collaboration (Sicotte *et al.*, 2002). Dans la catégorie des déterminants interactionnels, on retrouve d'abord la volonté de collaborer, qui dépend de facteurs comme l'éducation professionnelle, l'expérience antérieure et la maturité professionnelle, et qui se manifeste par une ouverture à la collaboration, des objectifs clairs, des attentes face à la collaboration et des croyances en les bénéfices qui y sont associés (Sicotte *et al.*, 2002). Ensuite, la confiance est également identifiée comme un des éléments clés. La construction de la confiance est un processus qui peut exiger du temps, des efforts, de la patience, ainsi que des expériences antérieures positives (Henneman *et al.*, 1995). Il est important de noter que c'est à la fois la confiance en soi comme professionnel, en plus de la démonstration de confiance envers les autres, qui sont requises, et que la compétence et l'expérience sont deux composantes importantes. La communication jouerait également un rôle important dans l'instauration de la collaboration. Selon Henneman *et al.* (1995), les compétences communicationnelles sont importantes pour favoriser l'écoute de la perspective des autres, mais également pour que chacun soit capable de présenter son point de vue avec assurance. Et finalement le respect mutuel, qui nécessite de connaître et de reconnaître la complémentarité des contributions des différents professionnels dans l'équipe, est un prérequis. Le manque d'appréciation des contributions et du jugement des autres constituerait une importante barrière aux pratiques collaboratives (San Martin Rodriguez *et al.*, 2005). Il est à noter que les compétences d'ordre relationnel telles que le respect, la

confiance et une communication efficace, bien qu'ils soient cités comme des antécédents, sont repris par certains auteurs comme des attributs de la collaboration (Petri, 2010).

En résumé, la littérature qui traite de la collaboration interprofessionnelle en santé nous apprend que celle-ci suppose nécessairement un certain niveau de partage des objectifs, de la prise de décision, des responsabilités et du pouvoir (basé sur l'expertise plutôt que le statut). La collaboration est un processus évolutif, dynamique et interactif, qui suppose la présence de nombreux antécédents, à différents niveaux. En effet, les obstacles qui peuvent nuire à sa mise en place sont nombreux, et les leviers qui concernent directement les dynamiques de l'équipe seraient ceux qui auraient le plus d'impact sur son instauration.

1.2 LE LEADERSHIP PARTAGÉ

Le leadership partagé se distingue des formes plus traditionnelles du leadership, et son étude est tout à fait appropriée à l'étude des équipes qui travaillent en collaboration interprofessionnelle. Dans cette section, nous ferons un tour d'horizon du concept en discutant de sa nature, sa mesure, les résultats qu'il peut générer dans une équipe, ainsi que des conditions liées à son émergence et des déterminants qui expliquent son développement.

1.2.1 La nature du leadership partagé

Le leadership est souvent conceptualisé comme un processus d'interaction leader-follower dans de petits groupes, des équipes ou encore des dyades, qui survient dans un contexte dans lequel un leader et des subordonnées partagent un but commun et travaillent de façon conjointe pour l'atteindre. En ce sens, sa conceptualisation implique généralement une certaine forme de structure d'autorité ou des différentiels de pouvoir (Yammarino, Salas, Serban, Shirreffs et Shuffler, 2012).

Bien que la recherche sur le leadership traite souvent de la contribution d'un seul leader et de son influence descendante, il a été démontré que le leadership peut aussi être généré par un ou plusieurs individus, qui peuvent être nommés formellement ou encore émerger à même l'équipe (West *et al.*, 2003). Le leadership peut ainsi être conceptualisé comme un processus social plutôt qu'un rôle, et être partagé parmi les membres d'une équipe. Le concept de leadership partagé implique un large partage du pouvoir et de l'influence, par opposition au leadership qui serait centralisé dans les mains d'un seul individu qui agirait dans le rôle d'un supérieur dominant. Selon l'approche fonctionnelle du leadership, quiconque assume la responsabilité de répondre aux besoins de l'équipe peut être perçu comme un leader (Morgeson, DeRue et Karam, 2010). Dans un contexte où un seul leader hiérarchique n'a pas les compétences ou connaissances suffisantes à l'accomplissement de la tâche par l'équipe, cette fonction deviendrait donc partagée.

L'augmentation des équipes interprofessionnelles de soins de santé a été accompagnée d'une acceptation répandue de la philosophie du leadership partagé (Lingard *et al.*, 2012).

Les chercheurs se questionnent sur la façon dont la responsabilité devrait être partagée et les différences de pouvoir, atténuées. La littérature sur les soins interprofessionnels contient un discours axé sur le partenariat, le leadership partagé et les interactions horizontales, relationnelles, et situationnelles. Le leadership d'équipe interprofessionnelle serait collectif dans le sens où tous les membres partagent la responsabilité pour les soins du patient. McCallin (2003) rapporte que les recherches suggèrent que le leadership d'équipes interprofessionnelles est en soi un modèle de leadership partagé. Ce modèle permet que toutes les situations dans l'équipe soient prises en charge par le style et les compétences appropriées, et serait donc vital pour que l'équipe performe bien (Heineman et Zeiss, 2002).

Pearce et Conger (2003: 1) définissent le leadership partagé ainsi : « A dynamic, interactive influence process among individuals in groups for which the objectives is to lead one another to the achievement of group or organizational goals or both » . Fletcher et Kaufer (2003: 23) proposent une définition qui intègre bien l'importance du contexte dans lequel il survient : « a dynamic, multidirectional, collective activity, that like all human action and cognitive sense-making, is embedded in the context in which its occurs ». Cette définition encourage une emphase plus explicite sur la nature égalitaire, collaborative, et moins hiérarchique des interactions leader-subordonnés.

À l'intérieur du contexte des équipes et pour souligner son aspect émergent, on le définit aussi comme suit: «a simultaneous, ongoing, mutual influence process within a team that

is characterized by serial emergence of official as well as unofficial leaders» (Pearce et Barkus, 2004 : 8).

Le leadership partagé constitue donc une façon de partager les rôles et fonctions de leadership d'une façon dynamique, en fonction des besoins de la tâche. Chacun à leur tour, les membres de l'équipe utilisent leur leadership, pour diriger l'équipe vers l'atteinte des objectifs. Ce sont les connaissances de ceux-ci et conséquemment leur habileté à influencer leurs pairs selon les besoins de l'équipe, qui déterminent alors le leadership.

1.2.2 La mesure du leadership partagé

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la question de la mesure du leadership partagé. L'approche la plus répandue dans la littérature est certainement celle des réseaux sociaux, qui rend bien le côté dynamique du phénomène. Selon Carson *et al.* (2007), il s'agit de l'approche la plus appropriée, à cause du pattern d'influence réciproque qui développe et renforce les relations existantes parmi les membres de l'équipe. En ce sens, la théorie des réseaux sociaux reflète la mesure dans laquelle le leadership est distribué parmi une proportion relative élevée ou faible des membres.

Dans la littérature organisationnelle, un réseau social est défini communément comme suit : « A set of individuals with a routine and established pattern of interpersonal contacts who can be identified as members of a network exchanging information, resources, influence, affect, or power. » (Mayo, Meindl et Pastor, 2003 : 195).

Pour utiliser cette méthode, trois mesures doivent être prises en compte (Gockel et Werth, 2010). Premièrement, la mesure de centralité, basée sur l'acteur, illustre l'importance d'une personne dans le réseau, opérationnalisée en comptant le nombre de « indegree » et de « outdegree » (relations entre les membres). Ensuite, la centralisation du réseau est une mesure de la variabilité des indexes individuels, i.e. combien les membres de l'équipe diffèrent dans leur influence mutuelle. Troisièmement, la densité des réseaux représente le nombre de relations d'influence dans l'équipe, divisée par le nombre de toutes les relations possibles.

On peut alors illustrer ce phénomène sur un continuum, en fonction des sources de leadership ayant un haut degré d'influence dans l'équipe. À l'extrémité du continuum se retrouveraient les équipes dans lesquelles la plupart, sinon tous les membres procurent une influence de leadership aux autres.

1.2.3 Le leadership partagé et les résultats de l'équipe

Le leadership partagé représente une influence mutuelle ancrée dans les interactions des membres qui peut significativement améliorer la performance de l'équipe et de l'organisation (Day *et al.*, 2004). Premièrement, la complexité et l'ambiguïté expérimentées par les équipes rendent de moins en moins probable qu'un seul leader puisse accomplir avec succès toutes les fonctions de leadership dans l'équipe. Ensuite, les formes de travail d'équipe basées sur le savoir se fient sur des employés qui ont de hauts niveaux d'expertise et qui recherchent l'autonomie lorsqu'ils appliquent leurs connaissances et leurs compétences (DeNisi, Hitt et Jackson, 2003), et donc recherchent des opportunités

pour participer aux fonctions de leadership de l'équipe. Dans cette optique, il est attendu que le partage du leadership puisse générer des résultats à plusieurs niveaux, et plusieurs auteurs se sont arrêtés à tenter d'en mesurer les bénéfices de façon empirique.

Pearce et Sims (2002), dans une étude empirique auprès de 71 équipes de gestion du changement dans l'industrie automobile, ont constaté l'influence du leadership partagé sur l'efficacité perçue de l'équipe, à partir des perceptions du client, du manager, et de l'équipe elle-même. Ensley, Hmieleski et Pearce (2006), par l'étude de 154 équipes de top-management dans des startups, ont démontré que les résultats vont au-delà de l'efficacité de l'équipe, en liant le partage du leadership et les résultats financiers de l'organisation. Carson *et al.* (2007) ont mené une étude auprès de 59 équipes de consultation, et ont démontré les bénéfices du leadership partagé sur la performance de l'équipe, sur la base de l'évaluation des clients des livrables de l'équipe. D'autres auteurs se sont plutôt penchés sur des bénéfices au niveau de l'équipe elle-même. Solansky (2008), dans une étude de laboratoire, a démontré des niveaux de motivation et des avantages cognitifs en comparant les équipes qui partagent le leadership et celles qui ne le partagent pas. Cette même auteure a aussi démontré une corrélation négative avec les conflits relationnels. Bergman, Rentsch, Small, Davenport et Bergman (2012), dans une étude auprès de 45 équipes ad-hoc de prise de décision, ont démontré l'influence du partage du leadership sur le consensus dans l'équipe, la confiance intra-groupe et la cohésion.

Bien que de nombreuses études aient démontré une efficacité certaine du leadership partagé, il est généralement convenu que ce n'est pas toujours autant le cas. Plusieurs

conditions doivent être examinées, qui peuvent favoriser ou encore faire obstacle à son efficacité. Pearce et Conger (2003) citent la distribution des compétences en lien avec la tâche, l'interdépendance dans la tâche, la complexité de la tâche, le cycle de vie de l'équipe et les valeurs culturelles. Carson *et al.* (2007) expliquent que le leadership partagé est susceptible d'être plus efficace quand les membres de l'équipe ont un haut niveau de compétences vis-à-vis la tâche, que la tâche est relativement complexe, que l'interdépendance de tâche est élevée, et quand le cycle de vie de l'équipe permet le développement du leadership partagé. Sur ce point, soulignons les processus intermédiaires discutés plus tôt, par lesquels il est suggéré que le leadership partagé peut se développer, tels que la confiance, le sentiment d'efficacité d'équipe et l'engagement. Les membres doivent notamment avoir le temps de prouver leur compétence aux autres membres pour permettre l'acceptation d'une responsabilité collective du travail d'équipe (McCallin, 2003). Bligh, Pearce et Kohles (2006) ajoutent que le leadership partagé est particulièrement critique lorsque l'engagement actif de plusieurs membres de l'équipe est nécessaire à la résolution d'un problème, ou lorsque l'innovation ou la création de savoir sont critiques au succès de l'équipe. Ces mêmes auteurs proposent que ce sont dans les milieux où les membres sont encouragés à se diriger eux-mêmes et à partager l'influence avec leurs pairs dans la définition de problème, prise de décision, résolution de problème et dans l'identification d'opportunités et de défis, et qu'il y a interdépendance et complexité, que le leadership partagé peut produire plus de créativité et d'innovation.

1.2.4 Les conditions nécessaires à l'émergence du leadership partagé

L'habilitation (*empowerment*) est un concept souvent cité comme base au leadership partagé, parce que l'auto-leadership (*self-leadership*) est considéré comme un prérequis à l'émergence du leadership partagé dans une équipe. L'auto-leadership se définit comme « a process through which people influence themselves to achieve the self-direction and self-motivation needed to perform. » (Houghton, Neck et Manz, 2003 : 126).

Le construit motivationnel de l'empowerment est lié à l'expérience collective de haut niveaux de motivation vis-à-vis la tâche, et peut inciter les membres à exercer de l'influence (Carson *et al.* 2007). Ainsi, l'habilitation permettrait aux individus de développer la motivation et la capacité à s'auto-diriger, ce qui constitue une étape préalable à l'exercice de l'influence auprès de leurs pairs. Pearce et Barkus (2004) suggèrent d'ailleurs que le leadership partagé est la manifestation d'un empowerment pleinement développé dans les équipes, ce qui signifie que les membres s'engagent dans un processus simultané, continu et mutuel d'influence.

Bligh *et al.* (2006) ont proposé un modèle conceptuel qui illustre le processus à travers lequel le développement de l'auto-leadership (*self-leadership*) permet son émergence. Ces auteurs proposent que, via le développement de l'auto-leadership, les membres de l'équipe développent les comportements intermédiaires qui sont nécessaires pour s'engager dans des niveaux élevés de leadership partagé, et que ce processus engendre une création de savoir plus grande dans l'équipe. Trois dimensions importantes seraient d'abord développées au niveau individuel pour pouvoir l'être ensuite au niveau de l'équipe. Premièrement, la confiance, parce que l'habileté de partager l'influence nécessite un

certain niveau de confiance en les motifs des autres membres de l'équipe puisqu'il y a du pouvoir d'impliqué. Deuxièmement, le sentiment d'efficacité, parce que les membres de l'équipe doivent avoir l'assurance collective que les compétences en lien avec la tâche sont présentes et susceptibles d'être efficaces pour faciliter le partage du leadership d'une manière viable. Et finalement l'engagement, puisque, dans la mesure où les membres de l'équipe croient sincèrement en les valeurs, croyances et objectifs de l'équipe, ils seront plus ouverts à des formes alternatives, non traditionnelles, et parfois légèrement moins confortables pour atteindre les objectifs.

À ce sujet, Pearce et Barkus (2004) et Pearce et Manz (2005) soulignent que la présence d'employés plus qualifiés, situation typique des organisations basées sur le savoir, va procurer un terrain fertile pour des niveaux plus élevés d'auto-leadership, et conséquemment pour le développement du leadership partagé.

1.2.5 Les déterminants du leadership partagé

Carson *et al.* (2007) sont responsables d'une des seules études empiriques sur les facteurs qui permettent au leadership partagé d'évoluer, auprès d'un échantillon de 59 équipes de consultation. Ils ont découvert deux facteurs d'importance : l'environnement interne de l'équipe, ainsi que le coaching de soutien (*supportive coaching*) d'un leader externe.

L'environnement interne de l'équipe facilite le partage du leadership à travers trois dimensions : le but partagé, le support social, et l'apport individuel (*voice*). Les membres doivent avoir une compréhension similaire des objectifs de l'équipe et viser à les atteindre, donc des buts partagés. Les buts partagés favorisent la motivation, l'habilitation et

l'engagement des membres envers leur équipe et envers le travail. Ensuite, il doit y avoir suffisamment d'encouragement et de reconnaissance des contributions et accomplissements pour créer un environnement où les membres de l'équipe sentent que leur input est valorisé et apprécié. Ce support social est constitué des efforts déployés par les membres, pour se procurer la force émotionnelle et psychologique les uns aux autres. La participation active des membres qui se sentent soutenus les rend plus susceptibles de travailler de façon coopérative et de développer un sens de la responsabilité partagé pour les résultats de l'équipe. Et finalement, puisque les comportements qui facilitent les interactions et la participation dans l'équipe permettent que l'influence soit diffusée, il doit y avoir un espace pour l'apport individuel des membres. L'apport individuel (*voice*), défini par Carson *et al.* (2007 : 1222) comme « the degree to which team's members have input into how the team carries out its purpose », permet la participation à la prise de décision et à des discussions constructives au sujet des façons d'atteindre les objectifs de l'équipe. Cette troisième dimension permet d'améliorer l'influence collective, l'implication proactive et l'engagement, qui favorisent les formes mutuelles de leadership.

Ces trois dimensions se renforceraient mutuellement. Elles forment à elles trois, l'environnement interne de l'équipe, stimulent ensemble la volonté des membres à offrir leur influence à l'équipe, tout en les encourageant à se fier sur l'influence des autres membres. Cette perspective est cohérente avec les idées de Katz et Kahn (1978, rapportés par Carson *et al.*, 2007), qui soutiennent que ces deux conditions sont nécessaires à l'émergence du leadership partagé.

Au-delà de l'environnement interne, et particulièrement dans les contextes où cet environnement est faible, les auteurs ont noté l'importance des comportements de coaching

de soutien (*supportive coaching*) du leader d'équipe ou de toute personne qui exerce du leadership sur l'équipe dans le but de développer la motivation et la capacité des membres de se diriger. Ce sont les formes de coaching qui renforcent l'auto-leadership sans interférer avec l'autonomie de l'équipe, qui seraient appropriées pour favoriser le leadership partagé. Ces précisions permettent de distinguer le coaching de soutien de formes diverses de coaching, notamment celles qui sont plutôt orientées vers l'identification des problèmes de l'équipe ou l'engagement actif dans des interventions liées à l'accomplissement de la tâche (Morgeson *et al.*, 2005; Carson *et al.*, 2007).

Mayo *et al.* (2003) suggèrent que certains styles de leadership vertical peuvent inhiber ou encore favoriser l'émergence de leadership partagé dans l'équipe. Un style de leadership vertical fort, comme le leadership charismatique qui implique un haut niveau d'attachement au leader (House, 1977, rapporté par Mayo *et al.*, 2003), risque d'inhiber le leadership partagé. Les styles de leadership transactionnel ou transformationnel y sont plus propices.

Carson *et al.* (2007) soulignent par ailleurs que le développement du leadership partagé peut être affecté par les valeurs culturelles du milieu, particulièrement la distance hiérarchique et le collectivisme (Gibson et Zellmer-Bruhn, 2001 et Kirkman et Shapiro, 1997, rapportés par Carson *et al.*, 2007). Il serait plus susceptible de se développer dans des cultures qui sont faibles sur la distance hiérarchique, et fortes en collectivisme.

L'étude du leadership partagé dans les équipes interprofessionnelles est tout à fait pertinente, dans la mesure où les membres de ces équipes doivent pouvoir s'influencer les uns les autres vers l'accomplissement de la tâche, en fonction de leur expertise propre. Par

ailleurs, si les membres d'une équipe travaillent à favoriser la collaboration interprofessionnelle, ils préparent du même coup un terrain propice à l'émergence d'un tel processus.

La littérature sur le leadership partagé, malgré qu'elle se base pour la plupart sur des équipes relativement homogènes, nous renseigne sur la façon dont elle se manifeste, et les conditions et déterminants de son émergence. Ce sont l'environnement interne de l'équipe, ainsi que le coaching de soutien d'un leader externe, qui semblent être les déterminants clés de son développement.

1.3 LE DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES

Pour comprendre les processus qui surviennent dans les équipes interprofessionnelles, il importe de considérer d'abord la littérature plus générale qui traite du développement des équipes. Nous traiterons ensuite des particularités des dynamiques des équipes interprofessionnelles, pour se questionner ensuite sur la relation entre le leadership partagé et le développement de ces équipes.

1.3.1 Le développement des équipes

En général, il est reconnu que les processus du groupe sont de nature dynamique et qu'il est nécessaire de les étudier de façon temporelle (Zaccaro, Rittman et Marks, 2001). La

recherche sur le développement des groupes implique l'étude de leurs activités, et ces activités changent à travers la vie d'un groupe. Les périodes de temps durant lesquelles surviennent un ensemble d'activités sont généralement catégorisées en stades ou en phases, au cours desquelles les membres adoptent des comportements particuliers. Une équipe passerait donc à travers ces différentes étapes, au cours de son processus de maturation. Le modèle prédominant de l'étude du développement de l'équipe est sans contredit celui des stades de développement des équipes ou petits groupes, conçu initialement par Tuckman (1965). Selon ce modèle, les équipes passent par au moins quatre stades séquentiels, durant lesquels les membres sont préoccupés par la résolution à la fois des relations interpersonnelles et des activités en lien avec la tâche.

Durant le stade de formation, ou *forming*, les membres du groupe sont impliqués dans l'évaluation des relations interpersonnelles et des normes à l'intérieur du groupe. Ils tentent également d'identifier la nature et les frontières de la tâche, et de déterminer quelles informations sont requises. C'est généralement durant le stade d'agitation ou *storming* que des conflits intra-groupes et de l'hostilité peuvent émerger, suite à l'affirmation de l'autonomie de certains membres et aux luttes de leadership qui peuvent survenir. En parallèle, les individus peuvent démontrer de la résistance aux demandes de la tâche par des réponses émotives. Il est intéressant de noter que certains auteurs prétendent qu'à travers une série de relations, la diversité professionnelle peut augmenter les conflits affectifs dans un groupe (Jehn, 1995, rapporté par Mitchell *et al.*, 2014). Mitchell *et al.* (2014) ont d'ailleurs démontré que la diversité professionnelle est corrélée avec les conflits affectifs, lorsque les membres s'identifient fortement à leur profession. Ils ont aussi

démontré que les conflits affectifs diminuent les comportements comme l'échange, la discussion et le débat d'idées, ainsi que l'ouverture interprofessionnelle, définie comme la mesure où les membres de l'équipe sont enclins à utiliser les connaissances et compétences des autres professions pour compléter la tâche de l'équipe. Les recherches antérieures ont démontré que la friction entre les membres de l'équipe qui caractérise les conflits affectifs, mène à une désintégration behaviorale et à de faibles niveaux de comportement collaboratif (Jiatao et Hambrick, 2005, rapportés par Mitchell *et al.*, 2014). Les conflits affectifs incitent les membres à se concentrer à gérer les menaces perçues et à construire des relations, ce qui réduit la discussion et la délibération de l'équipe sur les idées importantes (Hobman, Bordia et Cynthia, 2003, rapportés par Mitchell *et al.*, 2014). Lors du stade de normalisation, *norming*, l'emphase est mise sur une cohésion grandissante au sein du groupe, une nouvelle ouverture et plus d'échanges d'informations en lien avec la tâche. La cohésion et le consensus caractérisent cette troisième phase. Au quatrième stade, de performance ou *performing*, on assiste généralement au développement d'une sous-culture dans l'équipe, au sein de laquelle les membres travaillent ensemble avec un minimum d'interaction émotionnelle, et une interdépendance positive. Les membres du groupe se concentrent à résoudre les problèmes et à compléter la tâche. Les équipes conçues pour résoudre un problème spécifique à court terme passent aussi à travers un stade de terminaison, ou *adjourning*, qui a été ajouté au modèle dans un second temps (Tuckman et Jensen, 1977). Il s'agit du stade qui précède la dissolution du groupe, et au cours duquel on assiste à un « wrapping-up » des activités.

Il est important de noter que, malgré l'aspect hiérarchique des stades de Tuckman, le

développement des équipes ne suit pas toujours une progression linéaire. Kormanski (1990, rapporté par Heineman et Zeiss, 2002), a identifié trois patterns de développement : la progression de développement/maturation, la régression/déclin de maturation, et un pattern combiné de périodes de maturation et de déclin. Heineman et Zeiss (2002) suggèrent que, dans les équipes de soins de santé, ce serait plus souvent ce dernier, appelé « montagne russe » (*roller coaster*), qui est observé, puisqu'un grand nombre de facteurs internes et externes ont un impact sur les équipes et affectent leurs niveaux de maturation et de performance.

1.3.2 Le leadership et le développement des équipes

Plusieurs auteurs ont noté que les stades de développement sont liés à des besoins différents du point de vue du leadership. Kormanski (1985) et Kormanski et Mozenter (1987), rapportés par Heineman et Zeiss (2002) ont lié les comportements des leaders d'équipe avec le développement des équipes, arguant que l'équipe requiert différents styles de leadership pour maximiser sa performance et assurer son développement. Par exemple, dans un groupe immature, le leader devrait procurer une structure et aider les membres à établir les normes (clarifier la tâche, procurer la perspective aux membres, être sensible aux besoins de dépendance, etc.). Tjosvold (2008, rapporté par Mitchell *et al.*, 2014) propose des stratégies pour minimiser les conflits qui caractérisent le stade de normalisation dans des équipes interprofessionnelles, telles que l'identification d'objectifs

partagés et coopératifs, et le renforcement de valeurs partagées, telle que la centration sur les besoins du patients.

Rousseau (2012) a également proposé une typologie des enjeux pour le responsable de l'équipe, aux différentes étapes de son développement. Au stade de la formation, il serait important d'établir des relations positives au sein de l'équipe, et de mobiliser les membres face au travail à accomplir. Au stade d'agitation, le responsable de l'équipe devrait susciter la collaboration, et concilier les différences individuelles et divergences de vues. Au stade de normalisation, il s'agirait de responsabiliser les membres à l'égard de l'équipe, et de mettre en place une structure de fonctionnement efficace. Au stade de la performance, le responsable de l'équipe devrait adopter une perspective d'amélioration continue, et entretenir la motivation des membres. Si le stade d'ajournement est pertinent, il s'agirait alors de tirer des leçons de l'expérience des membres et de faciliter la transition vers d'autres équipes.

1.3.3 Le leadership partagé et le développement des équipes

Tel que discuté plus tôt, une autre avenue de recherche considère le leadership comme un processus social ancré dans un contexte de dynamiques d'équipe et d'interactions sociales (Bligh *et al.*, 2006; Pearce et Conger, 2003). Selon cette perspective, le leadership serait moins lié à des comportements individuels, mais est plutôt lié à un potentiel, ou une capacité globale de leadership. Cette capacité serait un construit qui se développe au fil de la vie de l'équipe (Day *et al.*, 2004). Farrell, Heineman et Schmitt (1986, 2010), suggèrent que le partage du leadership au sein des équipes de soins suivrait le développement de leur

maturation. Ainsi, aux stades les plus avancés du développement d'une équipe (Tuckman et Jensen, 1977), le leadership serait partagé par une coalition de collègues. Heineman et Zeiss (2002) proposent que c'est en dépassant le second stade de développement que les équipes multidisciplinaires peuvent être qualifiées d'interdisciplinaires, en ce sens où tous les membres participent aux activités de l'équipe, partagent le leadership, et se fient les uns sur les autres pour accomplir les buts. Ainsi, l'intersection du leadership et des dynamiques d'équipes interprofessionnelles suggère que le partage du leadership dans l'équipe est pratiquement inhérent à son développement, sinon à tout le moins que le développement de l'équipe facilite le partage du leadership.

Suivant ce raisonnement, les équipes nouvellement développées (stade 1 ou 2) auraient souvent un ou parfois deux leaders, alors que les équipes plus développées (stade 3 ou 4) partageraient le leadership parmi les membres en se basant sur le besoin de certaines expertises à différents points dans le temps (Heineman et Zeiss, 2002). C'est au stade de formation qu'on peut observer une certaine polarisation autour de plusieurs leaders, avant que les membres ne deviennent une réelle coalition de collègues.

L'aspect dynamique des processus dans les équipes implique qu'on ne peut étudier celles-ci d'une façon statique. Les équipes évoluent au travers du temps, et celles qui sont caractérisées par une diversité professionnelle peuvent se distinguer des équipes plus homogènes dans les défis qui y émergent, ce qui peut influencer leur développement. La littérature qui traite de ces équipes suggèrent que l'augmentation du partage du leadership

est inhérent à leur développement, et que les équipes interprofessionnelles évoluent pour devenir une coalition de collègues au sein de laquelle les termes membres et leaders deviennent interchangeable.

1.4 LA SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUE DANS L'ÉQUIPE

Tel que discuté plus tôt, la collaboration interprofessionnelle est en soi un processus de transformation, et implique des relations non hiérarchiques et un partage du pouvoir basé sur l'expertise. Long *et al.* (2006) ont utilisé le terme de *démocratie clinique* pour décrire l'objectif ultime des équipes interprofessionnelles en soins de santé, i.e. la création de structures de communication et de prise de décision « flat » dans lesquelles les membres de l'équipe travaillent activement à subjuguer la dominance de la voie médicale en vue d'améliorer la collaboration. Lingard *et al.* (2012) ont toutefois démontré empiriquement que, bien que la majorité des médecins embrassent la philosophie de la démocratie clinique, ils agissent le plus souvent selon une philosophie de leadership hiérarchique. Ces mêmes auteurs suggèrent que les systèmes plus larges (d'éducation, de santé et médico-légal) non seulement supportent mais exigent en fait que les médecins aient un statut privilégié, ce qui soulève des défis particuliers pour le développement des équipes interprofessionnelles. Nous nous intéresserons ici au concept de sécurité psychologique, qui pourrait bien être le cœur des équipes interprofessionnelles qui fonctionnent de façon optimale.

1.4.1 La sécurité psychologique – nature et bénéfices

Lichtenstein, Alexander, McCarthy et Wells (2004) ont suggéré que les différences de statuts peuvent nuire à la participation des membres de moindres statuts, même si ces derniers sont autant engagés vis-à-vis des objectifs de l'équipe. Cette hiérarchie des statuts bien ancrée ajoutent un défi supplémentaire au travail collaboratif, dans un domaine où les enjeux sont très élevés et où la nécessité d'intégrer le savoir et l'expertise de différentes sources est inhérente à l'atteinte des objectifs des équipes (Nembhard et Edmondson, 2006). C'est dans cette perspective que les travaux d'Amy Edmondson (1999, 2003, 2004) sur la sécurité psychologique s'inscrivent, en s'intéressant aux facteurs susceptibles de contrer les effets néfastes de cette hiérarchie de statuts.

La sécurité psychologique décrit : « individual's perceptions about the consequences of interpersonal risks in their work environment » (Edmondson, 2004 : 241). Il s'agit donc d'un environnement qui est perçu comme non-menaçant du point de vue interpersonnel. Elle consiste en des croyances à propos des réactions potentielles des autres lorsqu'on se place en situation de vulnérabilité en posant une question, en demandant du feedback, en rapportant une erreur ou en proposant une nouvelle idée. La sécurité psychologique aurait une importance centrale sur le travail d'équipe, de la même façon que la confiance sur la relation dyadique. Le construit de sécurité psychologique se distingue de la confiance de trois façons : il caractérise les groupes, il considère les conséquences interpersonnelles à très court terme, et il met l'accent sur la question de savoir si les autres vont nous donner le bénéfice du doute, et non l'inverse (Edmondson, 2004).

Toujours selon Edmondson (2004), l'instauration d'un climat de sécurité psychologique dans l'équipe permettrait les comportements de recherche d'aide, de recherche de feedback, les comportements d'innovation, le décloisonnement, ainsi que la propension à parler des erreurs et des préoccupations sans craindre la menace. La sécurité psychologique est donc absolument nécessaire au travail d'équipe, parce qu'elle permet l'apprentissage et le changement. Les travaux d'Edmondson s'inscrivent d'ailleurs tout à fait dans les traces de ceux de Chris Argyris (1985) qui a suggéré que lorsque les gens expérimentent la menace interpersonnelle, ils utilisent des routines défensives qui contrecarrent leur propre apprentissage et celui de l'organisation.

1.4.2 La libre expression (*speaking up*)

S'il est si important d'établir un climat de sécurité psychologique dans les équipes, c'est d'abord parce que les individus en organisation doivent régulièrement faire le choix entre s'exprimer, ou plutôt rester silencieux, lorsqu'ils détiennent des informations ou des idées potentiellement utiles (Morisson, 2011). En choisissant de s'exprimer, les professionnels de la santé mettent leur expertise à la contribution des objectifs de l'équipe, mais réduisent également le risque d'erreur grave, voire fatale. Le concept de libre expression (*speaking up*), défini comme « an explicit communication of suggestions, problems, opinions or doubts that challenge the status quo » (Weiss *et al*, 2014 : 291), semble être utilisé de façon quasi-interchangeable avec l'apport individuel (*voice*) dans la littérature. Morrison (2011), dans un tour d'horizon des définitions de l'apport individuel (*voice*), fait ressortir quelques

attributs de ce concept : il s'agit d'un acte d'expression verbale, d'un comportement discrétionnaire, constructif dans l'intention qu'il porte, et proactif dans sa nature. Ce même auteur a d'ailleurs offert une définition intégratrice tout à fait connexe à celle de la libre expression (*speaking up*) de Weiss et ses collègues : « discretionary communication of ideas, suggestions, concerns, or opinions about work-related issues with the intent to improve organizational or unit functioning» (p.375).

1.4.3 Le leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*)

Il est généralement convenu que les comportements du leader influencent significativement les réactions des membres de l'équipe. Ainsi, si un leader apporte son soutien et qu'il offre des réponses non-défensives aux questions et défis soulevés, les membres seront plus enclins à conclure que l'équipe constitue un environnement sûr. Au contraire, si les leaders de l'équipe agissent de façon autoritaire et punitive, les membres peuvent être réticents à s'engager dans des risques interpersonnels qu'impliquent les comportements d'apprentissage (Edmondson, 1999).

C'est dans cette optique que Nembhard et Edmondson (2006 : 947) ont initié le concept de leadership d'inclusion, et étudié son importance sur le climat de sécurité psychologique dans une équipe. Ce construit, défini par ces auteures comme « word and deeds by a leader that indicate an invitation and appreciation for other's contributions », viendrait baliser la signification des différences de statuts dans les équipes. Le leadership d'inclusion est relié au comportement de coaching du leader d'équipe qui décrit les comportements qui facilitent

les processus du groupe et procure de la clarté et du feedback (Baron, 1990; Edmondson, 1999). Il est aussi lié au leadership participatif qui décrit les leaders qui consultent les travailleurs, participent à une prise de décision partagée et délèguent l'autorité de prise de décision aux subordonnées (Bass, 1990). Toutefois, la particularité de ce construit est qu'il se rapporte aux situations caractérisées par des différences de statuts et de pouvoir, et s'applique plus spécifiquement aux comportements qui visent à inviter et à reconnaître les perspectives des autres. C'est à travers l'invitation explicite ainsi que l'appréciation, que l'inclusion du leader crée la sécurité psychologique nécessaire à la libre expression (Nembhard et Edmondson, 2006). L'étude de ces auteurs s'inscrit dans la même veine que celle de Detert et Burris (2007), qui ont empiriquement démontré que le comportement du leader est le facteur le plus souvent relié à l'apport individuel (*voice*). Ils ont également démontré le rôle médiateur de la sécurité psychologique dans cette relation.

Le leadership d'inclusion des médecins leaders a été étudié empiriquement par Howard, Shaw, Felsen et Crabtree (2012). Ces auteurs ont noté qu'en plus de la sollicitation explicite de la contribution de l'équipe, les comportements d'inclusion peuvent inclure l'engagement dans une prise de décision partagée, ainsi que la facilitation de l'inclusion des non-membres. Ces auteurs ont aussi confirmé l'hypothèse de Nembhard et Edmondson (2006 : 948) au sujet de l'importance de la présence d'invitation et de reconnaissance des contributions : « Without a recognizable invitation, impressions derived from the historic lack of invitation will prevail. And, without appreciation (i.e a positive, constructive response), the initial positive impact of being invited to provide input will be insufficient to overcome the subsequent hurdle presented by status boundaries. ». Au-delà de l'étude des comportements spécifiques manifestés, Howard *et al.* (2012) ont également conclu

qu'un leadership d'inclusion efficace pourrait être bien plus qu'un ensemble de comportements isolés, mais plutôt une orientation fondamentale envers l'inclusion. Hirak, Peng, Carmeli et Schaubroeck (2012) ont quant à eux étudié la relation entre le leadership d'inclusion et la sécurité psychologique dans l'équipe, et ont découvert que ce lien est particulièrement fort lorsque les niveaux de performance antérieurs étaient faibles. Ils ont aussi établi que c'est en permettant à l'équipe d'apprendre de ses erreurs que le leadership d'inclusion favorise une meilleure performance de l'équipe.

En résumé, il appert que le besoin d'un climat de sécurité psychologique est inhérent à la réalité et aux objectifs d'une équipe interprofessionnelle, principalement à cause de la forte hiérarchie des statuts qui les caractérise. Le climat de sécurité psychologique, en stimulant la libre expression dans l'équipe, favorise le travail collaboratif. Le leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*), qui se manifeste notamment par l'invitation et la reconnaissance des contributions des membres de l'équipe, constitue un levier critique pour l'établissement d'un tel climat.

Notre étude vise donc à préciser les déterminants du leadership partagé du modèle de Carson *et al.* (2007) en y ajoutant le leadership d'inclusion du modèle de Nembhard et Edmondson (2006) et à étudier l'évolution du leadership partagé en fonction de la collaboration interprofessionnelle.

CHAPITRE 2 : ARTICLE

Cet article constitue le cœur de cette recherche. Il a été écrit en vue d'être soumis à la revue *Journal of Interprofessional Care* après sa traduction en langue anglaise. Sa longueur a été déterminée en fonction des normes de ce journal, lesquelles exigent un article dont la forme et la longueur ne doivent pas excéder 5000 mots. À date, notre article en français fait 5036 mots, en excluant les tableaux. Dans sa forme actuelle, il a été écrit par l'auteure principale de ce mémoire, supervisée par sa directrice. Une très vaste collecte de données avait déjà été complétée avant le début du travail de ce mémoire, le travail de l'auteure a consisté en une revue de littérature approfondie sur la collaboration interprofessionnelle, le leadership partagé et le leadership d'inclusion, l'élaboration d'un cadre d'analyse, l'établissement de la méthodologie, le codage et l'analyse des données conséquents, ainsi que la rédaction de l'article. La contribution des autres auteurs de l'article a été notée afin de refléter leur participation à la conception de l'étude, à la recherche de subvention, à l'identification des terrains d'étude et à la collecte des données. Il leur a été soumis à des fins d'approbation. Considérant le format qui nous a contraints à présenter le cadre d'analyse d'une façon succincte à l'intérieur de l'article, le chapitre suivant (chapitre 3) reprendra chacune des propositions et les présentera sous une forme schématique. Un complément méthodologique sera ensuite offert au chapitre 4 de ce mémoire.

To be submitted to *Journal of interprofessional care*

« Leadership partagé dans les équipes interprofessionnelles: une étude comparative qualitative »

« Shared leadership in interprofessional teams : a comparative qualitative study »

Véronique Blais, research assistant, HEC Montreal; Céline Bareil, PhD, professor, Department of Management, and Centre for Research on Organizational Transformation, HEC Montreal; Lyne Lalonde, PhD, professor, Faculty of Pharmacy, Université de Montréal, Research Team in Primary Care at CSSS Laval, CRCHUM, Montreal, Quebec, Canada; Sylvie Lessard, research assistant, HEC Montreal; Lise Lévesque, PhD, researcher, Research Team in Primary Care at CSSS Laval; Fabie Duhamel, PhD, professor, Faculty of Nursing, Université de Montréal, Research Team in Primary Care at CSSS Laval; Éveline Hudon, MD, clinical associate professor, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Research Team in Primary Care at CSSS Laval; Johanne Goudreau, PhD, professor, Faculty of Nursing, Université de Montréal, Research Team in Primary Care at CSSS Laval.

MOTS CLÉS:

leadership partagé, leadership d'inclusion; équipes interprofessionnelles; collaboration interprofessionnelle

KEY WORDS:

shared leadership, leadership inclusiveness; interprofessional teams; interprofessional collaboration

RÉSUMÉ

Les équipes interprofessionnelles sont de plus en plus impliquées dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les dynamiques de leadership sont souvent bien différentes de celles des équipes plus homogènes, à cause notamment de la forte hiérarchie des statuts qui les caractérise. Dans la présente étude qualitative, le leadership partagé est comparé entre deux paires d'équipes interprofessionnelles. Les résultats démontrent que les équipes qui se distinguent quant à l'amélioration de leur collaboration interprofessionnelle font davantage preuve de leadership partagé et possèdent un environnement interne propice à ce partage. De plus, le médecin de ces équipes exerce un leadership d'inclusion, ce qui influence également ce partage. La sensibilisation et la formation des médecins et des membres des équipes interprofessionnelles au leadership partagé et au leadership d'inclusion devraient être envisagées de même que la poursuite des recherches en cette direction.

La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé a démontré des bénéfices pour la santé du patient, pour la performance des équipes et des organisations, ainsi que pour les professionnels qui y participent, entre autres par l'augmentation du respect et de la collégialité entre ceux-ci (Henneman, Lee & Cohen, 1995; San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Fernada-Videla, 2005; Bender, Connelly & Brown, 2013). L'augmentation du nombre d'équipes interprofessionnelles a été accompagnée d'une acceptation répandue du concept de leadership partagé (McCallin, 2003; Lingard *et al.*, 2012). Pourtant, la façon dont les différences de pouvoir peuvent être atténuées mérite d'être davantage explorée pour permettre le partage du leadership, vital à la performance de ces équipes et au travail en collaboration (Heinemann & Zeiss, 2002).

Dans cet article, nous comparons le leadership partagé et ses déterminants, entre deux équipes qui se sont le plus amélioré et deux autres équipes qui se sont le moins amélioré au plan de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de première ligne aux patients. Nous examinons empiriquement le leadership partagé et son évolution dans le temps puis analysons ses déterminants selon le modèle de Carson, Telsuk and Marrone (2007). De plus, nous ajoutons aux déterminants du leadership partagé, la variable du leadership d'inclusion mise de l'avant dans le modèle de Nembhard et Edmondson (2006) sur la collaboration interprofessionnelle.

Les défis de la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est un processus interpersonnel caractérisé par des professionnels de la santé provenant de multiples disciplines qui portent des objectifs, un

processus de prise de décision, une responsabilité et du pouvoir partagés, travaillant ensemble pour résoudre les problèmes liés aux soins du patient (Petri, 2010 : 80). Il est généralement convenu que cette collaboration ne s'installe pas d'elle-même (Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002). Chaque discipline (médecine, sciences infirmières, psychologie) a sa propre philosophie et l'implantation de pratiques collaboratives suppose un changement de paradigme. Il faut souvent éliminer la logique de compétition entre les disciplines et briser les silos. Le rôle important du leadership n'a pas encore été très bien documenté dans les processus de collaboration (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, 2005). Le *Interprofessional Competency Framework* du *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) émet la suggestion que le leadership d'équipe doit changer en fonction des besoins de la situation. Ainsi, c'est plutôt l'expertise particulière de chacun, plutôt que l'autorité ou le statut, qui devrait déterminer la distribution des rôles et fonctions de leadership à travers le temps. Selon Denis, Langley et Sergi (2012), ce courant considère le partage du leadership comme un déterminant clé pour l'efficacité des équipes. Pourtant, selon ces auteurs, le leadership partagé a surtout été étudié dans les groupes relativement homogènes. Dans le contexte des équipes de soins de santé dans lesquelles le pouvoir est diffus et les rôles de leadership ne sont pas toujours bien définis, le partage du leadership apparaît comme un levier au travail collaboratif.

Leadership partagé et son évolution

Au sein des équipes, on définit le leadership partagé comme: «a simultaneous, ongoing, mutual influence process within a team that is characterized by serial emergence of official as well as unofficial leaders» (Pearce & Barkus, 2004: 8). Conformément à l'approche

fonctionnelle du leadership dans un contexte où un seul leader n'a pas les compétences ou connaissances suffisantes à l'accomplissement d'une tâche dévolue à l'équipe, cette fonction deviendrait donc partagée (Morgeson, DeRue & Karam, 2010). Chacun à leur tour, les membres d'une équipe utiliseraient leur leadership, pour diriger l'équipe vers l'atteinte de ses objectifs. L'ampleur du leadership partagé peut être appréciée en considérant différents facteurs (Gockel & Werth, 2010) comme la centralité (l'importance d'une personne dans le réseau), la centralisation du réseau (les différences d'influence entre les membres) et la densité des réseaux (le nombre de relations d'influence en rapport avec le nombre possible de relations). On peut alors illustrer le leadership partagé sur un continuum, à l'extrémité duquel tous les membres d'une équipe exercent une influence.

Proposition 1 : Il y a du leadership partagé au sein des équipes interprofessionnelles.

En plus de constituer un levier à la collaboration, plusieurs auteurs présentent le partage du leadership comme un indicateur de la collaboration. D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin Rodriguez et Pineault (2008) ont suggéré qu'un leadership monopolistique et non-consensuel serait l'apanage des équipes au plus bas niveau de collaboration, qu'un leadership fragmenté illustrerait un niveau de collaboration en évolution, alors qu'un leadership partagé et consensuel indiquerait un niveau de collaboration avancé. Farrell, Heinemann et Schmitt (1986, 2001) abondent dans le même sens, en suggérant que le partage du leadership au sein des équipes de soins suivrait le développement de leur maturation. Ainsi, aux stades les plus avancés du développement d'une équipe (Tuckman & Jensen, 1977), le leadership serait partagé par une coalition de collègues.

Proposition 2 : Dans les équipes où la collaboration interprofessionnelle s'accroît, le leadership partagé a tendance à s'accroître également.

Les déterminants du leadership partagé selon le modèle de Carson *et al.* (2007)

Carson *et al.* (2007) ont mené l'une des seules études empiriques qui a identifié les conditions qui permettent au leadership partagé de se développer dans les équipes. Ils ont découvert que certaines dimensions de l'environnement interne d'une équipe facilitent le partage du leadership. Ces trois dimensions sont complémentaires et mutuellement renforçatrices : le partage de buts communs, le soutien social, et l'apport individuel (*voice*). Les membres d'une équipe ont habituellement une compréhension commune des objectifs de l'équipe et visent à les atteindre. Ils s'encouragent et reconnaissent les contributions et les réalisations des autres pour créer un environnement où les membres de l'équipe sentent que leur input est valorisé et apprécié. Finalement, ils créent des espaces pour l'apport individuel de chacun, défini comme « the degree to which team's members have input into how the team carries out its purpose. » (Carson *et al.*, 2007 : 1222).

Proposition 3 : Lorsque l'environnement interne de l'équipe interprofessionnelle (buts partagés, support social et apport individuel) est favorable, le leadership partagé a tendance à être plus élevé.

Au-delà de l'environnement interne et surtout lorsque ce dernier est peu propice aux échanges, Carson *et al.* (2007) ont ajouté l'importance des comportements de coaching

d'un leader externe pour développer la motivation et la capacité des membres de se diriger. Ce sont les formes de coaching qui renforcent le leadership des membres sans interférer avec l'autonomie de l'équipe, qui seraient appropriées pour favoriser le leadership partagé, plutôt que des formes de coaching orientées vers l'identification des problèmes de l'équipe et l'engagement actif dans des interventions liées à l'accomplissement de la tâche (Morgeson, DeRue & Karam, 2005; Carson *et al.*, 2007).

Proposition 4 : Lorsqu'un leader externe exerce du soutien sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé.

Le leadership d'inclusion selon le modèle de Nembhard et Edmondson (2006)

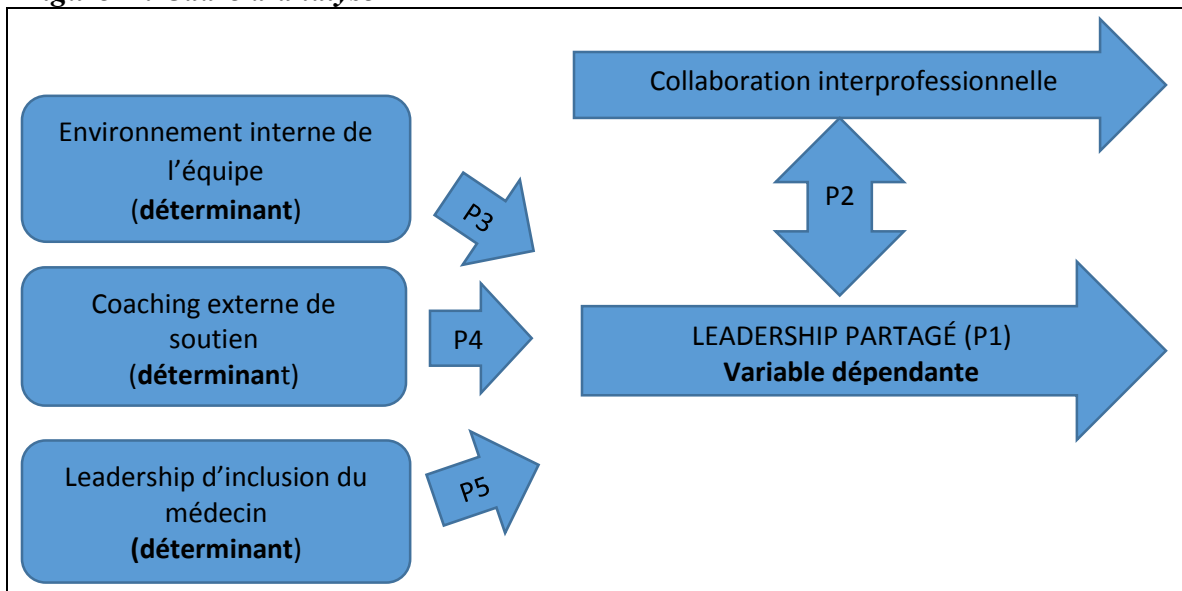
Tout comme le leadership partagé, le travail collaboratif peut également se développer. La recherche sur les déterminants du travail collaboratif nous renseigne sur l'importance des variables du leadership d'inclusion et de libre expression (*speaking up*). Lichtenstein, Alexander, McCarthy et Wells (2004) ont démontré que les différences de statuts peuvent nuire à la participation des membres de moindres statuts, même si ces derniers sont engagés vis-à-vis des objectifs de l'équipe. Puisque le travail collaboratif implique un partage d'informations et d'idées ainsi que l'intégration de perspectives entre différents professionnels, il ne peut survenir qu'à la condition que les professionnels de tous statuts puissent y contribuer. C'est pourquoi il est nécessaire de développer un climat d'équipe caractérisé par la confiance interpersonnelle et le respect, dans lequel les gens sont confortables de s'exprimer et de contribuer. Ce climat favorise la libre expression dans l'équipe, soit la propension à parler des erreurs et des préoccupations sans craindre la

menace (Edmondson, 2004), ce qui s'avère nécessaire à l'apprentissage collaboratif. Alors qu'Edmondson (2004) avait noté l'importance des comportements du leader pour l'instauration de ce climat, Nembhard et Edmondson (2006 : 947) ont démontré l'importance du construit de leadership d'inclusion, défini comme « words and deeds exhibited by a leader or leaders that indicate an invitation and appreciation for other's contributions ». Ces auteures suggèrent que les comportements actifs d'inclusion de la part de médecins leaders représentent une voie essentielle pour faciliter l'engagement de tous dans un travail collaboratif en équipe, particulièrement dans le système de soins où la culture est profondément hiérarchique. Les médecins leaders qui investissent des efforts pour créer un climat de sécurité psychologique, notamment en se présentant comme disponible et facile d'approche, en invitant les contributions et le feedback, et en agissant comme un modèle d'ouverture et de faillibilité font preuve de leadership d'inclusion. Howard, Shaw, Felsen et Crabtree (2012) ont testé empiriquement les manifestations de leadership d'inclusion de la part des médecins leaders et soulignent qu'une orientation générale vers l'inclusion est nécessaire pour éviter que le silence (*cultural silencing*) des individus de statuts inférieurs nuise aux objectifs de l'équipe.

Compte tenu de la proximité théorique des antécédents au leadership partagé de Carson *et al.* (environnement interne de l'équipe et coaching externe de soutien) et de ceux du travail collaboratif (leadership d'inclusion et sécurité psychologique), de Nembhard et Edmondson, nous croyons qu'il est probable que le leadership d'inclusion du médecin favorise le développement du leadership partagé, dans les équipes caractérisées par des différences importantes de statuts.

Proposition 5: Lorsque le médecin exerce du leadership d'inclusion sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé.

Figure 1 : Cadre d'analyse



MÉTHODOLOGIE

Programme : Dans le cadre d'une recherche-action, un programme pour la TRANSformation de la collaboration InTerprofessionnelle en soins de première ligne (programme TRANSIT) a été développé. Des objectifs d'amélioration de la prévention cardiovasculaire des patients menant à leur auto-gestion étaient visés, à travers l'amélioration des pratiques de collaboration interprofessionnelle auprès des médecins, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, kinésologues et psychologues et personnel cléricale (dans certains cas). Le programme TRANSIT s'est déroulé sur 3 ans (voir Lalonde *et al.*, 2012); par ailleurs, la collecte des données pour cette étude a eu lieu pendant les derniers 18 mois, lors de l'implantation des nouvelles pratiques et la mesure de leur

efficacité.

Participants : Huit cliniques de soins de première ligne (GMF privé ou public ou UMF) ont participé à l'étude. Chacune a créé une équipe de facilitation, dont le rôle était de tester et de promouvoir des changements de pratiques dans leur réseau professionnel. Chaque équipe, dont la taille variait de 5 à 11 membres, était constituée d'au moins un médecin et une infirmière, en plus d'autres professionnels.

Collecte de données quantitatives : Le niveau de collaboration interprofessionnelle a été mesuré pour chacun des GMF, au T1 et au T15, à partir de seize indicateurs de qualité de soins (Lalonde *et al.*, 2014) provenant : des dossiers des patients (9 indicateurs), d'un questionnaire auto-administré aux patients (6 indicateurs), et des dossiers centralisés permettant la gestion des ordonnances médicamenteuses (1 indicateur). À partir de la moyenne de ces indicateurs de qualité, les cliniques ont été classées selon l'ampleur de leur amélioration au plan de la collaboration interprofessionnelle. Nous avons sélectionné les deux cliniques qui se sont le plus améliorées parmi les huit (que nous avons identifiées A et B), ainsi que les deux cliniques qui se sont le moins améliorées (que nous avons identifiées C et D). Il est à noter que la paire d'équipes de facilitation A et B ont progressé de plus du double (110% de plus) quant à la qualité de leur collaboration interprofessionnelle comparativement à la paire C-D et que ce sont les équipes dont le niveau de collaboration interprofessionnelle était au départ, le plus élevé et le plus faible qui se sont davantage améliorées. Ce choix méthodologique nous a permis de comparer deux paires d'équipes suffisamment différentes sur le plan de la collaboration interprofessionnelle, pour vérifier nos propositions de recherche.

Collecte de données qualitatives :

Les quatre équipes qui constituent notre échantillon étaient accompagnées d'une facilitatrice externe tout au long du projet (dans le cas de notre échantillon, il s'agissait de deux personnes distinctes, l'une, accompagnant trois équipes et l'autre, une seule). Un total de vingt-quatre entrevues ont permis de collecter des données au sujet de ces quatre équipes à divers moments au cours de l'implantation : huit entrevues individuelles auprès des infirmières-pivot (T6, T12), huit entrevues individuelles auprès des facilitatrices (T3, T6, T9, T12), et huit entrevues de type focus group auprès des équipes de facilitation (T6, T12). Ces entrevues ont été enregistrées et retranscrites. Les facilitatrices complétaient également un journal de bord de leurs interventions, en y consignant toutes les observations pertinentes sur les dynamiques internes des équipes, notamment sur le partage des rôles dans l'équipe, la participation des membres au travail d'équipe et la qualité des relations interpersonnelles (leadership, conflits et alliances).

Analyse qualitative inter-cas : Les données qualitatives de chacun des quatre cas ont servi à produire des histoires de cas détaillées. Cette approche, appropriée pour l'étude de phénomènes complexes et plus particulièrement au niveau d'analyse des petits groupes, nous a permis de conserver une approche holistique et axée sur la réalité du terrain (Yin, 2014). Les histoires de cas ont ensuite été comparées par paires (A-B et C-D), dans l'intention d'en faire ressortir les similarités et les différences, au niveau du leadership partagé et de ses antécédents qui font l'objet de nos propositions de recherche.

RÉSULTATS

Suite à l'analyse qualitative inter-cas, voici les résultats qui ont été obtenus pour chaque proposition.

Proposition 1 : Il y a du leadership partagé au sein des équipes interprofessionnelles.

Dans les deux équipes (A-B) ayant davantage progressé au point de vue de la collaboration interprofessionnelle, le leadership émerge naturellement parmi les membres de l'équipe et est partagé en fonction de l'expertise des membres. En ce sens, on peut dire que la densité du partage du leadership est élevée, et la centralisation, faible.

Dans les deux équipes (C-D) ayant moins progressé, on remarque certains leaders d'opinion forts qui influencent les priorités sur lesquelles l'équipe travaille, ce qui contribue à la fragmentation du leadership. Le partage de l'expertise n'est pas étendu à l'ensemble du groupe. Le leadership dans ces équipes émerge d'un nombre très limité de membres. Dans les deux cas, des sous-groupes se sont créés. La centralité de certains acteurs, notamment le médecin de l'équipe D et les infirmières de l'équipe C, est très élevée, le partage de leadership est beaucoup moins dense que dans les deux autres équipes.

Tableau 1 : Résultats relatifs à la proposition 1 (présence du leadership partagé)

| Équipe | |
|--------|---|
| A | <p>« Dans l'équipe..., il y avait beaucoup de personnes fortes et du leadership. Mais respectueux aussi l'un de l'autre, il n'y avait pas de bataille de coqs non plus; c'était vraiment une équipe dynamique, très très dynamique » (Facilitatrice, équipe A, à T12)</p> <p>« Bien le leadership, si on les prend toutes une par une... Équipe A, docteur x est très bon leader. [L'infirmière-pivot] aussi est bien. Elle a besoin de support du docteur X parce que les infirmières lui donnent du fil à retordre, les autres infirmières qui ne sont pas sur l'équipe. C'est quand même gros, la clinique, à GMFA. Puis on a aussi [la pharmacienne] qui est très forte au niveau leadership, la pharmacienne. » (Facilitatrice équipe A à T12)</p> |
| B | <p>« Mais... en fait, je dirais que dans cette équipe-là, oui, il y a un leader, mais les autres aussi participent aussi à ce leadership-là. » (Facilitatrice équipe B à T3)</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>« Donc pour [équipe B]... ça, la première réunion, c'est venu plus facilement au niveau de bien comprendre c'est quoi le projet, qu'est-ce qu'ils font ici, le pourquoi, la plus value chez les patients aussi. Parce qu'il y avait des leaders positifs déjà qui voulaient savoir... à quoi ça sert ce projet-là, d'où est-ce que ça part, c'est quoi l'historique. Donc ça, ça a été plus facile pour les amener tout de suite aux points à avoir. » (Facilitatrice équipe B à T3)</p> <p>« Puis là, [nutritionniste], [kinésologue], [pharmacien]... c'est tous des gens super dynamiques, qui ont tous participé vraiment dans les réunions, qui avaient tout le temps un petit quelque chose, une solution, une idée : on pourrait peut-être faire ça comme ça... Fait que vraiment, on est super bien tombés. » (Infirmière équipe B à T6)</p> <p>« Oui oui, c'est ça, on brasse tout ça, puis là un dit quelque chose, là oups l'autre fait du pouce là-dessus. » (Infirmière équipe B à T6)</p> <p>« Puis au niveau du leadership, comment ça se passait? C'était très uniforme, en fait, je dirais. Tout le monde jasait, parlait. Il y avait toujours à peu près le même niveau d'implication, puis d'opinion, de participation sur tout » (Facilitatrice, équipe B à T12)</p> |
| C | <p>«Moi, ce que je voulais dire par rapport à l'équipe, c'est qu'on dirait qu'il y avait comme deux groupes. Malheureusement, justement en définissant moins les rôles, il y avait comme un groupe passif puis un groupe actif. » (Infirmière, équipe C, à T12)</p> <p>« Le pharmacien et Dre X amenaient très souvent des réflexions/questionnements pertinents p/r aux sujets discutés. Dr. X très ouvert à s'impliquer – étant très récemment intégré – présence très positive, mais est semble avoir un tempérament « calme » ce qui pourrait équilibrer le leadership plus «vif » du pharmacien au sein de l'équipe. La kiné plutôt silencieuse – à intégrer peut-être davantage les prochains rencontres. La nutritionniste – intervient – propose idée – approuve au moment opportun – participation « normale » ». (Facilitatrice équipe B via Journal de Bord suite à la première réunion)</p> |
| D | <p>« Parce que [équipe D], ils ont une autre dynamique. C'est que... je pense que... c'est la leader, en fait, la leader du groupe, qui est docteur X : elle, elle a ses priorités en tête et elle veut que ça soit... les objectifs soient atteints selon ses propres priorités. (facilitatrice équipe D à T9)</p> <p>« Il y a bcp d'échange entre Dre. X, [pharmacienne A] et [pharmacienne B], les 2 pharmaciennes, peu entre les autres membres de l'équipe (malgré que je les ai fait participé en leur demandant leur besoin aussi pour que Dre X puisse être leur porte-parole pour les autres professionnels, mais ce fut court car peu de besoin). J'ai dû à plusieurs reprises ramener ce petit groupe à l'essentiel de la réunion (car Dre. X me semblait assez en forme sur ce sujet et c'est un dossier qui la tient à cœur – donc parlait bcp...). » (Facilitatrice équipe D via Journal de Bord)</p> <p>« Belle équipe – leadership de Dre. X qui « dirigeait » le plus la réunion, mais les autres étaient aussi impliqués dans le leadership – il n'y avait personne d'effacé. » (Facilitatrice via Journal de Bord)</p> |

L'analyse des résultats dans les quatre équipes confirme la présence de leadership partagé au sein des équipes interprofessionnelles.

Proposition 2 : Dans les équipes où la collaboration interprofessionnelle s'accroît, le leadership partagé a tendance à s'accroître également.

Dans les équipes A-B et C, le partage du leadership a évolué au fil du temps (sur une période de 15 mois).

Dans les équipes A et B, au début de la vie de l'équipe, il y a quelques leaders et certains membres plus effacés. Vers la fin du projet, tous les membres exercent du leadership et on peut affirmer que le leadership est partagé à travers l'ensemble de l'équipe.

Dans l'équipe C, malgré la faible densité des réseaux, on peut noter tout de même une certaine évolution, puisqu'au fil du temps, certains membres commencent à assumer un leadership qui n'était pas manifeste au départ.

Toutefois dans l'équipe D, on ne remarque aucune évolution, le leadership demeurant essentiellement dans les mains du médecin, tout au long du projet.

Tableau 2 : Résultats relatifs à la proposition 2 (accroissement du leadership partagé)

| Équipe | Temps | |
|--------|-------|--|
| A | 6 | « Psychologue participe peu aux discussions de l'équipe » (Facilitatrice à T6, via son journal de bord) |
| | 9 | « Bonne participation de chacun, davantage de Dr X qui est le leader de l'équipe. La psychologue a participé davantage cette fois –ci, j'en étais bien heureuse. L'esprit d'équipe est très bon. On voit qu'ils prennent à cœur le projet et sont très impliqués. » (Facilitatrice via Journal de Bord, T9) |
| | 12 | « [kinésologue] était plus effacée (...) [kinésologue] a pris beaucoup d'assurance, elle s'est sentie plus supportée dans l'équipe et, par la suite, elle a pris davantage sa place. » (Facilitatrice, équipe A à T12) « Dans l'équipe..., il y avait beaucoup de personnes fortes et du leadership. Mais respectueux aussi l'un de l'autre, il n'y avait pas de bataille de coqs non plus; c'était vraiment une équipe dynamique, très très dynamique » (Facilitatrice, équipe A, à T12) |
| B | 12 | « Au début, au niveau de la kinésologue, mais elle, c'est une personne, je pense, qui est timide, donc elle s'est ouvert de plus en plus et maintenant, voilà, qui poursuit la facilitatrice, c'est elle. C'est elle qui va prendre le lead de tout ça. » (Facilitatrice équipe B à T12) |
| | | « Puis au niveau du leadership, comment ça se passait? C'était très uniforme, en fait, je dirais. Tout le monde jasait, parlait. Il y avait toujours à peu près le même niveau d'implication, puis d'opinion, de participation sur tout » (Facilitatrice, équipe B à T12) |

| | | |
|---|----|---|
| | | |
| C | 3 | « Début de la réunion – ambiance me semble plutôt tendue surtout par les infirmières – plutôt sérieuses. J'avais l'impression qu'elle me considère comme une maîtresse d'école...attendant que je parle – elles ont aussi vers la fin dit que je suis « la boss » au sujet d'une prise de décision à faire pour la prochaine réunion...ce que je n'ai pas trop apprécié. J'ai répliqué que c'est notre réunion, votre réunion...votre projet – qu'il est mieux de prendre la décision ensemble. » (Facilitatrice, équipe C, via Journal de Bord, suite à réunion 3) |
| | 6 | « Excellente ambiance de groupe et participation de tous. La dynamique du groupe est de plus en plus fluide parmi les membres (comparativement aux 2-3 premières réunions). Je vois une grosse amélioration et j'en suis contente pour eux. » (Facilitatrice, équipe C, suite à réunion 6) |
| D | 6 | « Pas de conflit, leadership fort présent de Dr X. qui émettait beaucoup de commentaires et d'opinions sur les différents aspects. » (Facilitatrice équipe D à T6) |
| | 12 | « Puis à (équipe D), au niveau du leadership, comment ça se passe? P : Docteur X. Définitivement c'est docteur X qui est plus la personne centrale du groupe. » (Facilitatrice équipe D à T12) |

L'analyse des résultats des équipes A-B et C suggère que, lorsque la collaboration interprofessionnelle s'accroît, le leadership partagé s'accroît également, confirmant ainsi partiellement notre seconde proposition. Ainsi, dans les équipes s'étant le plus amélioré au plan de la collaboration interprofessionnelle, le leadership partagé a évolué alors qu'il a aussi évolué dans l'une des deux équipes s'étant le moins amélioré au plan de la collaboration interprofessionnelle. Cela tend donc à démontrer que le leadership partagé peut évoluer même au sein d'équipes qui se sont peu améliorées.

Proposition 3 : Lorsque l'environnement interne de l'équipe interprofessionnelle (buts partagés, support social et apport individuel) est favorable, le leadership partagé a tendance à être plus élevé : environnement interne en tant que déterminant du leadership partagé.

Dans les équipes A-B, les buts étaient partagés, le support social présent, et le climat propice à l'apport individuel (*voice*). La présence de buts partagés dans ces équipes était

implicite, se reflétant dans l'ensemble des discussions à propos de la perception du projet et des actions à mettre en place.

Dans les équipes C-D, il est difficile de trouver des buts communs. Bien que le climat ne puisse pas être qualifié de mauvais ou de méfiant dans aucune de ces deux équipes, on ne ressent pas de réelle cohésion. Le climat est peu propice à l'apprentissage et à la libre expression. Les membres ne se remettent pas en question et il y a des barrières aux échanges collaboratifs. Il y a des sous-groupes, des alliances, des jeux de pouvoir, et quelques frictions qui limitent la qualité du support social.

Tableau 3 : Résultats relatifs à la proposition 3 (environnement interne de l'équipe)

| Équipe | |
|----------|---|
| A | <p>.. je pense que, des fois, spontanément, il y a des gens qui vont partir (la discussion), puis quand je vois que ça ne part pas, je dis : OK, on va faire le tour de table. Ça dépend. À [équipeA], j'ai jamais besoin de demander de faire un tour de table, ça part. » (Facilitatrice, équipe A, à T3)</p> <p>« L'équipe évolue bien, tous les gens sont respectueux les uns des autres et une grande ouverture vis-à-vis l'apport de chaque profession autour de la table. » (Facilitatrice, équipe A, dans rapport 6 mois)</p> <p>« Bonne rencontre, je n'ai pas de préoccupation face à cet équipe. Elle fonctionne évolue bien et nos réunions se font à date dans le respect de chacun autour de la table. » (Facilitatrice équipe A via Journal de Bord, à T6)</p> <p>« C'est parce que là, le climat de confiance est établi avec les gens » (Facilitatrice équipe A à T9)</p> <p>« C'est une équipe très efficace » (Facilitatrice équipe A via Journal de Bord)</p> <p>« Il n'y a aucun conflit avec cette équipe . » (Facilitatrice équipe A via Journal de Bord)</p> <p>«L'équipe a tellement changé depuis le début. Elle a tellement bien évolué ». (Facilitatrice équipe A via Journal de Bord)</p> <p>« J'ai jamais senti qu'il y a une équipe qui s'est soudée comme à [GMF A] » (Facilitatrice équipe A à T12)</p> <p>« D'après moi, cette équipe-là, il y a des liens qui se sont formés entre les gens, ils ont appris à se connaître, à respecter les différentes professions, tout ça. » (facilitatrice équipe A à T12)</p> <p>« Non, ça a amené des relations beaucoup plus amicales » (Infirmière équipe A à T12)</p> |
| B | <p>« [équipe B], c'est une très très très belle équipe, vraiment super dynamique. C'est hallucinant. J'ai une très belle complicité avec eux. Entre chacun des membres aussi.» (Facilitatrice équipe B à T3)</p> <p>« Je me sens très très acceptée dans cette équipe-là, puis ils considèrent vraiment... Je ne suis pas juste une facilitatrice, mais une personne à part entière dans l'équipe. Moi,</p> |

| | |
|----------|--|
| | <p>c'est ce que je me sens. C'est comme... Puis je suis vraiment très très à l'aise avec eux, j'arrive, puis... ah, puis on parle de tout et de rien. Fait que c'est très agréable comme équipe. Puis la nutritionniste aussi, elle a toujours des commentaires très constructifs à me dire, positifs. La kinésologue... Les idées ne sortent pas seulement que... comparativement à mes deux autres GMF... peut-être à [équipe C] plus, les idées ne sortent pas que de l'infirmière, mais aussi de la nutritionniste, de la kinésologue, puis ils ont vraiment à cœur de s'améliorer. Moi, j'aime beaucoup ça... » (Facilitatrice équipe B à T3)</p> <p>« J'ai encadré ce sujet-là, puis là, j'en profitais aussi pour les encourager, pour dire que c'est bien, puis on pouvait essayer ça, puis... Mais entre eux, je pense qu'ils se motivaient déjà beaucoup, s'automotiver, s'autoencourager, j'ai moins eu à le faire, en fait, ils le faisaient déjà... » (Facilitatrice, équipe B, à T12)</p> |
| C | <p>«Au début, il y avait deux nutritionnistes et je suis... je ne veux pas être méchante, mais je suis très contente qu'il n'y en ait qu'une [nutritionniste], parce que les deux avaient des approches différentes et ça aurait été difficile pour moi de savoir vers qui j'envoyais les patients et tout ça.» (infirmière équipe C à T6)</p> <p>« Je pense que... c'est un fait, se situer... parce qu'il n'y avait pas juste [facilitatrice] à se situer, nous autres aussi. Parce que nous autres, on était quand même trois qui arrivaient d'en dehors du GMF, puis on ne savait pas trop comment qu'on allait embarquer là-dedans. Puis comment qu'ils nous percevaient, puis comment qu'on pouvait... quel rôle on pouvait jouer en fonction de nos compétences, puis ce qu'on pouvait offrir. » (Nutritionniste équipe C à T6)</p> <p>« Ouais. Je trouve que ça a été difficile, d'où l'incertitude. Quand on dit dans la réalisation, là il faut se structurer, il y avait... comme on a dit un peu, des gens de différents milieux, se trouver des façons de parler, trouver des buts communs, trouver des moyens de communication... (c'est pas facile?) » (Infirmière équipe C à T12)</p> |
| D | <p>« L'infirmière était très à l'aise de parler. Par contre, je remarquais une bonne différence dans son comportement lorsque la nutritionniste assise à côté prenait la parole concernant son domaine. Je voyais un malaise de la part de l'infirmière qui se faisait « plus petite » et qui n'osait presque pas parler ou donner de commentaire et qui regardait même la table. La nutritionniste est une personne qui semble tenir à ces tâches concernant la nutrition – qui garde son territoire très fermement – forte personnalité. » (Facilitatrice, équipe D, à T1)</p> <p>« La dynamique entre infirmière et nutritionniste était intense : tension perceptible entre elle, surtout venant de la nutritionniste. Je me demande comment cela pourrait être géré – il faudra que j'en connaisse la cause de cette forme défensive de la part de la nutritionniste et l'infirmière étant plutôt sur ses gardes n'osant pas toujours dire ces opinions lors le sujet est de la nutrition – mais son non-verbal est perceptible. » (Facilitatrice équipe D via Journal de Bord)</p> <p>« Tantôt, tu as mentionné les priorités de l'infirmière, mais c'était quoi, ses priorités? Parce que tu dis que c'est pas les mêmes que le médecin, que le docteur X. P : Quand je dis que c'est pas les mêmes, c'est peut-être pas commun, en fait, ça peut se converger, mais c'est pas tant divergent... Int : Ça serait quoi, ses priorités ou ses préoccupations? D'après toi. Docteur X, elle, elle pense beaucoup aux pharmacies communautaires. P : Oui. Int : Sinon, l'infirmière, c'est... P : Bonne question. J'ai pas investigué sur les besoins de chacun nécessairement. Pourquoi est-ce que je dis que c'est peut-être pas... C'est un objectif du médecin et... parce que ça venait d'elle, en fait. Et je pense, aussi... je le vois aussi dans la dynamique, ils ne se sentent peut-être pas autant concernés. Oui, ils écoutent, ils sont intéressés, mais... » (facilitatrice équipe D à T9)</p> |

Ces résultats confirment notre troisième proposition, à l'effet que, lorsque l'environnement interne est favorable, le leadership partagé a tendance à être plus élevé. Les trois dimensions de l'environnement interne sont fortes dans les équipes A et B, alors qu'elles sont beaucoup plus faibles dans les équipes C et D.

Proposition 4 : Lorsqu'un leader externe exerce du soutien sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé : Coaching externe de soutien en tant que déterminant du leadership partagé

Quant à la variable du coaching externe de soutien, les données démontrent que les deux facilitatrices ont travaillé dans le but de développer le leadership des membres, pour que ces derniers s'auto-dirigent et contribuent à l'avancement du groupe. Elles ont apporté leur expertise propre, et ce, dans chacune des quatre équipes (A-B-C-D) et ce, en dépit du fait que le rôle de facilitateur ait été assumé par deux personnes distinctes.

Tableau 4 : résultats relatifs à la proposition 4 (coaching externe de soutien)

| Équipe | |
|--------|--|
| A | <p>« Non, j'ai pas animé. Quand ça a été pour les cliniciens, c'est docteur X. Je l'ai laissée animer, c'est sa réunion. Pour les infirmières aussi, j'ai laissé [infirmière] parler des choses, puis moi, j'intervenais au besoin. Je les laissais prendre leur place » (Facilitatrice équipe A à T12)</p> <p>«[La facilitatrice], c'est peut-être, finalement, le chef d'orchestre, mais invisible. Elle nous amenait à jouer le morceau, elle nous donnait un peu les pistes, mais elle s'effaçait en arrière... Non, c'est une belle... c'est ça, une direction, mais sans... c'était toujours en proposition, puis : ça serait bien de se rendre là... Mais, en même temps, c'était de développer nos initiatives, puis elle nous laissait... elle nous proposait, mais elle nous laissait dire vers où, finalement, on voulait se rendre. Puis quand on... : parfait, je vais vous aider à...» (Nutritionniste équipe A à T12)</p> <p>« Ce que j'apprécie aussi beaucoup de [facilitatrice], c'est qu'elle laisse la place à chacun des participants, encore là, pour vraiment aller chercher... ça, c'était...comme rôle de leader, aussi, je trouvais qu'elle était très très très bien pour ça. Int : Avez-vous senti que... le</p> |

| | |
|----------|---|
| | terme leader, ça peut prendre différent sens. [médecin]. : Non, c'était dans le sens positif, aller chercher, justement... Pas leader dans... non, elle laisse la place, je pense, à chacun de s'exprimer, au contraire. » (Médecin équipe A à T12, à propos de la facilitatrice) |
| B | « Déjà créer des liens, tout ça, puis elle nous a un petit peu guidés, orientés, mais... Elle a évolué comme on a évolués, mais elle a toujours été un petit peu... deux, trois pas en avant de nous autres, pour nous aider. P1 : Oui. Puis je pense qu'elle avait... elle a appris à nous connaître, puis elle a un œil extérieur, puis je pense (qu'elle nous a fait) sentir comme une bonne équipe, comme... le côté positif, de se rendre compte qu'on était bons, puis on travaillait bien ensemble. » (Médecin, équipe B, à T12) |
| C | « Oui, effectivement, X [facilitatrice] a fait beaucoup de travail, du bon travail. C'est une fille qui est positive, qui est encourageante, qui nous guidait ... qui nous ramenait, aussi, vers les problèmes qu'on avait à régler, puis aussi nous guidait un peu vers certaines solutions qui nous faisaient comme avancer dans notre cheminement. Mettons qui faisait pousser un peu sur une idée qui partait, oups on continuait, on avançait, puis ça nous amenait à une solution qui plaisait à l'ensemble de l'équipe » (infirmière, équipe C, à T12) |
| D | « Mais juste de voir que c'est terminé, elle n'est plus rémunérée dans le projet, et puis elle continue, moi, à me supporter, puis j'ai encore eu un autre courriel il n'y a pas longtemps, dire : oubliez pas, ramenez ça à un plus petit niveau, puis continuez. Parce qu'elle sent que je suis sur le bord de laisser tomber. Fait que moi, sincèrement, non, c'est vrai, j'aimerais vraiment ça. Puis ça m'a ramenée ma propre motivation. » (Médecin équipe D à T12) « Bien moi, je trouve que [facilitatrice], personnellement, elle a réussi à garder mon intérêt pour le projet, parce que, justement à cause de la durée limitée (...). Fait qu'elle a réussi à aller chercher ma motivation à tirer le maximum du fait qu'on est une équipe hétérogène, des gens de l'extérieur, de différents milieux. Un petit peu pour aller chercher d'autres objectifs que le projet Transit lui-même. C'est peut-être pas... ça ne fait pas partie des objectifs premiers de Transit, mais comment on peut se servir de ça, à partir des objectifs, nous, identifier nos propres objectifs à l'intérieur du projet. Qu'est-ce qu'on a retiré ? Puis ça, elle a réussi à garder mon intérêt dans le groupe. Je ne sais jamais qu'est-ce qui va arriver quand je vais aller à une réunion de l'équipe, mais il y a toujours quelque chose d'intéressant qui est retiré des entretiens autour de la table. Puis ça, elle anime, puis elle va chercher les intérêts de chacun pour essayer d'avoir une discussion riche, puis ça... elle est habile là-dedans, pour aller nous chercher, puis qu'on aille un peu plus loin avec... Int : Quand vous dites qu'elle est habile, est-ce qu'elle fait des choses particulières pour... ? F : Elle nous relance au tour de table. Si elle voit que quelqu'un a réagi, elle va aller le chercher : toi, trouves-tu que... ? Je vous voyais réagir. Ou : je t'ai vu réagir, est-ce que tu penses que... ? Puis là, ça part. » (Médecin équipe D à T6) |

Conformément au modèle de Carson *et al.* (2007), il est possible que le coaching externe de soutien ait joué un rôle dans l'amélioration du leadership partagé dans l'équipe C au fil du temps, puisque cette dernière avait un environnement interne faible. Toutefois, la constance de cette variable dans les quatre équipes, qui ont toutes bénéficié de la présence et apprécié le support des facilitatrices, ne nous permet pas de confirmer que lorsqu'un

leader externe exerce du soutien sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé. La proposition 4 est donc infirmée.

Proposition 5 : Leadership d'inclusion du médecin leader (déterminant)

Dans les équipes A et B, le rôle du médecin leader est important. Les médecins-leader invitent et apprécient la contribution de l'ensemble des membres de l'équipe. Le médecin-leader de l'équipe A démontre un niveau d'habilitation plus élevé que celui du médecin-leader de l'équipe B. Dans l'équipe B, le médecin-leader, plutôt que d'exercer son influence de façon très manifeste, encourage plutôt les autres membres à exercer la leur. À cet égard, on peut dire qu'il fait preuve d'une orientation envers l'inclusion, malgré un niveau de motivation moins manifeste envers l'avancement de la tâche (comparativement aux autres membres de son équipe).

Dans les équipes C et D, nous n'avons décelé aucune donnée qui suggère que les médecins soient des leaders d'inclusion. Dans l'équipe C, le médecin assume peu de leadership, et peu d'indices nous renseignent sur l'inclusion dont il fait preuve. Dans l'équipe D, il est plus clair que le médecin n'est pas un leader d'inclusion car il ne sollicite pas la contribution des autres membres et ne démontre pas qu'il reconnaît la valeur ajoutée de leur expertise propre. Il qualifie souvent l'équipe d'hétérogène, en soulevant plutôt les obstacles qui y sont liés.

Tableau 5 : Résultats relatifs à la proposition 5 (leadership d'inclusion du médecin)

| Équipe | |
|--------|---|
| A | « Dr X assure certainement un certain leadership. Elle a fait attention de laisser parler davantage les gens autour de la table à cette deuxième rencontre. » (Facilitatrice équipe A via Journal de Bord) « Le leadership de Dr X stimule des discussions en partageant ses expériences avec ses patients TRANSIT. Elle peut être provocatrice pour susciter la participation des gens pour |

| | |
|---|---|
| | <p>résoudre difficultés rencontrées » (Facilitatrice, équipe A, via Journal de Bord, après 6 mois)</p> <p>« La kinésologue est un peu à part et se sent moins impliquée car elle ne voit pas les patients, elle n'est pas sur place contrairement à la stagiaire qui voit tous les patients. Dr X veut organiser une marche avec les patients et veut cette fois-ci impliquer la kinésologue. Je pense qu'elle pourra faire sa place avec ce projet spécial. (facilitatrice équipe A via Journal de Bord)</p> <p>«Puis là, le 10 décembre, la semaine prochaine, on a une rencontre avec tous les cliniciens de la clinique, ça, c'est quelque chose qu'on fait d'extra par rapport à d'autres. C'est docteur X. qui souhaitait ça, alors tous les médecins qui sont impliqués, les infirmières, tout le monde, on fait un petit bilan pendant l'heure du lunch d'où est-ce qu'on en est rendus, avec nos indicateurs, etc. de suivi. On va parler comment est-ce que c'est pour le médecin, ce qu'on s'attend des médecins, qu'ils renforcent le travail qui est fait par les autres professionnels, etc.» (facilitatrice équipe A à T9)</p> |
| B | <p>« Docteur X est la personne qui va aller chercher c'est quoi les besoins, c'est quoi les attentes, et surtout quelles sont les idées et les solutions pour améliorer. Donc c'est d'aller chercher chacun des domaines... » (Infirmière, équipe B, à T3)</p> |
| C | <p>« DocteurX, lui, il regardait le plafond quand on parlait de ça, lui non plus, ça ne le concernait pas. Fait que... je ne sais pas son point de vue, mais j'avais l'impression que lui aussi, il trouvait que... on passait comme trop de temps là-dessus. Fait que moi, j'étais là, je disais : si ces réunions-là, c'est juste pour discuter de comment qu'on veut utiliser l'enveloppe (budgétaire), moi, je vais m'en aller, je ne l'utilise pas, l'enveloppe. » (Equipe C, focus, à T6)</p> |
| D | <p>« Et ça, je trouvais ça... ce pourquoi, quand je dis que docteur X a ses propres objectifs, puis... mais elle n'essaie pas d'inclure les autres, alors moi, je les amène à s'inclure, justement, je leur dis : toi, Mme X – la kinésologue – est-ce que tu penses que tu pourrais... est-ce que tu as des besoins particuliers envers les pharmaciens ? » (Facilitatrice, équipe D, à T9)</p> <p>« Voilà, la discussion est toujours ramenée entre le médecin et les deux pharmaciennes. Int : Puis le médecin n'inclut pas tellement les autres aspects du projet... P : Non. Int : ...ni les autres personnes autour de la table dans la discussion. P : Bien, sur ce côté-là, non. C'est ça. Donc moi, mon rôle, justement, c'est de m'assurer que tout le monde ait leur mot à dire. » (Facilitatrice équipe D à T9)</p> |

Les résultats de l'analyse des équipes A, B, C et D appuient notre cinquième proposition, à l'effet que, lorsque le médecin exerce du leadership d'inclusion, le leadership partagé a tendance à être plus élevé, en contexte d'équipes interprofessionnelles.

Le tableau 6 présente les résultats détaillés relativement aux différences observées entre les paires A-B et C-D pour chacune des variables de nos cinq propositions.

Tableau 6 : Analyse comparative des deux paires d'équipes (A-B / C-D)

| | | A-B | C-D |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| Leadership partagé (P1) | Densité du réseau | Élevé | Faible |
| | Centralisation du réseau | Faible | Élevé |
| Évolution du leadership partagé (P2) | Évolution temporelle | Oui, positive | Oui positive (C) Non observée (D) |
| | | | |
| Déterminants | | | |
| (P3) | Environnement interne de l'équipe | Élevé | Faible |
| (P4) | Coaching externe de soutien | Élevé | Élevé |
| (P5) | Leadership d'inclusion des médecins leaders | Très élevé (A) Élevé (B) | Non observé (C) Faible (D) |

DISCUSSION

De l'analyse des résultats de notre étude, il ressort que les deux paires d'équipes interprofessionnelles se distinguent sur plusieurs plans : d'abord sur la collaboration interprofessionnelle qu'elles ont réussi à développer et à construire et sur le leadership partagé qui a évolué au sein des équipes. Ces observations soulèvent le lien étroit entre la collaboration interprofessionnelle et le leadership partagé, qui semblent effectivement évoluer parallèlement, comme l'ont envisagé D'Amour *et al.* (2008).

Ensuite, l'examen des déterminants du leadership partagé nous renseigne à l'effet que les trois dimensions de l'environnement interne (buts partagés, support social et apport individuel) sont plus présentes dans les équipes ayant davantage collaboré et exercé du leadership partagé; ce qui tend à confirmer le modèle de Carson *et al.* (2007). Le coaching

externe de soutien a été pour sa part, présent et apprécié dans les quatre équipes, mais son rôle dans l'amélioration du leadership partagé lorsque l'environnement interne est faible n'a pas pu être clairement démontré (une équipe sur deux). Ce que notre étude met davantage de l'avant, c'est l'importance d'un autre facteur, le leadership d'inclusion du médecin, dans le développement du leadership partagé dans les équipes qui sont caractérisées par des différences de statuts. Alors que Carson *et al.* (2007) ont bien identifié les déterminants du leadership partagé qui s'appliquent aux équipes plus homogènes, nous suggérons que le leadership d'inclusion (Nembhard & Edmondson, 2006) soit aussi intégré dans l'étude du leadership partagé, à cause de son influence sur la propension des membres à s'exprimer. Soulignons à cet égard la proximité nomologique entre le concept d'apport individuel (*voice*) et celui de libre expression (*speaking up*), déjà rapportée par Weiss (2014). Le leadership d'inclusion favorise un climat de sécurité psychologique dans l'équipe (Nembhard & Edmondson, 2004), ce qui constitue un levier clé pour améliorer les dynamiques internes entre les membres du groupe, le partage de l'influence, la collaboration interprofessionnelle dans l'équipe, et ultimement l'efficacité d'une équipe.

Nous croyons que les médecins-leaders devraient être sensibilisés et formés à l'importance du leadership partagé et du leadership d'inclusion dans un contexte de travail en collaboration interprofessionnelle. Ils devraient notamment s'assurer de solliciter les contributions et de reconnaître l'apport de chacun, pour stimuler la libre expression dans l'équipe. Par ailleurs, tous les professionnels qui travaillent en collaboration dans ces équipes devraient aussi être sensibilisés à l'importance de favoriser un environnement interne propice à la contribution et à l'influence de chacun, pour permettre d'exploiter

l'ensemble du potentiel des membres, stimuler l'apprentissage collaboratif, limiter les erreurs et améliorer l'efficacité globale de l'équipe.

Quant aux limites de cette étude, on peut mentionner que la nature des études de cas, bien qu'elle ait été propice à l'analyse des dynamiques internes des équipes, limite les possibilités de généralisation (Eisenhardt, 1989) et la validité externe (Yin, 2014) des résultats. Également, d'autres variables ont pu influencer les résultats de cette étude, sans être spécifiquement prises en compte. C'est le cas notamment des facteurs individuels liés à la décision de s'exprimer ou de demeurer silencieux (Weiss *et al.*, 2014) ou encore des variables intermédiaires liées à l'émergence du leadership partagé que sont la confiance, le sentiment d'efficacité personnelle et l'engagement (Bligh, Pearce & Kholes, 2006).

Conclusion

Cette étude soulève la pertinence d'étudier empiriquement le leadership partagé en contexte d'équipes interprofessionnelles, dans la mesure où les membres de ces équipes doivent pouvoir s'influencer les uns les autres, en fonction de leur expertise propre. Par ailleurs, si les membres d'une équipe travaillent à favoriser la collaboration interdisciplinaire, ils prépareront du même coup un terrain propice à l'émergence d'un tel processus, pour le mieux-être des patients.

RÉFÉRENCES

Bender, M., Connelly, C. D. & Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 165-174.

Bligh, M. C., Pearce, C. L. & Kholes, J. C. (2006). The importance of self- and shared leadership in team based knowledge work. *Journal of Managerial Psychology*, 21 (4), 296-318.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), A National Inteprofessional Competency Framework, retrieved from

http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Carson, J. B., Telsuk, P. E. & Marronne, J. A. (2007). Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal*, 50(5), 1217-1234.

Damschroder, L. J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50-65, doi:10.1186/1748-5908-4-50

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez M. & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional care*, 19 Suppl 1, 116-131.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., San Martin Rodriguez & M., Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, p.188. doi:10.1186/1472-6963-8-188

Denis, J-L., Langley, A. & Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.

Edmondson, A. C. (2003). Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *The Journal of Management Studies*, 40(6), 1419-1452.

Edmondson, A. Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A group-level lens. In R. M. Kramer & K. S. Cook (2004), *Trust and Distrust in Organizations: Dilemmas and Approaches*. New York, Russell Sage Foundation: 381.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case-study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.

Farrell, M. P., Schmitt, M. H. & Heinemann, G. D. (2001). Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. *Journal of Interprofessional care*, 15(3), 281-295.

Farrell, M. P., Heinemann, G. D. & Schmitt, M. H. (1986). Informal roles, rituals and styles of humor in interdisciplinary health care teams: Their relationship to stages of group development. *International Journal of Small Group Research*, 2, 143-162.

Gardner, D. B. (2005). Ten lessons in collaboration. *Online journal of issues in nursing* 10(1), 2-2.

Gockel, C. & Werth, L. (2010). Measuring and Modeling Shared Leadership Traditional Approaches and New Ideas, *Journal of Personnel Psychology*, 9(4), 172-180.

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

Heinemann, G. M. Z. & Zeiss, A.M. (2002). *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Howard, J., Shaw, E.K., Felsen, C.B. & Crabtree, B.F. (2012). Physicians as Inclusive Leaders: Insights From a Participatory Quality Improvement Intervention. *Quality*

Management in Health Care, 21(3), 135.

Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier M-T, Bareil C, F. D, *et al.* (2014).

Development of an interprofessional program for cardiovascular prevention in primary care: A participatory research approach. *Sage Open Medecine*, 1-11. DOI:

10.1177/2050312114522788

Lalonde, L., *et al.* (2012). Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary care-a participatory action research project. *Family Practice*, 29(6), 733-741.

Lingard, L., *et al.* (2012). Conflicting Messages: Examining the Dynamics of Leadership on Interprofessional Teams. *Academic Medicine*, 87(12), 1762-1767.

Lichtenstein, R., Alexander, J.A., McCarthy, J.F. & Wells, R. (2004). Status differences in cross-functional teams: Effects on individual member participation, job satisfaction, and intent to quit. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 322-335.

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice - a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-428.

McCallin, A. (2003). Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem?, *Journal of Nursing Management*, 11(6), 364-370.

Morgeson, F. P., DeRue, D. S., Karam, E. P. (2010). Leadership in Teams: A Functional Approach to Understanding Leadership Structures and Processes. *Journal of Management*, 36(1), 5-39.

Morrison, E.W. (2011). Employee Voice Behavior: Integration and Directions for Future Research. *Academy of Management Annals*, 5, 373-412.

Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966.

Pearce, C. L. & Barkus, B. (2004). The Future of Leadership: Combining Vertical and Shared Leadership to Transform Knowledge Work. *The Academy of Management Executive*, 18(1), 47-59.

Rice, K., *et al.* (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional care*, 24(4), 350-361.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132-147.

Sicotte, C., D'Amour, D. & Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991-1003.

Tuckman, B. W. & Jensen, M. A. C (1977). Stages of Small-Group Development Revisited. *Group & Organization Studies (pre-1986)*, 2(4), 419.

Yin, R.K. (2014), Case study research: design and methods, Sage Publications.

Weiss, M., *et al.* (2014). Agency and Communion Predict Speaking Up in Acute Care Teams. *Small Group Research*, 45(3), 290-313.

CHAPITRE 3 : COMPLÉMENT AU CADRE CONCEPTUEL

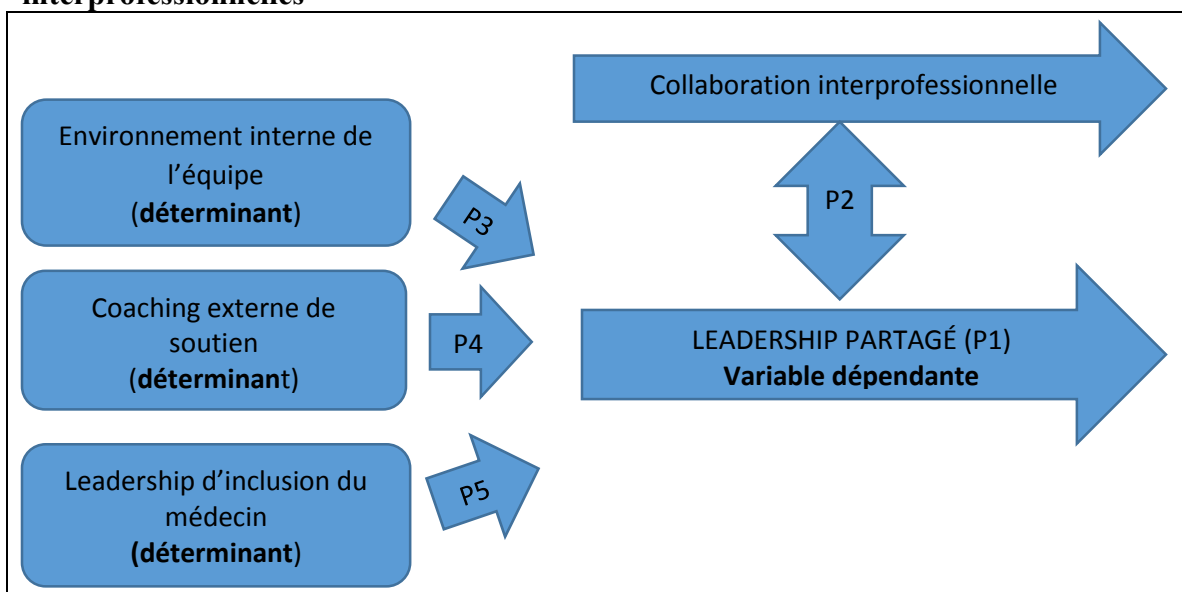
Le présent chapitre se veut une représentation succincte et schématique du cadre d'analyse de l'étude qui fait l'objet de l'article inclus dans ce mémoire.

3.1 Problématique de recherche

Tel que présenté dans notre article, notre problématique de recherche se situe dans l'analyse du leadership partagé et de ses déterminants, dans le contexte particulier des équipes interprofessionnelles. Les différences de statuts qui caractérisent ces équipes nous ont incités à intégrer la variable du leadership d'inclusion proposée par Nembhard et Edmondson (2006), aux déterminants du modèle de Carson *et al.* (2007), établi dans un contexte d'équipes plus homogènes.

Voici une représentation schématique du cadre d'analyse au cœur de l'étude présentée dans notre article.

Figure 1 : Cadre d'analyse de l'étude **Leadership partagé dans les équipes interprofessionnelles**



3.2 Propositions et définitions des variables

Proposition 1 : Il y a du leadership partagé au sein des équipes interprofessionnelles.

Proposition 2 : Dans les équipes où la collaboration interprofessionnelle s'accroît, le leadership partagé a tendance à s'accroître également.

Leadership partagé

Nous avons retenu la définition de Pearce et Barkus (2004 : page 8), qui décrit le leadership partagé dans un contexte d'équipe : « Processus simultané, continu et mutuel d'influence au sein d'une équipe, qui est caractérisé par l'émergence en série de leaders officiels autant que non-officiels. »

Collaboration interprofessionnelle

Nous avons choisi la définition de Petri (2010), proposée à la suite d'une analyse conceptuelle, et qui a pour avantage de tenir compte de certaines conditions de succès du processus : « Processus interpersonnel caractérisé par des professionnels de la santé provenant de multiples disciplines qui portent des objectifs, un processus de prise de décision, une responsabilité et du pouvoir partagés, travaillant ensemble pour résoudre les problèmes liés aux soins du patient. »

Proposition 3 : Lorsque l'environnement interne de l'équipe interprofessionnelle (buts partagés, support social et apport individuel) est favorable, le leadership partagé a tendance à être plus élevé.

Environnement interne de l'équipe

Selon le modèle de Carson *et al.* (2007), l'environnement interne de l'équipe est constitué de trois dimensions complémentaires et mutuellement renforçatrices : le partage des buts communs (compréhension commune des objectifs et volonté des membres de les atteindre), le support social (encouragement et reconnaissance des contributions et réalisation collectives) et l'apport individuel (ou *voice*, soit le degré auquel les membres de l'équipe ont une contribution sur la façon avec laquelle l'équipe accomplit sa mission).

Proposition 4 : Lorsqu'un leader externe exerce du soutien sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé

Coaching externe de soutien (*supportive coaching*)

Selon le modèle de Carson *et al.* (2007), le coaching externe de soutien est une forme de coaching qui vise à développer la motivation et la capacité des membres à se diriger. Il se distingue en ce sens des formes de coaching orientées vers l'identification des problèmes de l'équipe et l'engagement actif dans des interventions liées à l'accomplissement de la tâche (Morgeson, DeRue et Karam, 2005)

Proposition 5: Lorsque le médecin exerce du leadership d'inclusion sur l'équipe interprofessionnelle, le leadership partagé a tendance à être plus élevé.

Leadership d'inclusion (*leadership inclusiveness*)

Suivant le modèle de Nembhard et Edmondson (2006), le leadership d'inclusion peut être décrit comme des paroles et actes démontrés par un leader qui indiquent une invitation et une appréciation pour les contributions des autres.

CHAPITRE 4 : COMPLÉMENT DE MÉTHODOLOGIE

La présente recherche s'insère dans une vaste recherche-action en contexte d'équipes interprofessionnelles, dont les données ont servi à étudier les relations entre le leadership partagé, son évolution et ses déterminants : l'environnement interne de l'équipe, le coaching externe de soutien et le leadership d'inclusion. L'article qui précède a présenté le résumé de l'étude qui a été menée pour ce mémoire. Le présent chapitre se veut un complément méthodologique à ce qui est déjà inclus dans l'article.

Provenance et caractéristiques des équipes participantes

Tel que précisé plus tôt, ce mémoire utilise les données recueillies auprès de quatre équipes interprofessionnelles, dans le cadre d'une étude sur la *transformation* des pratiques interprofessionnelles (TRANSIT) ayant pris place en 2012-2013. Huit cliniques de soins de première ligne (GMF privé ou public ou UMF) avaient participé à l'étude. Chacune a créé une équipe de facilitation, dont le rôle était de tester et de promouvoir des changements de pratiques dans leur réseau professionnel. Chaque équipe, dont la taille variait de 5 à 11 membres, était constituée d'au moins un médecin et une infirmière, en plus d'autres professionnels. Dans le tableau ci-dessous, nous avons consigné des éléments descriptifs de chacune des équipes de facilitation. Vous y trouverez notamment des informations sur la taille des équipes, leur constitution, ainsi que certains éléments clés du contexte du GMF de provenance, tels que décrits par des membres de l'équipe.

Tableau 1 : Caractéristiques des équipes participantes et de leur GMF de provenance

| Équipe | | |
|----------|------------------------------|---|
| A | Constitution de l'équipe | Grande équipe, environ 7 à 10 membres (nombre de membres a varié au fil du temps) 2 médecins du GMF dans l'équipe, dont le médecin responsable du GMF Trois pharmaciens communautaires font partie de l'EFI Une psychologue et une nutritionniste du GMF font partie de l'EFI Une kinésiologue et une stagiaire en kinésiologie ont été impliquées dans l'EFI. |
| | Caractéristiques du GMF | GMF privé 3 infirmières GMF impliquées dans TRANSIT, 1 infirmière praticienne impliquée dans TRANSIT (avec 2 patients TRANSIT), et 2 autres infirmières (temps partiel) Une vingtaine de médecins Pas de pharmacien de GMF Une stagiaire en kinésiologie a été hébergée dans le GMF et des liens de confiance ont été tissés avec elle et demeurent même si elle travaille maintenant en dehors du GMF Psychologue intra-GMF Nutritionniste intra-GMF |
| | Culture interprofessionnelle | Le médecin EFI dit que la culture interprofessionnelle n'est pas encore ancrée chez plusieurs médecins de GMF. Le processus de changement est de longue haleine. Les médecins doivent apprendre à faire confiance aux infirmières et aussi à faire le deuil de l'exclusivité de certains rôles, et s'habituer à être comparés aux autres professionnels dans les rétroactions des patients. |
| B | Constitution de l'équipe | Petite équipe : 5 membres Le médecin responsable du GMF n'est pas membre de l'EFI. Il a délégué la responsabilité à un médecin dynamique, au leadership positif. Les membres de l'EFI ne se connaissaient pas au départ, sauf le médecin et l'infirmière. Le pharmacien communautaire EFI n'a que deux patients TRANSIT Kinésiologue (bureau privé extra GMF) Nutritionniste (bureau privé extra GMF) Pas de psychologue dans l'EFI. |
| | Caractéristiques du GMF | Géographie : clientèle géographiquement dispersée (hors du territoire) Groupe de médecins créé depuis 27 ans, mais devenu GMF il y a deux ans Une seule infirmière, intégrée au GMF depuis un an et demi, travaille seulement un jour par semaine dans le GMF. Elle travaille aussi dans un UMF (universitaire). Elle a participé au développement du programme TRANSIT (groupe de travail). Très peu de ressources humaines pour le secrétariat. Médecins : < 10 Pas de pharmacien de GMF Pas de nutritionniste, de kinésiologue, ni de psychologue intra GMF. |
| | Culture interprofessionnelle | Les médecins du GMF ont des réunions administratives au moins une fois au trois mois. L'infirmière n'y est pas invitée (difficile de l'inclure de toute façon en raison du peu de temps où elle est présente dans le GMF). L'infirmière appelle les médecins «les patrons» et dit qu'il faut «demander à papa» pour les ajustements de médication. Elle travaille aussi dans un autre |

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| | | GMFplus avancé sur le plan de la collaboration infirmière-médecin. Elle constate l'écart dans les pratiques, écart que TRANSIT contribue à rétrécir. |
| C | Constitution de l'équipe | L'EFI inclut tous les cliniciens participant à TRANSIT : en tout 11 membres, dont une secrétaire médicale. Le médecin responsable du GMF est membre de l'EFI, ainsi que deux autres médecins de famille. Deux infirmières font partie de l'EFI. Au moment où l'implantation commence, le pharmacien de GMF n'est pas en fonction. Le pharmacien communautaire dont la pharmacie est dans le même édifice que le GMF fait partie de l'EFI. La kinésologue EFI est en pratique privée et ses bureaux ne sont pas dans le GMF. La psychologue EFI est employée au CSSS et pratique en dehors du GMF. L'EFI inclut deux nutritionnistes dont les bureaux sont à l'extérieur du GMF. L'EFI inclut aussi une secrétaire. |
| | Caractéristiques du GMF | Le GMF a 7 ans d'existence, c'est probablement le plus vieux GMF de la région. L'apparence physique des bureaux du GMF est particulière. Les nombreux bureaux de divers professionnels sont autant de produits ou services offerts aux patients. Il y a de tout : optométrie, denturologie et même la chirurgie esthétique. Extra CSSS |
| | Culture interprofessionnelle | Les cliniciens croient ne pas avoir besoin de TRANSIT, car ils disent qu'ils collaborent déjà. En fait, les cliniciens du GMF travaillent depuis longtemps en silo. Le rôle des infirmières n'y est pas connu, malgré qu'elles sont dans le GMF depuis plusieurs années. |
| D | Constitution de l'équipe | L'EFI comporte 8 membres. Le médecin responsable du GMF n'est pas membre de l'EFI. L'EFI n'inclut qu'une seule infirmière L'EFI inclut deux pharmaciens communautaires L'EFI inclut une kinésologue et une psychologue (en pratique privée) |
| | Caractéristiques du GMF | Selon les cliniciens, la clientèle de ce GMF a souvent des problèmes psychosociaux et des maladies graves (ex. : cancer). Il s'agit d'un GMF qui a été formé à l'intérieur d'un CLSC; c'est donc un GMF intra CSSS (public). Plusieurs services et programmes sont offerts à l'intérieur de ce CLSC, notamment, les cours de groupe sur les Saines habitudes de vie. Le fait d'être un GMF intra-CSSS impose des contraintes administratives qui minent la motivation des médecins à instaurer des changements dans les pratiques cliniques. Il faut dire qu'ils ont eu des expériences décevantes par le passé. |
| | Culture interprofessionnelle | Le GMF tient déjà régulièrement des réunions interprofessionnelles médecin-infirmière. Ils ne voient pas que TRANSIT va apporter quelque chose de plus. |

Les indicateurs de collaboration interprofessionnelle

Les indicateurs de collaboration interprofessionnelle utilisés dans la présente étude pour classifier les équipes selon leur GMF de provenance ont été mesurés soit à partir des dossiers des patients (9), d'un questionnaire auto-administré au patient (6) ou encore des bases de données de la RAMQ et de ReMed (1). Compte tenu la définition de la collaboration utilisée pour la présente étude (Petri, 2010 :80) « An interpersonal process characterized by healthcare professionals from multiple disciplines with shared objectives, decision-making, responsibility and power, working together to solve patient care problems », nous sommes d'avis que ces indicateurs ont permis une mesure la plus objective et exempte de biais de la réelle participation des professionnelles de multiples disciplines à la résolution des problèmes liés aux soins des patients.

Quelques exemples d'indicateurs sont intégrés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Exemples d'indicateurs de collaboration interprofessionnelle.

| Indicateur | | | Source |
|------------|---|---|--|
| 65 | | Des notes de l'infirmière concernant le suivi auprès de la famille figurent au dossier. | Dossier patient |
| 66 | A | Une note de l'infirmière concernant la référence du patient à une nutritionniste figure au dossier. | Dossier patient |
| | E | Une note de l'infirmière concernant la référence du patient à un pharmacien du GMF figure au dossier | Dossier patient |
| 68 | | Le patient a rencontré un autre clinicien de première ligne (nutritionniste, kinésologue ou psychologue) pour le soutenir dans le changement de ses habitudes de vie. | Questionnaire auto-administré au patient |
| 69 | A | Des notes provenant de la nutritionniste impliquée dans le suivi figurent au dossier | Dossier patient |
| 70 | D | Une note de l'infirmière concernant la référence du patient à un cours de groupe sur la saine gestion du poids figure au dossier. | Dossier patient |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 71 | | Le patient a été invité par l'infirmière du GMF à participer à un cours de groupe offert par le CLSC et accessible via l'offre de services 0.5.30/première ligne | Questionnaire auto-administré au patient |
| 91 | | Selon les notes au dossier, le patient a rencontré le pharmacien de GMF | Dossier patient |

Le choix des quatre cas

Tel que précisé dans l'article, les cas ont été sélectionnés à partir de la moyenne de seize indicateurs de collaboration interprofessionnelle des équipes. Ces scores ont été mesurés à T1 et à T15, ce qui a permis de classer les équipes selon l'ampleur de l'amélioration accomplie durant la période du projet. Nous avons sélectionné les deux premières cliniques (que nous avons identifiées A et B), ainsi que les deux dernières (que nous avons identifiées C et D) de ce classement, donc celles qui ont accompli les plus grandes progressions, ainsi que celles qui ont accompli les progressions les moins importantes quant à leur niveau de collaboration interprofessionnelle.

Entre le T1 et le T15, dans les équipes A et B, la moyenne des écarts obtenus sur la collaboration interprofessionnelle est de 19,95 points, alors qu'elle est de 9,5 dans les équipes C et D. On peut donc dire que la paire A-B a progressé de plus du double, soit 110% de plus, quant à la qualité de leur collaboration interprofessionnelle, comparativement à la seconde paire de notre échantillon.

Puisque les calculs des indicateurs étaient relatifs à la collaboration de la clinique associée à l'équipe, nous avons jugé que le choix de l'ampleur observée durant le projet était l'indice le plus significatif du travail accompli par l'équipe elle-même au point de vue de la

collaboration. Il est à noter que certaines de ces cliniques se positionnaient de façon plus avantageuse que d'autres au départ, ce choix ne reflète en aucun cas une mesure de la collaboration brute observée au sein de la clinique. Au sein de notre paire A-B par exemple, on retrouve l'équipe de la clinique ayant débuté avec le meilleur score de toutes, ainsi que l'équipe de la clinique ayant débuté avec le moins bon score de toutes.

Ce choix méthodologique nous a permis de comparer deux paires d'équipes suffisamment différentes sur le plan de la collaboration interprofessionnelle, pour vérifier nos propositions de recherche.

Données exploitées des quatre cas

Les quatre équipes qui constituent notre échantillon étaient accompagnées d'une facilitatrice externe tout au long du projet (dans le cas de notre échantillon, il s'agissait de deux personnes distinctes, l'une, accompagnant trois équipes et l'autre, une seule), qui a contribué à enrichir les données qualitatives qui ont été exploitées pour ce mémoire. Ces facilitatrices se sont vues attribuer un rôle de coaching et d'accompagnement tout au long du projet, et ont assisté les équipes lors des réunions du projet (entre 7 et 10 réunions par équipe).

Les données exploitées provenaient donc à la fois des facilitatrices et des membres des équipes.

Seize entrevues ont permis de collecter des données auprès de ces quatre équipes à divers moments au cours de l'implantation : huit entrevues individuelles auprès des infirmières-

pivot (T6, T12, donc deux entrevues par équipe pour un total de huit) et huit entrevues de type focus group auprès des équipes de facilitation (T6, T12, donc deux entrevues par équipe pour un total de huit). En plus, les deux facilitatrices ont été rencontrées pour discuter des équipes qui leur avaient été affectées, à quatre moments (T3, T6, T9 et T12), pour un total de huit entrevues supplémentaires, et donc vingt-quatre entrevues au total.

Les entrevues auprès des membres des équipes avaient pour objectif de recueillir leurs perceptions sur l'avancement de l'implantation du programme TRANSIT, sur le travail d'équipe en contexte de collaboration interprofessionnelle et sur la stratégie de facilitation. Les entrevues individuelles auprès des facilitatrices externes visaient à obtenir des informations plus riches sur les dynamiques particulières à chacune des équipes, ainsi que sur les défis liés au rôle de facilitatrice. Ces entrevues ont été enregistrées et retranscrites.

Les facilitatrices complétaient également un journal de bord de leurs interventions, en y consignant toutes les observations pertinentes sur les dynamiques internes des équipes qu'elles ont suivies. Les journaux de bord contenaient donc les perceptions auto-rapportées par les facilitatrices, immédiatement après chacune des réunions de chacune des EFI. Ces bilans de réunion étaient structurés de façon à recueillir : les commentaires généraux, les difficultés rencontrées et les solutions apportées, les éléments facilitants et les freins, les stratégies utilisées, interventions ou outils utilisés, les préoccupations exprimées par les membres, le partage des rôles entre les membres, les relations interpersonnelles (leadership, conflits, alliances), l'évaluation de la réunion par les membres, les leçons apprises ainsi que les préoccupations de la facilitatrice. Ce sont les observations sur le partage des rôles dans l'équipe, la participation des membres au travail d'équipe et sur la

qualité des relations interpersonnelles (leadership, conflits et alliances), qui ont été jugées pertinentes à notre analyse.

À partir des retranscriptions d'entrevues et bilans de réunion (journaux de bord), le codage et l'analyse des données qualitatives ont été effectués en plusieurs étapes. Nous disposions déjà des codes de référencement nous permettant d'identifier la personne qui s'exprimait (interviewer, facilitatrice, infirmière, ou autre membre de l'équipe), le temps de mesure (T3, T6, T9 ou T12), ainsi que la source (bilan de réunion, entrevue individuelle infirmière, entrevue individuelle facilitatrice ou focus group).

Codage

D'abord, pour chacune des cliniques, l'ensemble des données qualitatives ont été consignées dans un fichier spécifique d'un logiciel d'analyse qualitative (QDA Miner). La liste préliminaire de codes a été établie à partir de la revue de littérature et des propositions de recherche. Le codage basé sur les propositions, selon Miles et Huberman (2014) est tout à fait approprié dans la recherche de règles, causes et explications dans les données. En prenant en considération la nature des entretiens qui impliquaient beaucoup de chevauchements des différentes variables dans certaines séquences de texte, une liste relativement restreinte de codes a été préférée à des codes plus nombreux et trop spécifiques. Le tableau 3 présente les codes utilisés.

Tableau 3 : Liste préliminaire de codes

| Catégorie | Code | Description | Exemples de verbatims |
|------------|------------------------------|---|---|
| Leadership | Source de leadership partagé | À chaque passage qui permettait de constater une ou plusieurs sources de leadership dans l'équipe. | <p>« Non. Mais docteur C., c'est sûr que c'est une femme qui va beaucoup de l'avant, puis moi, bien, elle m'entraîne là-dedans, puis j'aime ça. C'est une grande grande leader, docteur C. » (infirmière équipe A à T6)</p> <p>« Le leader du groupe était définitivement le pharmacien, suivi de Dre. A : le pharmacien avait une présence positive et forte, dynamique. Leadership naturel – très motivé : parfois durant la réunion, ramenait l'élément principal pour trouver des solutions ou à la fin, pour le mode de communication, les idées provenaient de lui » (Facilitatrice équipe B)</p> <p>« Ouais, c'est ça, il n'y a pas de leader, même officiel, à mon avis. Parce que ça devrait être docteur S., parce que c'est le médecin responsable du GMF. Mais il n'y a pas nécessairement un leader de structure, en fait. Et le pouvoir vient plus des infirmières, oui, mais les médecins, très peu. » (Facilitatrice équipe C à T3)</p> <p>« Pas de conflit, leadership fort présent de Dr B. qui émettait beaucoup de commentaires et d'opinions sur les différents aspects. » (Facilitatrice équipe D à T6)</p> |
| | Partage de leadership | À chaque passage qui permettait de constater le niveau de partage (ou à l'inverse, de fragmentation) du leadership, en terme de densité et de centralisation des réseaux. | <p>« Fait que dans l'équipe A, il y avait beaucoup de personnes fortes, leadership. Mais respectueux aussi l'un de l'autre, il n'y avait pas de bataille de coqs non plus. Fait que c'était vraiment une équipe dynamique, très très dynamique » (Facilitatrice équipe A à T12)</p> <p>« Puis au niveau du leadership, comment ça se passait? P : C'était très uniforme, en fait, je dirais. Int : Fait que ça se passait la balle de l'un à l'autre. Puis tout le monde jasait, parlait. Il y avait toujours à peu près le même niveau d'implication, puis d'opinion, de participation sur tout » (Facilitatrice équipe B à T12)</p> <p>« Mais... en fait, je dirais que dans cette équipe-là, oui, il y a un leader, mais les autres aussi participent aussi à ce leadership-là. » (Facilitatrice équipe B à T3)</p> <p>« Puis cette équipe-là, c'est les deux infirmières qui, à mon avis, sont les... qui ont beaucoup de pouvoir dans cette équipe-là. (Facilitatrice équipe C à T3)</p> <p>« Moi, ce que je voulais dire par rapport à l'équipe, c'est qu'on dirait qu'il y avait comme deux groupes. Malheureusement, justement en définissant moins les rôles, il y avait comme un groupe passif puis un groupe actif. » (Infirmière équipe C à T12).</p> <p>« Puis à (équipe D), au niveau du leadership, comment ça se passe? P : Docteur B. Définitivement c'est</p> |

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|--|---|
| | | | docteur B qui est plus la personne centrale du groupe. » (Facilitatrice équipe D à T12) |
| | Évolution du leadership partagé | À chaque passage qui traitait spécifiquement de l'évolution du leadership partagé. | « Au début, au niveau de la kinésiologue, mais elle, c'est une personne, je pense, qui est timide, donc elle s'est ouvert de plus en plus et maintenant, voilà, qui poursuit la facilitatrice, c'est elle. C'est elle qui va prendre le lead de tout ça. » (Facilitatrice équipe B à T12) |
| Déterminants | Environnement interne de l'équipe | À chaque passage où un intervenant se référait à l'une des dimensions de l'environnement interne de l'équipe (selon Carson : buts partagés, support social et apport individuel) | <p>« L'équipe de FI évolue bien, tous les gens sont respectueux les uns des autres et une grande ouverture vis-à-vis l'apport de chaque profession autour de la table. » (Facilitatrice équipe A à T6)</p> <p>« Mais entre eux, je pense qu'ils se motivaient déjà beaucoup, s'automotiver, s'autoencourager, j'ai moins eu à le faire, en fait, ils le faisaient déjà... » (Facilitatrice équipe B à T12)</p> <p>« Ouais. Fait que ça, je trouve que ça a été difficile, d'où l'incertitude. Quand on dit dans la réalisation, là il faut se structurer, il y avait... comme on a dit un peu, des gens de différents milieux, se trouver des façons de parler, trouver des buts communs, trouver des moyens de communication faciles. » (Infirmière équipe C à T12)</p> <p>« L'infirmière était très à l'aise de parler. Par contre, je remarquais une bonne différence dans son comportement lorsque la nutritionniste assise à côté prenait la parole concernant son domaine. Je voyais un malaise de la part de l'infirmière qui se faisait « plus petite » et qui n'osait presque pas parler ou donner de commentaire et qui regardait même la table. La nutritionniste est une personne qui semble tenir à ces tâches concernant la nutrition – qui garde son territoire très fermement – forte personnalité. » (Facilitatrice équipe D à T1)</p> |
| | Coaching externe de soutien | Les manifestations de coaching de soutien de la part des facilitatrices, dont l'essentiel était rapporté par les membres de l'équipe. | <p>« [La facilitatrice], c'est peut-être, finalement, le chef d'orchestre, mais invisible. Elle nous amenait à jouer le morceau, elle nous donnait un peu les pistes, mais elle s'effaçait en arrière... Non, c'est une belle... c'est ça, une direction, mais sans... c'était toujours en proposition, puis : ça serait bien de se rendre là... Mais, en même temps, c'était de développer nos initiatives, puis elle nous laissait... elle nous proposait, mais elle nous laissait dire vers où, finalement, on voulait se rendre. Puis quand on... : parfait, je vais vous aider à... » (Nutritionniste équipe A à T12)</p> <p>Oui. Puis je pense qu'elle avait... elle a appris à nous connaître, puis elle a un œil extérieur, puis je pense de... Moi... de nous faire sentir comme une bonne équipe, comme... le côté positif, de se rendre compte qu'on était bons, puis on travaillait bien ensemble. » (Médecin équipe B à T12)</p> |

| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| | | | <p>« Oui, effectivement, S (facilitatrice) a fait beaucoup de travail, du bon travail. C'est une fille qui est positive, qui est encourageante, qui nous guidait un peu dans nos... qui nous ramenait, aussi, vers les problèmes qu'on avait à régler, puis aussi nous guidait un peu vers certaines solutions qui nous faisaient comme avancer dans notre cheminement. (infirmière équipe C à T12)</p> <p>« Mais juste de voir que c'est terminé, elle n'est plus rémunérée dans le projet, et puis elle continue, moi, à me supporter, puis j'ai encore eu un autre courriel il n'y a pas longtemps, dire : oubliez pas, ramenez ça à un plus petit niveau, puis continuez. Parce qu'elle sent que je suis sur le bord de laisser tomber. Fait que moi, sincèrement, non, c'est vrai, j'aimerais vraiment ça. Puis ça m'a ramenée ma propre motivation. » (Médecin équipe D à T12)</p> |
| | Leadership d'inclusion (médecin) | À chaque passage qui permettait de constater la manifestation ou la non-manifestation de leadership d'inclusion des médecins leaders. | <p>« Le leadership de Dr X stimule des discussions en partageant ses expériences avec ses patients TRANSIT. Elle peut être provocatrice pour susciter la participation des gens pour résoudre difficultés rencontrées » (Facilitatrice, équipe A, via Journal de Bord, après 6 mois)</p> <p>« Docteur X est la personne qui va aller chercher c'est quoi les besoins, c'est quoi les attentes, et surtout quelles sont les idées et les solutions pour améliorer. Donc c'est d'aller chercher chacun des domaines... Comme l'infirmière... » (Infirmière, équipe B, à T3)</p> <p>« DocteurX, lui, il regardait le plafond quand on parlait de ça, lui non plus, ça ne le concernait pas. Fait que... je ne sais pas son point de vue, mais j'avais l'impression que lui aussi, il trouvait que... on passait comme trop de temps là-dessus. Fait que moi, j'étais là, je disais : si ces réunions-là, c'est juste pour discuter de comment qu'on veut utiliser l'enveloppe (budgétaire), moi, je vais m'en aller, je ne l'utilise pas, l'enveloppe. » (Equipe C à T6)</p> <p>« Et ça, je trouvais ça... ce pourquoi, quand je dis que docteur X a ses propres objectifs, puis... mais elle n'essaie pas d'inclure les autres, alors moi, je les amène à s'inclure, justement, je leur dis : toi, Mme X – la kinésiologue – est-ce que tu penses que tu pourrais... est-ce que tu as des besoins particuliers envers les pharmaciens ? » (Facilitatrice équipe D à T9)</p> |

Le code « Évolution du leadership partagé » n'a finalement permis de coder que très peu de passages spécifiques. Ce sont le plus souvent des comparaisons entre les verbatim aux

différents moments dans le temps, qui ont permis de constater des résultats relatifs à l'évolution du leadership partagé.

Quelques codes (tableau 2) ont émergé en cours d'analyse, et ont été ajoutés à la liste provisoire. Toujours selon Miles et Huberman (2014), le développement de nouveaux codes au fil de l'analyse des données est inhérent à un exercice rigoureux, et implique que le chercheur revisite l'ensemble des données à la lumière de ces nouveaux codes. Cette façon de faire a été appliquée à la présente recherche, lorsqu'il est apparu que la liste de départ ne permettait pas de considérer plusieurs facteurs qui semblaient avoir eu une importance, selon les propos rapportés par certains membres et des facilitatrices.

Tableau 4 : Codes émergents

| Catégorie | Code | Description |
|--------------|--|--|
| Déterminants | Culture du GMF/Éléments du contexte | Lorsque des éléments liés à la culture et au contexte du GMF au sein duquel l'EFI avait été formée semblaient avoir influencé les dynamiques de l'équipe (qu'on ne pouvait attribuer à l'environnement interne). |
| | Évaluation du bien-fondé du projet par les membres | Ce qui est apparu durant le codage comme la volonté de changer, mais qui, au fil de l'analyse, a été plutôt intégré aux conditions de l'empowerment des membres. |
| | Autres facteurs influents | Des facteurs divers, comme la taille de l'équipe, des changements dans le membership, des questions éthiques, etc. |

Bien que ces codes émergents n'aient pas été utilisés spécifiquement dans l'analyse qui fait l'objet de l'article présenté plus tôt, ils ont été très utiles pour cibler certaines limites à notre étude, ainsi que des pistes de recherche futures. En effet, l'étude d'équipes dans un environnement non-contrôlé implique nécessairement la contamination par de nombreuses

variables qui sortent du cadre conceptuel du chercheur. Leur prise en compte permet de contextualiser les résultats.

Analyse intra-cas

Les cas étaient structurés suivant la liste des codes du tableau 1. À travers les données codées sous « source de leadership » et « partage du leadership », nous avons tenté d'identifier les indices d'évolution temporelle en prenant soin de comparer les citations dans leur ordre chronologique, pour y ajouter mes constatations sur cette évolution (ou absence d'évolution). À travers les informations codées sous « environnement interne de l'équipe », nous avons discriminé les citations selon qu'elles illustraient davantage les buts partagés, le support social ou le « voice ». Finalement, nous aussi réorganisé les citations codées sous « autres facteurs influents », pour identifier des catégories récurrentes. Des facteurs liés à la taille de l'équipe, à la personnalité des membres, à des contraintes de déontologie ou même d'organisation des réunions (temps et espace), ont été notés dans cette section des histoires de cas. Tout facteur qui apparaissait intuitivement avoir pu influencer les variables étudiées dans cette recherche a été noté pour pouvoir en apprécier la portée potentielle.

Avant de procéder à la comparaison des données provenant des quatre cas, nous avons procédé à la rédaction d'histoires de cas détaillées (10 à 15 pages), pour chacune des équipes. Tel que suggéré par Eisenhardt (1989), le fait de se familiariser intimement avec chacun des cas individuels au préalable permet aux patterns uniques de chaque cas

d'émerger avant que le chercheur ne procède à la généralisation des patterns inter-cas. Ceci permet également d'accélérer et d'optimiser les comparaisons inter-cas ultérieures, puisque le chercheur s'approprie sérieusement chacun des cas.

Analyse inter-cas

Les histoires de cas ont ensuite été analysées par paires (A-B et C-D), pour en faire ressortir les patterns communs et ce qui les distinguait. Ce n'est que dans un troisième temps que les deux paires de cas ont été analysées comparativement, pour déterminer ce qui distinguait les équipes ayant accompli la plus grande amélioration au point de vue de la collaboration interprofessionnelle de celles ayant accompli la moins grande amélioration. Les résultats et conclusion de cette analyse inter-cas se retrouvent dans l'article contenu dans ce mémoire.

CHAPITRE 5 : CONCLUSION

Cette étude a permis de faire avancer les connaissances au sujet de la collaboration interprofessionnelle. Plus spécifiquement, la revue de littérature a permis d'établir un certain nombre de liens. Premièrement, nous avons examiné la littérature qui traite de la collaboration interprofessionnelle et de ses antécédents, pour constater que les leviers qui concernent les dynamiques internes de l'équipe sont d'une grande importance. Cette constatation nous a incités à revoir la littérature du leadership partagé, vu sa pertinence dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. En effet, puisqu'un certain niveau de partage est inhérent à la nature même de la collaboration, il appert que les membres d'une équipe doivent pouvoir s'influencer les uns les autres vers l'accomplissement de la tâche, en fonction de leur expertise propre. Toutefois, tout comme la collaboration interprofessionnelle ne s'instaure pas toujours naturellement, l'émergence du leadership partagé a des déterminants qui lui sont propres. L'environnement interne de l'équipe, ainsi que le coaching externe de soutien, peuvent permettre, ou nuire à, son développement. En examinant la littérature qui combine l'étude du leadership partagé et celle des équipes interprofessionnelles, nous avons réalisé que le leadership partagé peut être considéré en quelque sorte comme un attribut des équipes qui travaillent en collaboration, en suivant le développement de celle-ci. Ceci nous a incités à intégrer l'aspect de l'évolution temporelle à notre étude. Et finalement, c'est la revue des écrits de Edmondson et ses collègues sur l'importance du climat de sécurité psychologique dans les équipes de soins de santé à cause de la hiérarchie des statuts qui leur est particulière, qui nous a mené à intégrer la variable du leadership d'inclusion.

Suivant cette revue de littérature, nous avons eu envie d'examiner empiriquement les antécédents du leadership partagé dans le contexte spécifique des équipes interprofessionnelles du domaine des soins de santé. Puisque la majorité des études consultées sur le sujet portent sur des équipes relativement homogènes, cette mise en relation nous semblait tout à fait appropriée. L'intégration du leadership d'inclusion au cadre conceptuel s'est imposée, en considérant son importance dans ce contexte particulier. Très peu d'études empiriques semblent en effet s'être penchées sur cette variable, ce qui rendait notre étude encore plus pertinente. La disponibilité des données du terrain de l'étude (elle-même interdisciplinaire) TRANSIT, dont l'un des objectifs clés était l'instauration de nouvelles pratiques de collaboration entre professionnels de différentes disciplines, ont rendu possible la réalisation de cette étude. Les retranscriptions de plusieurs dizaines d'heures d'entrevues, en plus des journaux de bord des facilitatrices, ont permis de considérer à la fois les perceptions des membres des équipes sur les dynamiques internes en plus de celles des facilitatrices ayant été formées pour les coacher. Ces conditions nous ont donné accès à des données qualitatives riches qui ont permis de procéder aux études comparatives de cas décrites dans notre article.

Un élément majeur a été de pouvoir comparer deux paires d'équipes se distinguant au point de vue de la collaboration interprofessionnelle, en mettant de l'avant le rôle du leadership d'inclusion sur leurs différences. Nous considérons que nos résultats étaient suffisamment solides qu'ils méritaient d'être publiés et c'est pour cette raison que nous avons convenu d'un mémoire écrit par article. Ce dernier après traduction, sera soumis à la revue *Journal of Interprofessional Care* à des fins de publication.

Limites et recherches futures

Bien entendu, la contrainte majeure liée au choix d'un mémoire par article, réside dans l'effort de synthèse considérable qu'il implique. Le nombre de mots restreint nous a obligés à faire des choix difficiles, et à laisser tomber plusieurs pistes d'analyse qu'il aurait été intéressant d'exploiter. Mentionnons notamment la question de l'habilitation des membres, que plusieurs auteurs ont identifiée comme un prérequis à l'émergence du leadership partagé, et qui a certainement joué un rôle sur les différences constatées au sein de notre échantillon d'équipes. Plusieurs membres étaient clairement moins motivés vis-à-vis la tâche en elle-même, pour différentes raisons, et ceci a eu pour effet de limiter leur intérêt à manifester de l'influence, empêchant le leadership partagé de se développer.

Également, nous avons noté de nombreuses caractéristiques qui distinguaient la constitution des équipes de notre échantillon : la représentativité des différentes professions n'était pas identique; certains membres avaient déjà un historique de collaboration au sein de leur clinique de provenance, alors qu'une majorité de membres ne se connaissaient pas au préalable; le nombre de membres variait d'une équipe à l'autre. Ces éléments ont certainement pu influencer certaines des variables de l'environnement interne que nous avons examinées, mais nous avons dû les négliger.

Un grand nombre de variables auraient pu mériter d'être contrôlées. C'est le cas notamment de la confiance entre les membres de l'équipe, parfois déjà partiellement développée avant même le début de l'étude, puisque certains membres étaient au préalable des collègues du même Groupe de Médecine Familiale. Ce facteur a certainement joué en

la faveur de certaines des équipes. Également, plusieurs facteurs individuels liés à l'émergence du self-leadership (Bligh *et al.*, 2006), ou à la décision de s'exprimer ou la tendance à rester silencieux (Weiss, 2014), ont pu jouer un rôle. Et finalement, toute la question du «readiness to change» (Armenakis, 1993), puisqu'il s'agissait d'un contexte de mise en œuvre du changement, impliquerait de considérer un ensemble de facteurs divers, ayant pu nuire à l'avancement de la tâche de certaines des équipes étudiées.

Évidemment, il existe plusieurs autres limites, d'ordre méthodologique, à la présente étude. Premièrement, la nature qualitative des données ne permettait pas une mesure précise des différentes variables, mais uniquement de comparer les équipes entre elles. Le leadership partagé, par exemple, n'a pu qu'être estimé. Ensuite, la nature des études de cas, doublé du nombre limité de cas de l'étude, ne permet pas de généraliser les conclusions posées (Eisenhardt, 1989), ni de prétendre à une très grande validité externe (Yin, 2014). Également, nous ne pouvons ignorer que la nature des équipes du terrain utilisé a pu influencer les résultats. En effet, nous avons accès ici à des équipes de projet, d'une durée de vie limitée et ayant des objectifs spécifiques, et ne pouvons donc pas supposer que les résultats se transposeraient dans des équipes d'action ou d'une durée de vie plus grande. Si une période de dix-huit mois limite en effet l'ampleur des changements dans les pratiques collaboratives, elle limite également le développement de dynamiques efficaces au point de vue du partage du leadership, qui nécessite au préalable une certaine confiance, un sentiment d'efficacité collectif et de l'engagement, qui peuvent prendre du temps à se mettre en place (Bligh *et al.*, 2006). L'apport des facilitatrices également, qui a été hautement apprécié par les membres de ces équipes, a nécessairement été limité par la

fréquence des rencontres, qui de surcroît ne rejoignaient pas systématiquement tous les membres, les absences fréquentes de certains membres étant légions.

En dépit des nombreuses limites, cette étude a l'intérêt de suggérer plusieurs pistes d'études. Considérant la proximité naturelle des antécédents du leadership partagé et du travail collaboratif, l'étude des antécédents du leadership partagé dans les équipes interprofessionnelles est une avenue de recherche que nous jugeons très pertinente. Et bien entendu, la manifestation du leadership d'inclusion pourrait être examinée plus spécifiquement d'une manière empirique, tout comme les liens entre cette variable et le leadership partagé, à travers les perceptions des membres de l'équipe sur le climat de sécurité psychologique. Reproduire une étude semblable avec un échantillon plus vaste, sur une période plus longue, et en contrôlant davantage les variables discutées plus tôt, nous apparaît tout à fait pertinent.

Applications pratiques

Dans un contexte où le domaine des soins de santé continue de se complexifier, et que les moyens limités nous incitent à optimiser les processus, à faire plus avec moins, il faut réfléchir à tous les moyens d'améliorer l'utilisation de nos ressources. Puisque l'intégration des expertises est essentielle pour le bon fonctionnement des organisations en santé, pour la santé du patient mais aussi éventuellement pour les professionnels eux-mêmes, on ne peut ignorer que la hiérarchie des statuts bien ancrée en médecine peut nuire à l'établissement du climat favorable recherché.

Alors qu'il est généralement convenu que les comportements du leader sont importants pour stimuler l'apprentissage, la collaboration et le travail d'équipe, ce mémoire contribue à mettre en lumière l'importance du leadership d'inclusion des médecins en contexte interprofessionnel, vu son potentiel pour assurer le bon fonctionnement de ces équipes de même que la collaboration au sein de ces équipes.

Il serait donc tout à fait pertinent d'utiliser ces connaissances pour sensibiliser les membres d'équipes interprofessionnelles, et plus particulièrement les médecins, à l'importance du partage de l'influence au sein des équipes, de la qualité de l'environnement interne, ainsi qu'à la nécessité d'adopter une orientation d'inclusion. Les membres des équipes doivent sentir que leur contribution est la bienvenue, et les médecins doivent en conséquence inviter et apprécier ouvertement cette contribution, pour éviter que certains membres n'adoptent des stratégies pour contourner les structures de pouvoir. À cet égard, l'importance névralgique de l'attitude du médecin, bien plus que celle de tout leader appelé à exercer de l'influence au sein de ces équipes, doit être concrètement mise de l'avant. Aussi, ces connaissances mériteraient d'être utilisées dans toute intervention de formation, de coaching et de facilitation du changement, qui vise à améliorer le fonctionnement des équipes interprofessionnelles et ce, autant pour les médecins que pour tous les professionnels qui travaillent en collaboration. Puisqu'il a été démontré que les médecins ont une évaluation bien différente des autres membres lorsqu'il s'agit d'apprécier la qualité du travail de l'équipe (Lingard *et al.*, 2012; Makary *et al.*, 2006), des efforts doivent être investis pour modifier leurs perceptions ainsi que les comportements bien ancrés des

professionnels du secteur de la santé. Il s'agit donc d'un changement culturel qui implique de mobiliser la volonté de nombreux acteurs. En travaillant à réduire les obstacles au bon fonctionnement des équipes interprofessionnelles, on pourra ainsi contribuer à l'amélioration continue d'un domaine en pleine évolution.

BIBLIOGRAPHIE

Argyris, Chris (1985). *Strategy, change, and defensive routines*. Boston, MA: Pitman.

Armenakis, Achilles A., Stanley G. Harris et Kevin Mossholder (1993). «Creating readiness for organizational-change», *Human Relations*, **46**(6): 681-703.

Baggs, Judith Gedney et Madeline H. Schmitt (1997). «Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU», *Research in Nursing & Health*, **20**(1): 71-80.

Baron, Robert A. (1990). «Countering the effects of destructive criticism – the relative efficacy of 4 interventions», *Journal of Applied Psychology*, **75**(3), 235-245.

Bass, Bernard M. (1990). *Bass and Stogdill's handbook of leadership*, New York: Free Press.

Bender, Miriam, Cynthia D. Connelly et Caroline Brown (2013). «Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader», *Journal of Nursing Management*, **21**(1): 165-174.

Bergman, Jacqueline Z., Joan R. Rentsch, Erika E. Small, Shaun W. Davenport et Shawn M. Bergman (2012). «The Shared Leadership Process in Decision-Making Teams», *Journal of Social Psychology* 152(1): 17-42.

Bligh, Michelle C., Craig L. Pearce et Jeffrey C. Kholes (2006). «The importance of self- and shared leadership in team based knowledge work», *Journal of Managerial Psychology*, 21(4): 296-318.

Borrill, Carroll., Michael West, Jeremy Dawson, David Shapiro, Anne Rees, Ann Richards, Simon Garrod, Jean Carletta et Angie Carter (2002). «Team Working and effectiveness in health care», *British Journal of Health Care Management*, 6 (8), 364-371.

Bronstein, Laura R. (2003). «A model for interdisciplinary collaboration», *Social Work* 48(3): 297-306.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). A National Inteprofessional Competency Framework, retrieved from http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Carson, Jay B., Paul E. Telsuk et Jennifer A. Marrone (2007). «Shared leadership in teams: an investigation of antecedent conditions and performance», *Academy of*

Management Journal, 50(5), 1217-1234.

Chesluk, Benjamin J. et Eric S. Holmboe (2010). «How Teams Work-Or Don't-In Primary Care: A Field Study On Internal Medicine Practices», *Health Affairs*, 29(5): 874-879.

Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander et Julie C. Lowery (2009). «Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.» *Implementation Sciences*, 4: 50.

D'Amour, Danielle (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Ann Arbor, Université de Montreal (Canada), 416 pages.

D'Amour, Danielle, Claude Sicotte et Ron Levy (1999). «L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé», *Sciences sociales et santé*: 67-94.

D'Amour, Danielle, Marcela Ferreda-Videla, Leticia San Martin Rodriguez et Marie-Dominique Beaulieu (2005). «The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks», *Journal of Interprofessional care*, 19 Suppl 1, 116-131.

D'Amour, Danielle, Lise Goulet, Jean-François Labadie, Leticia San Martin Rodriguez et Raynald Pineault (2008). «A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations», *BMC Health Serv Res*, **8**, 188.

Day, David. V., Peter Gronn et Eduardo Salas (2004). «Leadership capacity in teams», *Leadership Quarterly*, 15(6): 857-880.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Viviane Sergi (2012). «Leadership in the Plural», *The Academy of Management Annals*, **6**(1): 211.

DeNisi, Angelo, Michael A. Hitt, Susan E. Jackson (2003). «The knowledge-based approach to sustainable competitive advantage» Dans S. E. Jackson, M. A. Hitt et A. S. DeNisi (Eds), *Managing knowledge for sustained competitive advantage*: 3-33. San Francisco: Jossey-Bass.

Detert, James R. et Ethan R. Burris (2007). «Leadership behavior and employee voice: Is the door really open?», *Academy of Management Journal*, 50(4), 869-884.

Edmondson, Amy (1999). «Psychological safety and learning behavior in work teams», *Administrative Science Quarterly*, **44**(2), 350-383.

Edmondson, Amy C. (2003). «Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams», *The Journal of Management Studies*, **40**(6), 1419-1452.

Edmondson, Amy (2004). «Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A group-level lens» dans *Trust and Distrust in Organizations: Dilemmas and Approaches*, New York, Russell Sage Fondation: 381.

Eisenhardt, Kathleen M. (1989). «Building theories from case-study research», *Academy of Management Review*, **14**(4): 532-550.

Ensley, Michael D., Keith M. Hmieleski et Craig L. Pearce (2006). «The importance of vertical and shared leadership within new venture top management teams: Implications for the performance of startups» *Leadership Quarterly*, **17**(3): 217-231.

Evans, Judith A. (1994). «The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practices», *Holistic nursing practice*, **8** (3), 22-31.

Farrell, M. P., Schmitt, M. H. & Heinemann, G. D. (2001). Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. *Journal of Interprofessional care*, **15**(3), 281-295.

Farrell, Michael P., Gloria D. Heinemann et Madeline M. Schmitt (1986). Informal roles, rituals and styles of humor in interdisciplinary health care teams: Their relationship to

stages of group development. *International Journal of Small Group Research*, 2, 143-162.

Fletcher, Joyce K. et Katrin Kaufer (2003). «Shared leadership: Paradox and Possibility» dans *Shared leadership: Reframing the hows and Whys of Leadership*, SAGE, 21-47.

Gardner, Deborah B. (2005). «Ten lessons in collaboration», *Online journal of issues in nursing*, 10(1): 2-2.

Gockel, Christine et Lioba Werth (2010). «Measuring and Modeling Shared Leadership Traditional Approaches and New Ideas.», *Journal of Personnel Psychology*, 9(4), 172-180.

Heinemann, Gloria M. et Antonette M. Zeiss (2002). *Team Performance in Health Care: Assessment and Development*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Henneman, E. A., Lee, J. L et Cohen, J. I. (1995). «Collaboration - a concept analysis» *Journal of Advanced Nursing*, 21(1): 103-109.

Hirak, Reuven, Ann C. Peng, Abraham Carmeli et John M. Schaubroeck (2012). «Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures», *Leadership Quarterly*, 23(1): 107.

Houghton, Jeffrey D., Christopher P. Neck et Charles C. Manz (2003). «Self-leadership and superleadership: The heart and art of creating shared leadership in teams» dans C.L.

Pearce et J.A. Conger (Eds.), *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (pp. 123–140). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 123-140.

Howard, Jenna, Eric K. Shaw, Christina B. M. Felsen, C. B. M. et Benjamin F. Crabtree (2012). «Physicians as Inclusive Leaders: Insights From a Participatory Quality Improvement Intervention», *Quality Management in Health Care*, **21**(3): 135.

Jeuge-Maynard, Isabelle (2015), *Le Petit Larousse illustré 2016*, Paris, Larousse.

Krauss, W. A. (1980). *Collaboration in Organizations: Alternatives to Hierarchy*. New York.

Lalonde, Lyne, Johanne Goudreau, Éveline Hudon, Marie-Thérèse Lussier, Fabie Duhamel, Danielle Bélanger, Lise Lévesque, Élisabeth Martin (2012). Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary care-a participatory action research project. *Family Practice*, 29(6), 733-741.

Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier M-T, Bareil C, F. D, *et al.* (2014).

Development of an interprofessional program for cardiovascular prevention in primary care: A participatory research approach. *Sage Open Medicine*, 1-11

Leathard Audrey, ed. (1994). *Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare*. Routledge, London.

Lichtenstein, Richard, Jeffrey A. Alexander, John F. McCarthy et Rebecca Wells (2004). «Status differences in cross-functional teams: Effects on individual member participation, job satisfaction, and intent to quit.», *Journal of Health and Social Behavior*, **45**(3): 322-335.

Lindeke, Linda L. et Ann M. Sieckert (2005). «Nurse-physician workplace collaboration» *Online journal of issues in nursing*, 10(1): 5-5.

Lingard, Lorelei, Meredith Vanstone, Michelle Durrant M., Bonnie Fleming-Carroll, Mandy Lowe, Judy Rashotte, Lynne Sinclair et Susan Tallett (2012). «Conflicting Messages: Examining the Dynamics of Leadership on Interprofessional Teams», *Academic Medicine*, **87**(12): 1762-1767.

Long, Debbie, Rowena Forsyth, Rick Ledema et Katherine Carroll (2006). «The (im)possibilities of clinical democracy», *Health Sociology Review*, 15(5): 506-519.

Makary, Martin A., J. Bryan Sexton, Julie A. Freischlag, Christine G. Holzmueller, E. Anne Millman, Lisa Rowen et Peter J. Pronovost (2006). «Operating room teamwork

among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder», *Journal of the American College of Surgeons* 202(5): 746-752.

Mayo, Margarita, Meindl, J., Pastor, J-C. (2003). «Shared Leadership in Work Teams» dans *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*, SAGE, 193-214.

McCallin, Antoinette (2001). «Interdisciplinary practice - a matter of teamwork: an integrated literature review», *Journal of Clinical Nursing*, 10(4): 419-428.

McCallin, Antoinette (2003). «Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem?», *Journal of Nursing Management*, 11(6): 364-370.

Miles, Matthew B., A. Michael Huberman (2014). «Fundamentals of Qualitative Data Analysis» dans *Qualitative Data Analysis*, 3e éd., Thousand Oaks, Sage, 69-104.

Mitchell, Rebecca, Vicki Parker, Michelle Giles et Brendan Boyle (2014). «The ABC of health care team dynamics: Understanding complex affective, behavioral, and cognitive dynamics in interprofessional teams» *Health Care Management Review*, 39(1): 1-9.

Morgeson, Frederick P., D. Scott DeRue et Elizabeth P. Karam (2010). «Leadership in Teams: A Functional Approach to Understanding Leadership Structures and Processes», *Journal of Management*, 36(1): 5-39.

Morrison, Elizabeth W. (2011). «Employee Voice Behavior: Integration and Directions for Future Research», *Academy of Management Annals*, **5**: 373-412.

Nembhard, Ingrid M. et Amy C. Edmondson (2006). «Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams», *Journal of Organizational Behavior*, **27**(7): 941-966.

Pearce, Craig L., Jay A. Conger (2003). *Shared leadership: reframing the Hows and the Whys of leadership*, SAGE.

Pearce, Craig L. et Bruce Barkus (2004). «The Future of Leadership: Combining Vertical and Shared Leadership to Transform Knowledge Work», *The Academy of Management Executive*, **18**(1): 47-59.

Pearce, Craig L. et Henry P. Sims Jr. (2002). «Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors», *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, **6**(2): 172-197.

Pearce, Craig L. et Charles C. Manz (2005). «The New Silver Bullets of Leadership: The Importance of Self- and Shared Leadership in Knowledge Work», *Organizational Dynamics*, **34**(2): 130-140.

Petri, Laura (2010). «Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration», *Nursing Forum* 45(2): 73-82.

Prescott, Patricia A. et Sally A. Bowen (1985). «Physician-nurse relationships», *Annals of Internal Medicine*, 103(1): 127-133.

Rice, Kathleen, Merrick Zwarenstein, Lesley Gotlib, Chris Kenaszchuk, Ann Russell, et Scott Reeves (2010). «An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study», *Journal of Interprofessional care*, **24**(4): 350-361.

Rousseau, Vincent (2012). «Le développement des équipes de travail: quand et comment intervenir?» dans Bareil, C. et Aubé, C. *Développement organisationnel: relever les défis contemporains*. Revue Gestion.

San Martin-Rodriguez, Leticiea., Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D'Amour et Marcela Ferrada-Videla (2005). «The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies», *Journal of Interprofessional care*, **19 Suppl 1**: 132-147.

Schaefer, H. G., R. L. Helmreich et D. Scheidegger (1994). «Human-factors and safety in emergency-medicine», *Resuscitation*, 28(3): 221-225.

Seers, Anson, Tiffany Keller et James M. Wilkerson (2003) «Can Team Members Share Leadership ? Foundations in Research and Theory» dans *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*, SAGE, p.77-102.

Sicotte, Claude, Danielle D'Amour, Marie-Pierre Moreault (2002). «Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres», *Social Science & Medicine*, 55(6): 991-1003.

Solansky, Stephanie T. (2008). «Leadership Style and Team Processes in Self-Managed Teams» *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(4): 332.

Stiles, William B., James E. Orth, Larry Scherwitz, Deborah Hennrikus et Carlos Vallbona (1984). «Role behaviors in routine medical interviews with hypertensive patients - a repertoire of verbal exchanges», *Social Psychology Quarterly*, 47(3): 244-254.

Tuckman, Bruce W. (1965). «Developmental sequence in small-groups», *Psychological Bulletin*, 63(6): 384-399.

Tuckman, Bruce W. et Mary Ann C. Jensen (1977). «Stages of Small-Group Development Revisited», *Group & Organization Studies (pre-1986)*, 2(4): 419.

Weiss, Mona, Michael Kolbe, Gudela Grote, Micha Dambach, Adrian Marty, Donat R. Spahn et Bastian Granda (2014). «Agency and Communion Predict Speaking Up in Acute Care Teams», *Small Group Research*, **45**(3): 290-313.

West, Michael A., Carol S. Borrill, Jeremy F. Dawson, Felix Brodbeck, David A. Shapiro et Bob Haward (2003). «Leadership clarity and team innovation in health care», *Leadership Quarterly* 14(4-5): 393-410.

Yammarino, Francis J., Eduardo Salas, Andra Serban, Kristie Shirreffs, Marissa L. Shuffler (2012). «Collectivistic Leadership Approaches: Putting the "We" in Leadership Science and Practice», *Industrial and Organizational Psychology-Perspectives on Science and Practice*, 5(4): 382-402.

Yin, Robert K. (2014), *Case study research : design and methods*, Sage Publications, 282 pages.

Zaccaro, Stephen J., Andrea L. Rittman, Michelle A. Marks (2001). «Team leadership», *Leadership Quarterly*, 12(4): 451-483.