

## L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé

In: Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. pp. 67-94.

---

Citer ce document / Cite this document :

D'Amour Danièle, Sicotte Claude, Lévy Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. In: Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. pp. 67-94.

doi : 10.3406/sosan.1999.1468

[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_1999\\_num\\_17\\_3\\_1468](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468)

---

## Abstract

### Collective action within interprofessional teams in health services

In Quebec, primary health care services are founded on the principle of interprofessional collaboration. This paper describes how we constructed an understanding of the nature of interprofessional collaboration as it is experienced in primary care services. The empirical data developed in this study uncovered important difficulties associated with collaboration and a number of complications inherent to interprofessional collaboration. Firstly, a constructivist methodology and a process of continuous recursive interconnections among data, the participants and the theory allowed a narrative complex of the case histories to emerge. Secondly, the organisational approach proposed by Erhard Friedberg proved to be an essential framework to help interpret the case histories. This organisational approach is based on a sociology of action and it specifically underlines the construction of collective action. The results of our research is presented in the form of a model of the process and the emergence of interprofessional collaboration. This model adapts and reformulates the four dimensions of Friedberg's organisational approach and further qualifies them within the context of interprofessional collaboration in the health services.

## Resumen

### La acción colectiva dentro de equipos interprofesionales en los servicios de salud

Quisimos comprender la naturaleza de la colaboración interprofesional tal como se da en los servicios de salud de primera línea en Quebec, servicios erigidos sobre el principio del trabajo interprofesional. Los datos empíricos revelaron importantes dificultades de colaboración y numerosos problemas y dificultades en torno a la colaboración interprofesional. Primeramente empezamos con una metodología constructivista, el ir y venir incesante entre nuestros datos, los participantes y la teoría dejó émerger la trama narrativa del historial de casos. En un segundo tiempo, el abordaje organizacional, tal como fuese propuesto por Erhard Friedberg, nos pareció útil para esclarecer estos datos. Esta manera de cernir el sujeto reposa sobre una sociología de la acción y versa sobre la construcción de la acción colectiva. El resultado de la investigación es un modelo de estructuración de la colaboración interprofesional que toma las cuatro dimensiones del abordaje organizacional de Friedberg que nosotros modelamos y adaptamos al contexto de la colaboración dentro de los servicios de salud.

## Résumé

Résumé : Nous avons voulu comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle telle qu'elle se vit dans les services de santé de première ligne au Québec, services érigés sur le principe du travail interprofessionnel. Les données empiriques ont dévoilé des difficultés importantes de collaboration et de nombreux enjeux et contraintes autour de la collaboration interprofessionnelle. Partant d'une méthodologie constructiviste dans un premier temps, le va-et-vient incessant entre nos données, les participants et la théorie a laissé émerger la trame de narration d'histoires de cas. L'approche organisationnelle, telle que proposée par Erhard Friedberg, nous a semblé l'approche à privilégier pour éclairer ces données. Cette approche repose sur une sociologie de l'action et traite de la construction de l'action collective. Le résultat de la recherche est un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui emprunte les quatre dimensions de l'approche organisationnelle de Friedberg que nous avons modélisées et adaptées au contexte de la collaboration dans les services de santé.

## **L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé**

Danielle D'Amour\*, Claude Sicotte\*\*, Ron Lévy\*\*\*

**Résumé:** Nous avons voulu comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle telle qu'elle se vit dans les services de santé de première ligne au Québec, services érigés sur le principe du travail interprofessionnel. Les données empiriques ont dévoilé des difficultés importantes de collaboration et de nombreux enjeux et contraintes autour de la collaboration interprofessionnelle. Partant d'une méthodologie constructiviste dans un premier temps, le va-et-vient incessant entre nos données, les participants et la théorie a laissé émerger la trame de narration d'histoires de cas. L'approche organisationnelle, telle que proposée par Erhard Friedberg, nous a semblé l'approche à privilégier pour éclairer ces données. Cette approche repose sur une sociologie de l'action et traite de la construction de l'action collective. Le résultat de la recherche est un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui emprunte les quatre dimensions de l'approche organisationnelle de

---

\* Danielle D'Amour, infirmière, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Faculté de médecine, Université de Montréal, CP 6128, succ. Centre-Ville, Montréal, H3C 3J7, Canada ; danielle.damour@umontreal.ca.

\*\* Claude Sicotte, Gestion, Département d'administration de la santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada.

\*\*\* Ron Levy, ingénieur, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada.

Friedberg que nous avons modélisées et adaptées au contexte de la collaboration dans les services de santé.

*Mots-clés : collaboration interprofessionnelle, action collective, approche organisationnelle, services de santé de première ligne.*

Dès leur formation, au début des années soixante-dix, les centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec proposaient un modèle novateur de réponse aux besoins sanitaires et sociaux d'une population et mettaient en avant un modèle d'organisation de la prestation des services ambulatoires fondé sur la collaboration entre des professionnels de diverses disciplines. Trois éléments ont joué en faveur de l'émergence du travail interprofessionnel en CLSC :

- l'orientation des CLSC résolument tournés vers une approche globale et intégrée de prestation de services ;
- une culture organisationnelle forte prônant une approche communautaire ;
- et finalement une structure organisationnelle facilitant l'intégration de pratiques interprofessionnelles, soit une structure par programme plutôt que par unité fonctionnelle traditionnelle.

Même si le contexte en CLSC semble de prime abord favorable à l'émergence du travail interprofessionnel, les études québécoises menées sur le sujet révèlent des problèmes importants de collaboration et posent un jugement sévère sur l'organisation du travail interprofessionnel et sur l'utilisation que les professionnels font de leur pouvoir (Brunet et Vinet, 1978 ; Poupart *et al.* 1986 ; Larivière, 1994 ; D'Amour, 1997 ; Sicotte *et al.*, 1998). Il ressort de ces études que les différents groupes de professionnels ont tendance à satisfaire leurs aspirations professionnelles et à maintenir leur autonomie plutôt qu'à travailler en collaboration. Les modes de relation se limitent soit à des relations de subordination, soit à un certain parallélisme disciplinaire où les professionnels travaillent côte à côte sans véritables rapports de collaboration (Brunet et Vinet, 1978). Ces études font aussi état des nombreux conflits autour des juridictions professionnelles, de l'accès à la clientèle, et des règles de conduite mises en avant par des gestionnaires désireux d'exercer un contrôle sur les professionnels (D'Amour, 1997).

Le présent article rapporte une étude qui a voulu aller au-delà des variables structurelles pour tenter de comprendre les dynamiques d'interactions entre des professionnels de la santé placés en situation d'interdé-

pendance. Ainsi, à l'aide d'études de cas nous avons tenté de répondre à la question : quelle est la nature de la collaboration interprofessionnelle ?

### **Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle**

Différentes perspectives théoriques peuvent aider à la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle. Strauss (1992), à partir de l'interactionnisme symbolique, décrit la collaboration sous l'angle d'un travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une trajectoire de maladie. Wagner (1995), selon la perspective structuro-fonctionnaliste, définit la collaboration comme la contribution volontaire d'efforts personnels pour l'accomplissement de tâches interdépendantes. Dumais (1991) s'est inspiré de travaux de Racine (1979) sur les théories de l'échange pour définir la collaboration comme la circulation de biens matériels ou symboliques comprenant le don, le prêt et l'échange. Deux modèles de l'échange sont proposés, un modèle de réciprocité et un modèle de rationalité. À partir des travaux de Mauss (1980) en anthropologie symbolique, Gauvreau (1994) évoque une réciprocité alternée, un moment pour donner, un moment pour recevoir.

Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée (Golin et Ducanis, 1981 ; Ivey *et al.*, 1988). Les écrits sur la question font de la collaboration interprofessionnelle un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci (Baggs et Schmitt, 1988 ; Mariano, 1989 ; Liedtka et Whitten, 1998).

Ces auteurs se sont, pour une large part, inspirés des modèles structuro-fonctionnalistes et des modèles issus de la contingence structurelle (Gladstein, 1984 ; Goodman *et al.*, 1986 ; Hackman, 1990). Ces modèles ont peu pris en compte le sens que les acteurs donnent à leur action et au monde qui les entoure. Ils ont accordé une grande importance à l'aspect rationnel des rôles et à la conformité quasi naturelle des occupants d'un rôle aux attentes de leurs partenaires.

Trois principaux déterminants entrent en jeu dans la collaboration interprofessionnelle, ce sont le système professionnel, les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels.

Le système professionnel a une influence majeure sur la collaboration interprofessionnelle en ce qu'il propose une logique qui s'oppose à la

logique de la collaboration. Cette dernière évoque, non pas uniquement une pluralité ou une juxtaposition de disciplines, elle évoque un espace commun, un facteur de cohésion entre des savoirs et des pratiques différentes (Morin et Piattelli-Palmarini, 1983 ; Gusdorf, 1990). Le *Tableau I* récapitule ces deux logiques qui d'ailleurs ne se retrouvent pas à l'état pur. Elle illustre plutôt les pôles d'attraction vers lesquels les professionnels sont attirés à divers moments et dans diverses circonstances. Ces deux logiques en compétition placent les professionnels dans des situations paradoxales et leur font vivre des conflits de valeurs quant à leur rôle d'expert en regard des autres professionnels mais surtout en regard de la clientèle.

**Tableau I.** Les éléments prégnants de la logique de la professionnalisation et de la logique de la collaboration.

Logique de la professionnalisation		Logique de la collaboration
Vision mécaniste de la personne →		← Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée →	P	← La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante →	R	
	O	← Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation →	F	
	E	← On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
Taxonomie rigide du savoir →	S	
	S	← Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
Approche centrée autour des territoires professionnels →	I	
	O	← Approche centrée sur la clientèle
Les frontières sont étanches →	N	
	N	← Partage de zones d'intervention
Relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non-interactives →	E	
	L	← Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques →		← On vise l'approche globale et participative

Les principaux déterminants interactionnels de la collaboration sont la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le *leadership*, le climat. Les notions de cohésion et de confiance apparaissent comme les plus importantes. La cohésion est reliée au degré d'affinité entre les membres, la motivation et l'engagement des membres envers le groupe (Organ et Hammer, 1950 ; Goodman *et al.*, 1987 ; Murdack, 1989). La confiance réfère à l'acceptation d'une personne à se rendre vulnérable, à prendre un risque (Mayer *et al.*, 1995 ; McAllister, 1995). Beaudry (1994) utilise la théorie de l'agence de Williamson pour traiter de la confiance, ce qui le conduit à formuler le problème suivant : comment coopérer avec des individus en qui on ne peut avoir une totale confiance et avec qui on ne peut établir de contrats spécifiant la totalité des droits et des obligations des uns et des autres et cela dans toutes les circonstances ? Les notions d'incertitude et d'incomplétude sont omniprésentes et la confiance permet de réduire cette incertitude (Beaudry, 1994).

Parmi les facteurs organisationnels, les écrits soulignent l'importance de la structure, de la technologie, de la taille et de la composition du groupe, du *design* de la tâche et de l'environnement organisationnel (Gladstein, 1984 ; Fottler, 1987 ; Bettenhausen, 1991 ; Cohen et Bailey, 1997). Un des facteurs organisationnels déterminants de la collaboration est l'appui institutionnel au fonctionnement d'équipe (Walton et Hackman, 1986 ; O'Toole, 1992). L'équipe doit être reconnue comme une entité possédant une structure, une définition, une direction, une synergie (Mariano, 1989). La formation au travail en équipe et les mécanismes d'évaluation de l'équipe en influencent le fonctionnement ainsi que l'existence de processus de négociations et la participation aux processus de prise de décision touchant la vie de l'équipe (Weiss et Davis, 1985). Le temps dont peut disposer une équipe pour se rencontrer et partager de même que la disponibilité de locaux sont aussi des facteurs influençant le fonctionnement de l'équipe (Mariano, 1989).

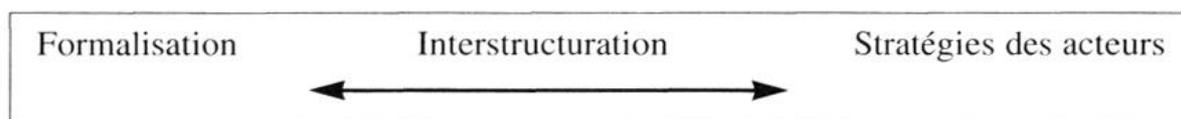
### **L'approche organisationnelle**

La perspective théorique de départ adoptée pour la présente étude s'est largement inspirée des écrits en sociologie des professions et en théorie des organisations. Une fois en possession de nos données empiriques, nous nous sommes tournés vers les écrits en sociologie des organisations qui ont fourni des éléments de compréhension plus satisfaisants de notre corpus de données, notamment l'approche organisationnelle (Friedberg, 1993 ; Crozier et Friedberg, 1995). Cette approche nous a conduit à conce-

voir la collaboration interprofessionnelle comme la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance (Friedberg, 1993 ; Chazel *et al.*, 1994).

L'approche organisationnelle, tout comme l'individualisme méthodologique (Boudon, 1992), fait l'hypothèse d'un acteur autonome et rationnel que l'on doit considérer dans son contexte social. Selon Friedberg (1993), la construction d'une action collective se fait par la construction de mécanismes empiriques au sein d'un univers de rapports humains. L'approche organisationnelle cherche à étudier « *les processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique* » (Friedberg, 1993 : 15). Friedberg conçoit l'organisation comme un système d'action local né d'un processus d'interstructuration entre un certain nombre de règles (formalisation) et le monde des rapports humains (stratégies des acteurs) (*Tableau II*).

*Tableau II. Processus d'interstructuration.*



Cette perspective donne à l'acteur sa liberté d'action tout en prenant en compte les partenaires d'interaction et l'influence constante de structurations englobantes, externes à l'organisation. Elle permet de concevoir l'organisation comme un lieu, non pas de cohérence et d'unité, mais comme un lieu où les nombreux acteurs possèdent des agendas et des cadres de référence différents, à la limite opposés (Tjosvold et Tjosvold, 1995).

Friedberg (1993) ainsi que Crozier et Friedberg (1995) proposent trois prémisses à l'action collective. Ces auteurs veulent aller au-delà de l'objet organisation et démontrer que l'action collective se construit même à l'extérieur des murs de l'organisation, entre autre, dans le contexte du marché où les murs institutionnels sont inexistantes. Ces trois prémisses sont les suivantes.

- La notion d'acteurs stratégiques : ce sont des acteurs qui affichent des comportements stratégiques selon leurs propres intérêts et en vue de se préserver une marge de manœuvre. Dans la démarche de l'approche organisationnelle, il y a donc l'hypothèse de comportements dictés par des intérêts, comportements qui deviennent un outil méthodologique pour lier les acteurs et leurs systèmes d'interactions.

• La contingence des acteurs : la notion de système d'action concret : il existe toujours un système local d'action, système qui comporte des contraintes. Les acteurs construisent les règles du jeu afin de médiatiser ces contraintes, de se préserver une certaine marge de manœuvre tout en répondant aux attentes des autres participants et ce afin de maintenir le système. Dans ce système, il est possible de repérer un minimum de régularité et d'ordre derrière un désordre apparent des stratégies des acteurs.

• Le pouvoir comme capacité d'action : pour Crozier et Friedberg (1995), les deux notions précédentes sont articulées autour de la conceptualisation de l'interaction humaine en tant que relations de pouvoir, c'est-à-dire un échange non égal de ressources qui conduit à la négociation. Ainsi, le système d'action, perçu comme un ordre négocié, est le produit de relations de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions.

Ces trois prémisses, brièvement présentées, montrent qu'il n'existe pas de logique linéaire pour expliquer des comportements qui, parfois même, peuvent paraître contradictoires. Friedberg (1993) propose quatre dimensions pour étudier l'action collective dans un contexte qu'il qualifie de « phénomène organisation », c'est-à-dire non seulement dans le contexte d'une organisation traditionnelle aux frontières bien identifiées, mais aussi dans un contexte de marché. Ces quatre dimensions se traduisent en quatre continuums qu'il définit de la façon suivante :

- le degré de formalisation et de codification de la régulation, soit l'ensemble des règles de conduite qui tentent de réguler une action. Ces règles visent à façonner et à contrôler l'action d'acteurs en situation d'interdépendance ;

- le degré de finalisation de la régulation ou le degré auquel les acteurs intègrent les résultats de leur collaboration et réutilisent ces résultats dans leurs interactions ou les transforment en enjeux ;

- le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation soit la prise de conscience par les acteurs de leurs interdépendances et la prise de conscience de la nécessité de les réguler ;

- le degré de délégation explicite de la régulation, soit la conscience de l'existence de régulateurs plus ou moins officiels, régulateurs qui peuvent se situer à l'intérieur ou à l'extérieur du phénomène à l'étude, donc du caractère plus ou moins endogène ou exogène de la régulation.

Nos données empiriques démontrent l'importance des revendications des acteurs et de leurs stratégies autour de ces revendications. À la lumière de ces données et suite à la rédaction de trois monographies sur l'histoire de la collaboration dans trois équipes, nous avons en main le matériel qui retrace l'histoire des conflits et des revendications des acteurs ainsi que leurs stratégies pour constituer une action collective tout en se

préservant une marge de manœuvre, souvent dictée par les prérogatives du système professionnel. Les quatre dimensions de l'approche organisationnelle ont ainsi servi à comprendre la collaboration au sein de trois équipes interprofessionnelles dans le domaine des services de santé de première ligne, ces équipes évoluant dans un contexte organisationnel de centres communautaires de santé. Ainsi, nous avons conçu la collaboration interprofessionnelle comme le fruit d'une construction sociale à l'intérieur d'un cadre organisationnel formalisé. Nous présentons, plus loin, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui a émergé des données empiriques.

## Méthodologie

Trois équipes interprofessionnelles provenant de trois différents programmes au sein d'un même CLSC ont fait l'objet de l'étude soit :

- une équipe du programme Petite-enfance-famille qui offre des services autour de la naissance et de la petite enfance (projet OLO) ;
- une équipe du programme de Maintien à domicile qui dessert à domicile des personnes en perte d'autonomie ;
- et une équipe des Services courants qui offre des consultations médicales, infirmières et sociales (*voir Encadré*).

### *Les programmes à l'étude*

Le réseau des CLSC couvre l'ensemble du territoire québécois. Cent-quarante-six CLSC, totalement financés par les pouvoirs publics, offrent des services de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des services curatifs à l'ensemble de la population du Québec. Les CLSC dispensent à la fois des services de santé et des services sociaux de première ligne. Deux pierres d'assise ont présidé à la création des CLSC : l'approche communautaire et l'intervention multidisciplinaire. L'étude traite de la collaboration interprofessionnelle au sein de trois programmes présentés ci-après.

Le projet OLO poursuit deux objectifs principaux : favoriser la naissance de bébés pesant plus de 2 500 grammes et améliorer la santé des femmes enceintes socio-économiquement défavorisées. De façon plus spécifique, le projet offre à ces femmes une aide alimentaire (œuf, lait, orange) et un suivi régulier. Le suivi consiste en des visites à domicile

toutes les deux semaines de la part des infirmières. Le projet relève du programme Petite enfance famille (PEF) d'un CLSC situé dans un quartier urbain en milieu défavorisé. Il regroupe un large éventail de professionnels dont neuf infirmières, trois intervenantes sociales, un médecin, deux hygiénistes dentaires, une organisatrice communautaire, une nutritionniste, deux techniciennes en service de garde et une audiologiste-orthophoniste pour un total de vingt personnes. Une coordonnatrice et une assistante se partagent la gestion et l'encadrement. Le médecin est rattaché au service de médecine et est peu présent au programme PEF.

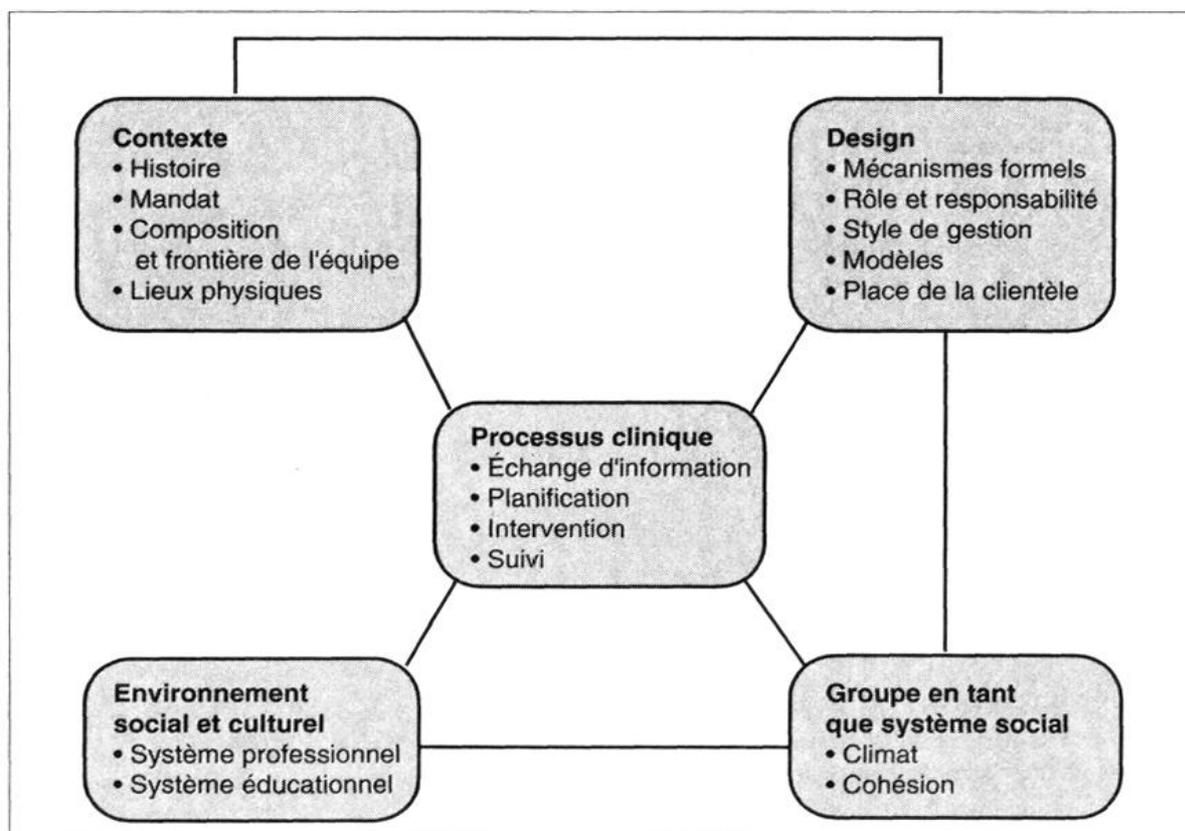
La clientèle du Maintien à domicile (MAD) est composée de jeunes personnes handicapées, de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes en situation de fin de vie. Le personnel vise à maintenir ces personnes le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel. Plusieurs présentent des problèmes complexes qui demandent une implication et une collaboration importante de tous les acteurs impliqués. Le programme de MAD regroupe 58 professionnels provenant de six disciplines. Le groupe le plus nombreux est constitué des auxiliaires familiales et sociales. Elles sont 29 qui se rendent dans les domiciles pour suppléer aux incapacités fonctionnelles de la clientèle. Le MAD comprend également onze infirmières, six travailleuses sociales, deux ergothérapeutes, une organisatrice communautaire et des personnes rattachées à des projets communautaires. Les ressources médicales au MAD sont peu nombreuses, il n'y a plus de médecin attiré au programme.

Les Services courants (SC) constituent la « porte d'entrée » au CLSC, on y offre essentiellement des services d'accueil, d'orientation et de consultations médicales, infirmières et psychosociales. La clientèle des SC diffère de la clientèle des deux autres programmes à l'étude en ce sens qu'une partie importante de cette clientèle vient consulter pour des demandes de nature ponctuelle. Toutefois, certains clients autonomes y sont suivis à long terme pour des problèmes complexes surtout pour des problèmes de santé physique. Il n'existe pas comme tel de lieux de rencontres pour des discussions cliniques aux SC, on a plutôt instauré un mécanisme de support à la garde, c'est-à-dire que les médecins et les infirmières ont négocié un nouveau partage des responsabilités professionnelles pour les consultations médicales sans rendez-vous. Le programme regroupe 27 professionnels dont 12 médecins, trois infirmières, deux travailleurs sociaux, sept personnes à la téléphonie, aux archives et à l'accueil et enfin le coordonnateur de programme et le chef des services médicaux.

Chaque équipe constitue un cas (Yin, 1994 ; Stake, 1994). Neuf catégories de professionnels ont participé à l'étude : infirmières, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires, médecins, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, auxiliaires familiales et gestionnaires. Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-directifs auprès des différents professionnels (29 entrevues), par l'observation de rencontres cliniques (six rencontres), par l'analyse documentaire et par la prise de notes de terrain.

Il s'agit d'une recherche de type constructiviste où l'analyse des données a été, dans un premier temps, inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (*grounded theory*) (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990). Le processus de codification des données empiriques (*open and axial coding*) a laissé émerger une trame catégorielle qui a servi de canevas à la rédaction des histoires de cas (*selective coding*), ce qui a permis de comparer les résultats d'un cas à l'autre (*Figure 1*).

Au centre de cette trame, se retrouve l'analyse du partage des processus cliniques entre l'acteur que constitue l'équipe et les acteurs individuels. Les autres catégories sont les éléments contextuels, les



**Figure 1.** Trame catégorielle de narration des histoires de cas.

constituantes du *design* organisationnel, les éléments rattachés au groupe en tant que système social et finalement l'environnement social et culturel dans lequel évolue ces équipes. Ces catégories ont servi à reconstruire, sous forme de monographies, l'histoire de la collaboration interprofessionnelle dans chacun des cas à l'étude. Les monographies ont été soumises aux participants de chacune des équipes qui ont pu commenter et modifier la représentation construite par les chercheurs; ce qui a constitué une étape cruciale pour assurer la rigueur de la recherche.

Cette première étape d'analyse constituait un début de réponse à la question fondamentale de la collaboration puisqu'elle s'attachait à ses déterminants et non à la nature même de la collaboration, mais elle renfermait aussi une possibilité de théorisation. Nous sommes retournés aux écrits en sociologie de l'action et avons eu recours aux quatre dimensions de l'approche organisationnelle (Friedberg, 1993). Les données empiriques ont ainsi servi de base à la théorisation et au développement d'un modèle de la collaboration interprofessionnelle présenté ci-après.

### **Proposition d'un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle**

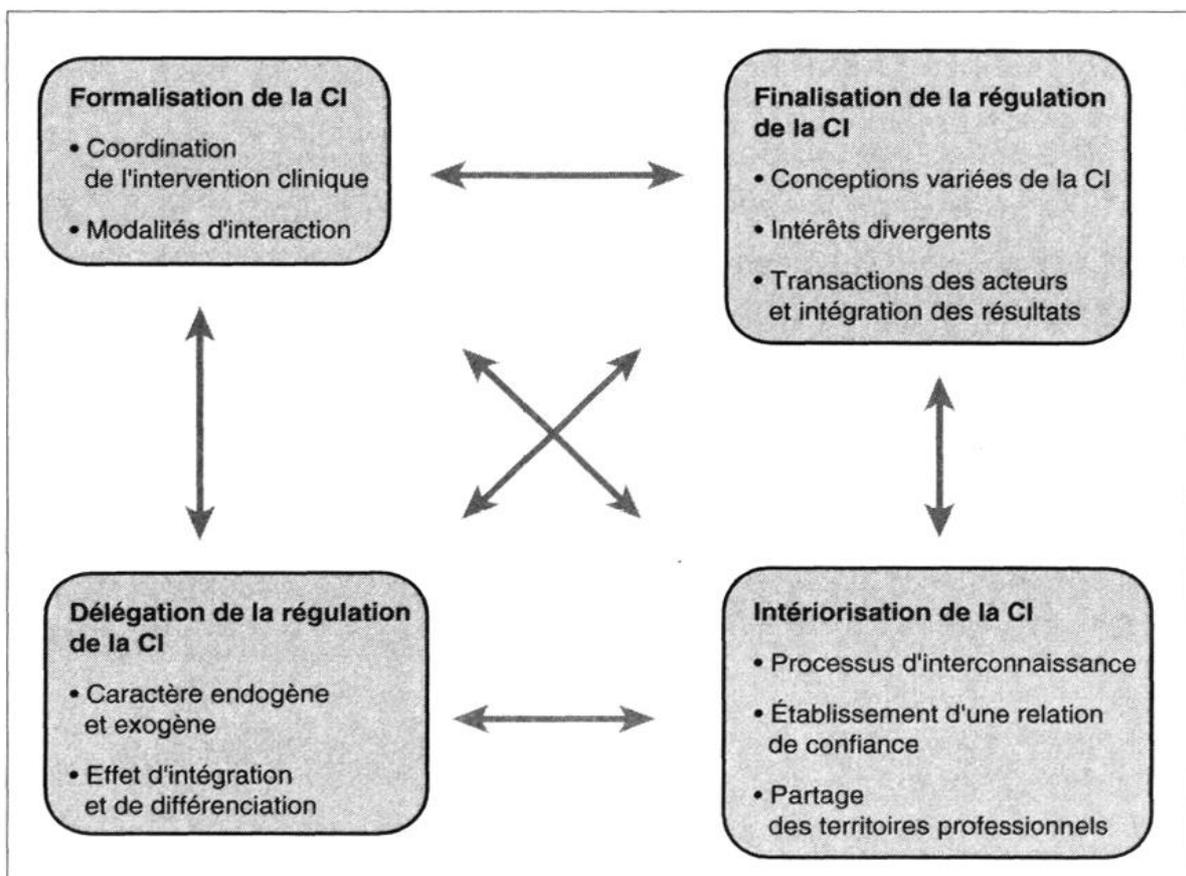
Bien que la proposition de Friedberg (1993) ait été élaborée pour l'étude de l'action collective, principalement dans un contexte de libre marché, nous croyons qu'elle peut fournir un apport important à l'étude de la collaboration interprofessionnelle dans un cadre organisationnel. L'analyse des données a démontré que les prémisses de l'approche organisationnelle sont pertinentes pour l'étude de la collaboration interprofessionnelle. Effectivement, nous pouvons concevoir la collaboration interprofessionnelle comme la structuration d'une action collective, ce qui implique que nous reconnaissons être en présence d'acteurs stratégiques qui développent un ordre local à l'intérieur des contraintes de l'organisation et qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions. Le résultat principal de la recherche est la proposition d'un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997).

Tel que mentionné précédemment, Friedberg (1993) propose quatre dimensions situées sur quatre continuums:

- le degré de formalisation et de codification de la régulation,
- le degré de finalisation de la régulation,
- le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation,
- le degré de délégation explicite de la régulation qu'elle soit endogène ou exogène.

À partir d'une étude empirique, nous avons modélisé ces dimensions, nous les avons rendues plus explicites et nous les avons adaptées au contexte de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle proposé permet, à notre sens, d'analyser et de comprendre la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé. Il conserve les quatre dimensions de l'approche organisationnelle. En effet, chacune des dimensions semble essentielle à la compréhension d'une action collective. Elles ne peuvent d'ailleurs être intelligibles que si on les relie les unes aux autres. Ces quatre dimensions entrent en interaction et s'influencent mutuellement et, bien qu'elles soient constamment présentes à toute action collective, leur intensité et leur mise en œuvre varient selon les situations et le contexte spécifique à chaque action (*Figure 2*).



*Figure 2. Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle*

### *La formalisation*

La formalisation vise à définir plus précisément des règles de conduites plus ou moins explicites afin de régulariser et de stabiliser l'action par le renforcement de la structure formelle (règles, procédures, description de tâches...). La formalisation correspond à la volonté des gestionnaires d'exercer un certain contrôle sur les aléas et les incertitudes du travail. La rigidité organisationnelle qui en découle est en retour utilisée par les professionnels comme protection et ressource dans les négociations (Eymard-Duvernay et Marchal, 1994 ; Maurice, 1994 ; Reynaud, 1989 ; Organ et Greene, 1981).

L'étude a confirmé l'importance de la dimension de la formalisation dans la constitution d'une action collective entre professionnels. En effet, au projet OLO et au programme de MAD, nous avons observé que des problèmes importants de forte formalisation de la collaboration interprofessionnelle ont amené ces deux équipes au démantèlement de règles formelles rigides pour y substituer des règles implicites, souples, ne faisant pas l'objet de contrôle. Deux règles ont été particulièrement sources de conflits et ont suscité des revendications liées à des enjeux de pouvoir importants, notamment celui de l'accès à la clientèle. Une première règle concernait la coordination de l'intervention clinique. Elle désignait un professionnel responsable (intervenant pivot) qui devait coordonner les activités des autres professionnels impliqués auprès d'un client. Cette règle s'apparente à la notion de « médecin traitant » du modèle médical traditionnel. Au projet OLO, la règle disait que seules les infirmières pouvaient être intervenantes pivot ce qui a été contesté par les autres professionnels qui y voyaient une non reconnaissance de leur légitimité d'expert et qui considéraient que leur accès à la clientèle était ainsi restreint. Une seconde règle concernait les modalités d'interaction entre les membres de l'équipe. Elle déterminait les circonstances de la tenue des discussions cliniques, leur fréquence et le rôle des professionnels qui y participaient.

Ces deux règles visaient donc à réguler l'essentiel des rapports entre les professionnels. Quatre problèmes importants ont été associés à cette formalisation :

- des règles formelles rigides non consensuelles,
- faisant abstraction de la logique affective des professionnels,
- créant des inégalités de pouvoir entre les groupes professionnels,
- n'identifiant ni la place ni le pouvoir accordé à la clientèle au sein de l'équipe.

Les conflits autour de ces règles semblent avoir eu des conséquences significatives sur l'engagement des professionnels, sur la qualité des services, sur la productivité et sur le climat organisationnel.

Il faut également souligner un cercle vicieux paradoxal relié à la collaboration interprofessionnelle. Cette collaboration, envisagée comme une des caractéristiques novatrices des CLSC, a été souvent promue par le recours à une formalisation de plus en plus forte et qui place les professionnels dans « l'obligation » de collaborer. Dans les situations d'incertitude, les gestionnaires ont souvent tendance à vouloir stabiliser l'action par un plus grand recours à des règles (Reynaud, 1989 ; Friedberg, 1993). Or, la collaboration est par essence volontaire et basée sur la liberté des individus. Un paradoxe qui prend des proportions encore plus importantes chez les groupes professionnels dont l'autonomie, on le sait, est fondamentale. Finalement, la formalisation, en tentant de réguler les incertitudes, a engendré ses propres problèmes, c'est-à-dire les incertitudes créées par sa propre mise en œuvre.

En somme, la dimension de la formalisation a influencé de façon importante la collaboration interprofessionnelle. Il importe donc de bien identifier les règles autour desquelles se nouent les conflits, celles qui portent les enjeux de pouvoir les plus importants. L'accès à la clientèle en est certainement l'un des plus importants.

### *La finalisation*

La dimension de la finalisation concerne l'existence de buts formulés et l'intégration de ces buts à l'action. Selon Friedberg (1993), la finalisation se traduit par le degré auquel les professionnels intègrent les buts et les résultats de leur collaboration dans leurs interactions. Sous-entendu à cette conception de la finalisation, le principe suivant : plus les acteurs souscrivent aux finalités du système d'action, plus ils sont prêts à faire des compromis pour arriver à une coopération la moins conflictuelle possible qui produise les meilleurs résultats. Notre étude nous amène à trois constats.

#### *Les professionnels d'une même équipe possèdent des conceptions très variées de la collaboration interprofessionnelle*

Certains professionnels nous ont dit concevoir la collaboration comme un échange d'informations alors que d'autres affirment que la collaboration doit aller au-delà de l'échange d'informations. Chez ces derniers, la collaboration se concrétise dans des prises de décisions communes et même dans un partage de territoires communs d'où une véritable action collective pourrait naître. Ces différentes représentations de la collaboration et de son intensité se traduisent par des attentes différentes

entre les partenaires, attentes qui peuvent conduire à de l'incompréhension mutuelle.

*Les intérêts individuels et professionnels sont multiples et divergents*

Les intérêts des professionnels sont, bien sûr, en relation avec les intérêts de la clientèle, mais l'étude montre que les intérêts des professionnels sont également multiples. Ils possèdent d'autres allégeances qui vont au-delà du programme ou de l'organisation, par exemple, la préservation de leur territoire professionnel. Retournons au *Tableau I* qui illustre la présence de deux logiques en compétition et témoigne que les professionnels sont constamment soumis à ces deux logiques. Ce résultat est corroboré par une enquête (Sicotte *et al.*, 1998) qui confirme que ces deux logiques sont omniprésentes. Les professionnels oscillent constamment entre les deux et selon les situations, ils vont adhérer davantage à l'une ou l'autre.

*Les transactions des acteurs autour des buts et l'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle*

L'étude révèle que la notion de transactions des acteurs autour des buts, telle qu'énoncée par Friedberg (1993), est omniprésente. Plusieurs situations illustrent les revendications des différents groupes professionnels et les transactions effectuées autour de ces revendications. Par exemple, les professionnels ont eu tendance à utiliser les résultats négatifs de leur collaboration pour démontrer la contre-productivité des règles et réclamer l'abolition de ces règles jugées, par eux, trop contraignantes. L'analyse de ces transactions met en lumière les luttes autour des enjeux de pouvoir dont les principaux sont l'accès à la clientèle et la préservation du territoire professionnel. De plus, l'utilisation que les professionnels font des résultats de leur collaboration constitue également une facette importante pour la compréhension des dynamiques de collaboration.

En résumé, la multiplicité des conceptions de la collaboration interprofessionnelle, la multiplicité et le caractère parfois contradictoire des intérêts des professionnels complexifient l'adhésion de ceux-ci aux buts de l'organisation. Ainsi l'adhésion inconditionnelle aux finalités de l'organisation et la cohésion dans une équipe interprofessionnelle revêtent un caractère utopique. Les professionnels conservent toujours une certaine autonomie qui les placent en situation de marchandage. Les relations d'échange semblent d'une grande diversité, c'est-à-dire aussi bien de nature marchande que de l'ordre de l'engagement (Gauvreau, 1994). Le processus de négociation en vue d'une plus grande harmonie des concep-

tions, des finalités et des moyens d'y accéder constitue donc un enjeu majeur pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle.

### *L'intériorisation*

La proposition de Friedberg (1993) met l'accent sur la dimension de la conscience des interdépendances et la nécessité de les réguler. Nos données montrent que les acteurs sont conscients de leurs interdépendances constamment recrées par les besoins complexes de la clientèle. Les résultats soulignent la difficulté des professionnels à intérioriser le fait qu'ils doivent constituer une action collective, à savoir qu'ils doivent dépasser la notion de complémentarité, une action à plusieurs, pour atteindre une action davantage commune.

Les histoires de cas révèlent l'importance de trois sous-dimensions :  
- le processus d'interconnaissance (proposé par Friedberg), mais également de deux autres aspects que nous ajoutons :

- l'établissement d'une relation de confiance,
- le partage des territoires professionnels.

### *Processus d'interconnaissance*

Selon Friedberg (1993), l'atteinte d'une finalisation efficace passe essentiellement par un processus d'interconnaissance qui se définit comme un ensemble d'actions amenant des individus à se connaître. Selon les professionnels, le processus d'interconnaissance trouve son importance dans le fait qu'il est difficile de collaborer avec d'autres professionnels dont on connaît peu ou mal les orientations, la nature du travail ou encore le vocabulaire. Une illustration de cette situation est le recours fréquent à des modèles conceptuels unidisciplinaires, modèles qui comportent un langage la plupart du temps hermétique pour les autres professionnels. Les professionnels ont peu le souci de rendre ces modèles intelligibles aux autres.

### *Établissement d'une relation de confiance*

De nombreux témoignages livrés par des professionnels indiquent l'importance qu'ils accordent à l'établissement d'une relation de confiance et ce, pour plusieurs raisons. D'abord ce sont des équipes évoluant en contexte d'incertitudes élevées, incertitudes inhérentes à la complexité de la situation des clients, à la disponibilité de leur réseau social, et aux échanges entre les professionnels. Deuxièmement, il s'agit

d'équipes autonomes qui régulent elles-mêmes une partie de leurs échanges. Troisièmement, la nature des échanges demande un investissement affectif individuel important. Ces trois raisons font appel à la confiance comme mécanisme de coordination et d'intégration des membres de l'équipe. Les résultats montrent que plusieurs niveaux de confiance entrent en action dans la collaboration interprofessionnelle : un niveau institutionnel ou organisationnel, un niveau professionnel et un niveau individuel.

Au niveau professionnel et individuel, les participants mentionnent leur sentiment de vulnérabilité devant la nécessité d'un certain dévoilement professionnel relié aux activités de partage dans les processus cliniques. Ce dévoilement signifie que, dans certaines circonstances, le professionnel doit faire part de son plan d'intervention, des difficultés instrumentales et affectives qu'il rencontre ainsi que des limites de sa compétence, ce qui nécessite *a priori* une relation de confiance.

Au niveau institutionnel, les résultats de l'étude montrent que deux questionnaires sur trois ont recours au mécanisme de l'autorité pour coordonner les membres de l'équipe, ce qui a entraîné un climat de conflits et de non confiance ainsi que la formation de coalitions qui se sont opposées dans un cercle vicieux autoritaire.

### *Partage des territoires professionnels*

Le système professionnel est au cœur de la collaboration interprofessionnelle puisqu'il structure l'action collective des professionnels à partir des savoirs spécifiques appartenant à chaque profession. Or, les histoires de cas révèlent de nombreuses zones grises, c'est-à-dire des zones limitrophes dont la légitimité n'est pas clairement établie et qui font l'objet de débats dans la réalisation des activités quotidiennes. En effet, comment trancher les territoires professionnels dans un domaine où la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la relation d'aide, la mobilisation des réseaux, l'*empowerment* et l'approche communautaire sont les principaux concepts qui alimentent les pratiques ? Ces pratiques peuvent difficilement appartenir à un seul groupe, elles doivent appartenir à tous. Par exemple, dans une des équipes, les intervenants n'ont pu s'entendre sur le partage des responsabilités quant à la mobilisation communautaire de femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté, ce qui a pu avoir un impact sur la qualité des services.

La présente étude confirme qu'en général les professionnels sont peu ouverts à établir des zones communes de responsabilités. Ils ne désirent pas s'impliquer dans une telle démarche, en particulier chez les groupes possédant un territoire bien délimité, qui leur est socialement reconnu.

Pour les autres dont le territoire est moins reconnu ou plus restreint, l'ouverture à la négociation est d'emblée plus acceptable, car ils ne peuvent qu'y gagner. Certains prônent donc l'hermétisme de bon aloi, d'autres privilégient l'ouverture.

Tous les participants s'entendent sur le risque lié au partage des territoires et sur le risque de hiérarchisation professionnelle qui existent en CLSC là où la domination médicale n'est pas en place. La fréquence et l'omniprésence des conflits de territoires sont particulièrement intenses en CLSC notamment dû à ce risque de hiérarchisation entre des professions au statut similaire comme la profession infirmière et le service social. Les groupes professionnels ont tendance à définir leur territoire en opposition aux autres groupes et à défendre leurs frontières, comme le veut la logique du système professionnel.

En somme, les données empiriques ont permis d'identifier trois facettes importantes de la dimension de l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle :

- le processus d'interconnaissance,
- l'établissement d'une relation de confiance,
- le partage de territoires professionnels.

Le cheminement des acteurs en regard de ces trois sous-dimensions nous apparaît essentiel à l'intériorisation du sentiment d'appartenance à une équipe.

### ***La délégation***

Friedberg (1993) propose la dimension de la délégation dans un cadre de marché où, pour reconnaître s'il y a action collective, il doit y avoir une forme plus ou moins officielle ou plus ou moins explicite de délégation des responsabilités de réguler cette action. Friedberg propose aussi la notion de caractère endogène et exogène de la délégation. La délégation endogène réfère aux moyens internes utilisés pour gérer l'action collective. Dans une organisation comme les CLSC, le caractère endogène est évident car la responsabilité de régulation est déléguée à des autorités internes, à des structures ou encore à des règles plus ou moins formelles. La délégation exogène réfère aux influences externes, aux structurations englobantes qui influencent l'action collective, entre autres, les ordres professionnels et la réglementation gouvernementale.

Par exemple, pour ce qui a trait à la délégation endogène, nous retrouvons simultanément dans les trois cas à l'étude une structure officielle par programme et une structure officieuse fonctionnelle par groupe professionnel. Ainsi, sous des dehors de structure interprofessionnelle par

programme, on reconduit une structure traditionnelle uniprofessionnelle. Cette dernière a un effet de différenciation (1) car les groupes professionnels y sont gérés séparément.

En regard de la délégation exogène, l'étude montre que les professionnels sont fortement influencés par le système professionnel. Aux services courants, les infirmières et les médecins ont négocié, à l'instar d'autres CLSC, un nouveau partage des responsabilités en introduisant un tri assumé par les infirmières. Ces professionnels n'ont donc pas suivi les directives de leur ordre professionnel respectif et ce malgré l'émission par l'ordre des médecins d'un moratoire sur cette question de triage.

D'autres instances externes peuvent au contraire avoir un effet d'intégration. Par exemple, au MAD, les instances régionales de planification de la santé obligent les CLSC à adopter des outils interprofessionnels de travail, un même outil de collecte d'informations quel que soit le professionnel.

Un autre constat souligne l'importance de se pencher sur la place du client dans ces équipes. Le client devrait constituer le catalyseur le plus important d'intégration puisque c'est à partir de la perspective du client que les services doivent être planifiés et dispensés. Or, dans ces équipes, la place du client dans la prise de décision en regard des services n'a pas encore été véritablement établie. Les professionnels vivent un malaise important. Ils réussissent souvent mieux, dans une relation en dyade que dans un contexte de travail d'équipe à redonner cette place à la clientèle.

En résumé, la régulation du travail interprofessionnel est partiellement endogène et exogène, c'est-à-dire qu'elle est en même temps confiée à des instances internes et à des instances externes. Ce n'est pas tant le degré explicite de délégation qui importe mais bien les effets de cette délégation.

## Conclusion

Au terme de cette recherche sur la collaboration interprofessionnelle, nous sommes mieux en mesure de répondre à notre question initiale à

---

(1) Nous nous référons aux travaux de Lawrence et Lorsch (1973) qui se sont intéressés aux mécanismes de coordination et ont défini les concepts d'intégration et de différenciation. Transposés à la CI, nous pouvons dire que la différenciation traite des éléments de la régulation qui encouragent le caractère spécifique et distinct des professions. Quant à la notion d'intégration, elle fait appel aux éléments rassembleurs, c'est-à-dire aux éléments qui révèlent et encouragent les points de convergence et la mise en œuvre de ces convergences.

savoir : quelle est la nature de la collaboration au sein d'équipes interprofessionnelles dans le domaine des soins de santé de première ligne au Québec ? Même si la nature exploratoire de cette recherche nous invite à être prudents dans nos conclusions, nous sommes convaincus d'un certain nombre d'éléments.

Premièrement, après 25 ans de tentatives de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle, le discours n'est toujours pas devenu réalité dans les trois cas à l'étude. La collaboration interprofessionnelle est demeurée un idéal à atteindre qui, pour certains, perd de plus en plus son sens. Il faut mesurer l'investissement important des professionnels en affectivité dans le travail de collaboration et celui des gestionnaires en énergie pour en formaliser les contours. Trop de ces énergies se perdent dans des équipes qui se dispersent dans des luttes de pouvoir interprofessionnelles. Devant les évidences empiriques qui s'accumulent et qui démontrent les difficultés importantes reliées à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle, il est nécessaire d'aller au-delà du discours idéologique. Une reconceptualisation de la collaboration interprofessionnelle nous amène à jeter un regard nouveau et proposer de nouvelles pistes de travail.

Deuxièmement, cela dit, nous reconnaissons l'utilité de la collaboration interprofessionnelle en réponse aux besoins de la clientèle qui placent *de facto* les professionnels en situation d'interdépendance. Les besoins de santé de la clientèle sont de plus en plus complexes, les problèmes sont souvent chroniques et comportent des dimensions socio-économiques importantes. Aucun professionnel ne possède à lui seul l'expertise nécessaire. L'importance d'une interaction et d'une plus grande proximité de pensée des professionnels est rendue nécessaire par leur travail en interdépendance. L'influence grandissante de travaux menant à une remodelation des processus de travail dans le domaine de la santé ajoute à l'importance de la collaboration. Nous faisons ici référence au développement de systèmes intégrés de soins, de suivi systématique des clientèles, du *managed care*, d'alliances stratégiques... Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux tentent d'instaurer un réseau plus interactif, dans lequel les murs entre établissements s'estompent. Les décisions prises par les technocrates sont de nature structurelle mais ce sont surtout les professionnels et les gestionnaires qui ont la tâche de mettre en œuvre ce réseau interactif malgré toutes les contraintes que cela comporte. Or, les dynamiques qui animent la collaboration au sein d'une même équipe ne sont pas bien comprises que l'on propose déjà que des professionnels de divers établissements et même de divers secteurs d'activités collaborent spontanément. Nous pensons qu'il est essentiel que les modèles de restructuration du système de soins, définis principalement au plan des

relations interorganisationnelles, soient élargis pour inclure des mesures concrètes au niveau des équipes de soins et des collaborations interprofessionnelles transorganisationnelles.

Troisièmement, le modèle que nous proposons trouve son utilité et son originalité dans le fait qu'il permet de se pencher sur la collaboration interprofessionnelle en tant que processus de structuration d'une action collective. Il nous semble utile d'aborder la collaboration interprofessionnelle sous cet angle pour différentes raisons. D'abord les recherches tentent le plus souvent d'expliquer la collaboration interprofessionnelle sur la base de variables organisationnelles structurelles sans suffisamment considérer le monde des rapports humains, particulièrement celui des stratégies des acteurs. Suite à l'analyse des cas, il nous apparaissait clair que la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle passe par la compréhension de la façon dont un groupe d'individus construit son action, du contexte dans lequel se construit cette action et de l'interaction entre les deux. Ensuite, le domaine de la santé comporte ses propres règles de jeu au sein duquel le système professionnel exerce une emprise importante sur les acteurs. Finalement, le recours à un cadre théorique de structuration d'une action collective permet une analyse des dynamiques en jeu autour des quatre dimensions de l'approche organisationnelle (D'Amour, 1997 ; Friedberg, 1993).

Pour chacune des dimensions, nos études de cas permettent de tirer plusieurs leçons utiles aux professionnels et aux gestionnaires quant aux moyens de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, pour la formalisation, plusieurs règles sont porteuses d'enjeux de pouvoir qui freinent la collaboration interprofessionnelle. Les gestionnaires doivent être vigilants à minimiser la rigidité des règles, les conflits autour des règles et au contraire à stimuler la négociation par les professionnels eux-mêmes autour de ces règles afin de les rendre dynamiques. Cette responsabilité est particulièrement importante au sein de groupes professionnels qui doivent, d'une part, répondre à la logique du système professionnel en préservant leurs territoires et, d'autre part, répondre à la logique de la collaboration en plaçant le client au centre de leurs préoccupations. Ainsi, une plus grande intériorisation des règles par l'équipe grâce à la négociation entre professionnels favoriserait la constitution d'équipes plus stables qui auraient ainsi plus de chances de se doter de règles consensuelles et de mécanismes novateurs d'ajustement de cas à cas. Nous suggérons comme d'autres de renouveler notre conception de la règle pour la concevoir comme une technique de résolution de problèmes plutôt qu'un répertoire de solutions toutes faites (Favereau, 1994).

La finalisation de la collaboration interprofessionnelle doit, non seulement intégrer les stratégies des acteurs, mais également prendre en

compte la définition que chacun se donne de la collaboration. En ce qui a trait aux intérêts des professionnels, nous avons vu que ceux-ci affichent des allégeances multiples qui ne se limitent pas à leur organisation. Un système de gestion basé sur la notion d'habilitation de la clientèle pourrait constituer un élément important d'intégration du travail. La remise de la clientèle au centre des décisions pourrait rapprocher les finalités des divers intervenants. Malgré le discours officiel qui promeut la place centrale de la clientèle (Ministère de la santé et des services sociaux, 1990), cette place reste à établir concrètement. Il existe, parmi les professionnels, une grande ambivalence à considérer le client comme expert de sa propre situation pour lui reconnaître un pouvoir de décision important. La difficulté est encore plus grande lorsque plusieurs professionnels sont impliqués, ceux-ci ne savent comment intégrer le client à l'équipe.

La dimension de l'intériorisation peut être appréhendée à partir de trois sous-dimensions. Non seulement devons-nous tenir compte du processus d'interconnaissance, tel que proposé par Friedberg (1993), mais nous devons également prendre en compte l'établissement d'une relation de confiance. La conjonction de ces deux éléments favorise l'émergence d'un troisième : le partage des responsabilités, véritable lieu de constitution d'un bien collectif. Nous croyons que la reconnaissance de la nécessité de la négociation, du caractère non routinier du travail en milieu communautaire, du recours à des savoirs complexes, peuvent faire prendre conscience de la nécessité de la régulation interne. Les gestionnaires pourraient amener les professionnels à se pencher plus fréquemment et plus sérieusement sur la connaissance qu'ils ont les uns des autres, sur la mise en commun de territoires et sur l'utilisation de cadres de références interprofessionnels. Rappelons qu'il existe, dans les services de santé de première ligne, de nombreuses zones grises où il pourrait y avoir négociation d'un ordre local.

Quant à la dimension de la délégation, exogène et endogène, nous ajoutons les effets de cette délégation. Les gestionnaires doivent chercher à créer des alignements entre l'aire du travail et les structures englobantes externes, particulièrement le système professionnel. Même si les ordres professionnels sont omniprésents sur les lieux de travail, il faut faire une place à des arrangements locaux. Les gestionnaires devraient stimuler les possibilités de tels arrangements et éviter d'exacerber les réflexes territorialistes. Devant les difficultés de collaboration, même les structures englobantes tel le système professionnel sont remises en question. En effet, l'Office des professions du Québec déposait, en 1996, un document qui milite en faveur d'un assouplissement de la réglementation et propose des actes partagés. Les ordres professionnels ont toutefois vivement réagi à cette ouverture des lois professionnelles mais la réflexion est amorcée et

suivra son cours, les enjeux sont importants. De même, les universités cherchent des moyens de dispenser de la formation interprofessionnelle afin de diminuer le choc de l'arrivée dans le milieu de travail et de promouvoir l'intégration plutôt que la différenciation professionnelle.

Friedberg (1993) propose l'approche organisationnelle comme outil pour concevoir un ordre local. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle que nous proposons ici et qui est issu de l'approche organisationnelle, constitue à notre sens un jalon important dans la démarche d'une reconceptualisation de la collaboration interprofessionnelle.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baggs J., Schmitt M., 1988, Collaboration between nurses and physicians, *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20, 3, 145-149.
- Beaudry B., 1994, De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance, *Sociologie du Travail*, 36, 1, 43-61.
- Bettenhausen K.L., 1991, Five years of groups research: what we have learned and what needs to be addressed, *Journal of Management*, 17, 2, 345-381.
- Boudon R., 1992, *Traité de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 575 p.
- Brunet M., Vinet A., 1978, *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC : 1973-1976, Rapport de recherche*, Québec, Université Laval, 111 p.
- Chazel F., Favereau O., Friedberg E., 1994, Symposium sur le pouvoir et la règle, *Sociologie du Travail*, 36, 1, 85-111.
- Cohen S.G., Bailey D.E., 1997, What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite, *Journal of Management*, 23, 3, 239-290.
- Crozier M., Friedberg E., 1995, Organizations and collective action: our contribution to organizational analysis, *Research in the Sociology of Organizations*, 13, 71-92.
- D'Amour D., 1997, *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse pour le doctorat en Santé publique, Médecine, Montréal, GRIS, Université de Montréal, 399 p.
- Dumais A., 1991, *Les CLSC et les groupes communautaires : un aperçu de leur collaboration, Rapport de recherche*. Centre de recherche sur les services communautaires, Québec, Université Laval, 136 p.

- Eymard-Duvernay F., Marchal E., 1994, Les règles en action : entre une organisation et ses usagers. *Revue Française de Sociologie*, 35, 5-36.
- Favereau O., 1994, Règle, organisation et apprentissage collectif : un paradigme non standard pour trois théories hétérodoxes, In : Orléan A., ed, *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses Universitaires de France, 113-137.
- Fottler M.D., 1987, Health care organizational performance: present and future research, *Journal of Management*, 13, 2, 367-391.
- Friedberg E., 1993, *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 405 p.
- Gauvreau M.C., 1994, *La notion d'échange et le sens de l'engagement dans les organisations publiques*, Rapport d'intervention, Chicoutimi, ÉNAP, 105 p.
- Gladstein D., 1984, *Groups in context: a model of task group effectiveness*, *Administrative Science Quarterly*, 29, 499-517.
- Glaser B., Strauss A.L., 1967, *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine Publishing Company, 271 p.
- Golin A., Ducanis A., 1981, *The interdisciplinary team*, Rockville, Aspen Publication, 206 p.
- Goodman P., Ravlin E., Argote L., 1986, Current thinking about groups: setting the stage for new ideas, In : Goodman P., ed, *Designing effective work groups*, San Francisco, Jossey-Bass, 1-33.
- Goodman P., Ravlin E., Schminke M., 1987, Understanding groups in organizations. In : Staw B.M., Cummings L.L., eds, *Research in organizational behavior*, Greenwich, JAI Press, 121-173.
- Gusdorf G., 1990, Réflexions sur l'interdisciplinarité, *Bulletins de Psychologie*, 43, 397, 869-885.
- Hackman J. R., 1990, *Groups that work (and those that don't): creating conditions for effective teamwork*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 512 p.
- Ivey S., Brown K.S., Teske Y., Silverman D., 1988, A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings, *Journal of Allied Health*, august, 189-195.
- Larivière C., 1994, *Styles de gestion, satisfaction au travail et efficacité organisationnelle dans les CLSC*, Thèse pour le doctorat en Service social, Université de Montréal. Montréal, 400 p.
- Lawrence P.R., Lorsch J.W., 1973, *Adapter les structures de l'entreprise : intégration ou différenciation* (traduction : Ledru J.), Paris, Edition d'Organisation, 223 p.

- Liedtka J.M., Whitten E., 1998, Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: a case study, *Journal of Healthcare Management*, 43, 2, 185-199.
- Mariano C., 1989, The case for interdisciplinary collaboration, *Nursing Outlook*, 37, 6, 285-288.
- Maurice M., 1994, Acteurs, règles et contextes, *Revue Française de Sociologie*, 35, 645-658.
- Mauss M., 1980, *Sociologie et anthropologie*, 7<sup>e</sup> édition, Paris, Presses Universitaires de France, 145-273.
- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D., 1995, An integrative model of organizational trust, *Academy of Management Review*, 20, 3, 709-734.
- McAllister D.J., 1995, Affect- and cognition- based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations, *Academy of Management Journal*, 38, 1, 24-59.
- Morin E., Piattelli-Palmarini M., 1983, L'unité de l'homme comme fondement et approche interdisciplinaire, In : Apostel L., et al., eds, *Interdisciplinarité et sciences humaines*, UNESCO, France, Presses Universitaires de France, 191-215.
- Murdack P.E., 1989, Defining group cohesiveness: a legacy of confusion?, *Small Group Behavior*, 20, 37-49.
- Organ D., Greene C.N., 1981, The effects of formalization on professional involvement: a compensatory approach, *Administrative Science Quarterly*, 26, 237-252.
- Organ D., Hammer W.C., 1950, *Organizational behavior*, Plano, Business Publications.
- O'Toole M., 1992, The interdisciplinary team: research and education, *Holistic Nurse Practitioner*, 6, 2, 76-83.
- Poupart R., Simard J.J., Ouellet J.P., 1986, *La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC*, Montréal, Centre de recherche en gestion, UQAM et Fédération des CLSC, 93 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1990, *Une réforme axée sur le citoyen*, 91 p.
- Racine L., 1979, *Théories de l'échange et circulation des produits sociaux*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 397 p.
- Reynaud J.D., 1989, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 306 p.
- Sicotte C., D'Amour D., Moreau M.P., Champagne F., Contandriopoulos A.P., 1998, *L'organisation du travail dans les CLSC du Québec*, Rapport de recherche présenté au PNRDS, Université de Montréal, 50 p.

- Stake R., 1994, Case studies, In : Denzin N., Lincoln Y., eds, *Handbook of qualitative research*, 236-247, Thousand Oak, Sage Publications, 643 p.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par I. Baszanger, Paris, L'Harmattan, 319 p.
- Strauss A., Corbin J., 1990, *Basics of qualitative research*, Newbury Park, Sage Publications, 270 p.
- Tjosvold D., Tjosvold M., 1995, Cross-functional teamwork: the challenge of involving professionals, *Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams*, 2, 1-34.
- Wagner J.A., 1995, Studies of individualism - collectivism: effects on cooperation in groups, *Academy of Management Journal*, 38, 1, 152-172.
- Walton R., Hackman R., 1986, Groups under contrasting management strategies, In : Goodman P., ed, *Designing effective work groups*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 404 p.
- Weiss S., Davis S., 1985, Validity and reliability of the collaborative practice scales, *Nursing Research*, 34, 299-305.
- Yin R.K., 1994, *Case study research: design and methods*, 2nd edition, Newbury Park, Sage Publications, 166 p.

---

*ABSTRACT*

---

**Collective action within interprofessional teams in health services**

In Québec, primary health care services are founded on the principle of interprofessional collaboration. This paper describes how we constructed an understanding of the nature of interprofessional collaboration as it is experienced in primary care services. The empirical data developed in this study uncovered important difficulties associated with collaboration and a number of complications inherent to interprofessional collaboration. Firstly, a constructivist methodology and a process of continuous recursive interconnections among data, the participants and the theory allowed a narrative complex of the case histories to emerge. Secondly, the organisational approach proposed by Ehrard Friedberg proved to be an essential framework to help interpret the case histories. This organisational approach is based on a sociology of action and it specifically underlines the construction of collective action. The results of our research is presented in the form of a model of the process and the emergence of interprofessional collaboration. This model adapts and reformulates the four dimensions of Friedberg's organisational approach and further qualifies them within the context of interprofessional collaboration in the health services.

---

*RESUMEN*

---

**La acción colectiva dentro de equipos interprofesionales  
en los servicios de salud**

Quisimos comprender la naturaleza de la colaboración interprofesional tal como se da en los servicios de salud de primera línea en Quebec, servicios erigidos sobre el principio del trabajo interprofesional. Los datos empíricos revelaron importantes dificultades de colaboración y numerosos problemas y dificultades en torno a la colaboración interprofesional. Primeramente empezamos con una metodología constructivista, el ir y venir incesante entre nuestros datos, los participantes y la teoría dejó emerger la trama narrativa del historial de casos. En un segundo tiempo, el abordaje organizacional, tal como fuese propuesto por Erhard Friedberg, nos pareció útil para esclarecer estos datos. Esta manera de cernir el sujeto reposa sobre una sociología de la acción y versa sobre la construcción de la acción colectiva. El resultado de la investigación es un modelo de estructuración de la colaboración interprofesional que toma las cuatro dimensiones del abordaje organizacional de Friedberg que nosotros modelamos y adaptamos al contexto de la colaboración dentro de los servicios de salud.