La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir?

Patty Solomon

Chère présidente de l'ACP, chers membres du Conseil d'administration, chers collègues, chers amis et chers membres de ma famille—Quel grand honneur vous me faites aujourd'hui! Il s'agit pour moi d'une sorte de retour, puisque j'ai effectué ma première présentation dans le cadre du congrès de l'ACP à Calgary, en 1986. J'étais si nerveuse—je crois n'avoir pas dormi la nuit précédente, et je n'ai pas non plus mangé pendant au moins 24 heures avant de monter en tribune. Aujourd'hui, 23 ans plus tard, je suis encore là, mais ma nervosité s'explique par des raisons tout autres. Je regarde les merveilleux orateurs qui ont été appelés à prononcer la conférence du mémorial Enid Graham ces dernières années. Certaines de ces personnes ont été des mentors, sont des amis, des chefs de file de la profession, et j'espère que je pourrai partager avec vous certaines de mes idées et de mes passions au cours du peu de temps que nous allons passer ensemble.

Il n'a pas été difficile pour moi de choisir le sujet dont j'allais vous entretenir aujourd'hui. J'ai eu la chance, au cours des dernières années, de diriger une initiative sur l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration avec l'Université McMaster. Ce mandat a marqué un tournant dans ma carrière et m'a amenée à revoir certaines de mes convictions. Alors aujourd'hui, j'aimerais partager avec vous certaines des choses que j'ai apprises, vous parler de certains des défis liés à la pratique en collaboration auxquels fait face notre profession, et vous présenter de nouveaux moyens de réfléchir sur ce que suppose la collaboration.

Mais avant de commencer, je vais d'abord tenter de mettre un terme à la confusion entourant diverses expressions que les gens utilisent de manière interchangeable. On se concentre beaucoup présentement sur la « collaboration interprofessionnelle », laquelle suppose une interaction entre deux professions ou plus, qui travaillent suivant un effort commun à des enjeux communs avec la participation du patient¹.

Patty Solomon, PhD: School of Rehabilitation Science, McMaster University, Hamilton (Ontario).

Adresse pour correspondance : *Patty Solomon*, School of Rehabilitation Science, McMaster University, IAHS 437, 1400 Main St. W., Hamilton (Ontario) L8S 1C7 Canada. Téléphone : 905 525-9140, poste 27820; Courriel : solomon@mcmaster.ca.

DOI:10.3138/physio.62.1.56

L'*éducation interprofessionnelle*, par contre, survient lorsque deux professions ou plus apprennent ensemble, l'une de l'autre, ou à propos de l'une et de l'autre afin d'améliorer leur collaboration et la qualité des soins². Cette définition insiste sur l'aspect inclusif du terme « professionnel » et regroupe tout le savoir provenant des milieux universitaire et clinique, avant et après la qualification.

On utilise aussi très souvent le terme « éducation interprofessionnelle » pour décrire les résultats qu'obtient un apprenant et « collaboration interprofessionnelle » pour décrire les résultats pour le patient; ces utilisations font d'ailleurs l'objet d'un débat continu. En réalité, les deux se chevauchent, et nous utiliserons ces deux termes indifféremment aujourd'hui. Je souhaite toutefois me concentrer sur nos relations de collaboration dans le cadre clinique.

Il est également important de préciser ce que n'est pas la collaboration interprofessionnelle. Elle ne veut pas dire, par exemple, que nous recevons une formation autre pour pouvoir exécuter les tâches d'un autre professionnel. Elle n'a pas trait non plus à l'établissement d'un consensus au sein d'une équipe, ni au fait de penser tous de la même façon. Ce n'est pas non plus le fait de parvenir à un consensus au sein d'une équipe ou de penser tous de la même façon. La collaboration interprofessionnelle consiste plutôt à prendre les responsabilités propres à votre secteur de pratique et à les coordonner efficacement, et avec les autres, lors de la prise de décisions touchant la gestion du patient³.

On me demande souvent ce qui m'a motivée à travailler en éducation interprofessionnelle. Lors d'une réunion de Santé Canada, un groupe de professionnels de la santé voyant les choses du même œil se sont mis à échanger des anecdotes sur la façon et les raisons qui ont fait en sorte qu'ils en sont venus à promouvoir la pratique en collaboration. Ce projet de recherche qualitative a évolué jusqu'à ce que huit d'entre nous, en médecine, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie et massothérapie prennent part à des entrevues en vue de générer des hypothèses concernant les facteurs influant sur l'engagement dans une forme de pratique en collaboration⁴. Nous avons utilisé une méthodologie appelée *recherche narrative*, pour laquelle les participants partagent leurs expériences en racontant des anecdotes et des choses qu'ils ont vécues. L'une des conclusions

de cette recherche, et ça n'a rien d'étonnant, est le fait qu'une exposition positive à des environnements de collaboration a une influence importante sur le choix de pratiquer ou non une telle collaboration. Je vous demande maintenant de songer à un moment où vous avez aimé travailler avec des gens d'autres professions—que ce soit en équipe ou individuellement, au téléphone, dans le cadre d'une consultation dans un corridor ou d'une conférence d'équipe. Pour moi, c'est chose facile : au milieu des années 1980, j'ai travaillé au sein d'une équipe en douleur chronique auprès d'un psychiatre fabuleux, qui a servi de véritable modèle et favorisé la pratique en collaboration comme aucune autre personne à ma connaissance auparavant. Le respect mutuel, le partage des rôles et des responsabilités, l'apprentissage dont nous avons pu bénéficier entre nos professions et le sentiment d'être appuyé au moment de faire face à une population de patients considérée comme très difficile a fait de mon travail auprès de ce psychiatre l'une des expériences les plus valorisantes de toute ma carrière. Et maintenant, dans le but de demeurer positive, je ne vous demanderai pas de songer à un moment où vous avez vécu une expérience particulièrement négative en termes de collaboration; toutefois, j'aimerais partager avec vous une expérience dont j'ai parlé au cours de l'une de nos entrevues pour le projet de recherche narrative. Et je cite mes propos directement des transcriptions publiées dans un article de la revue *Canadian Family Physician*:

Si je me penche sur l'ensemble de mes expériences en équipes et sur ce qui a influé sur mes décisions et sur ma passion pour la pratique interprofessionnelle, je constate que certaines expériences négatives ont eu une influence aussi marquante que certaines plus positives. Celle qui me vient à l'esprit est le jour où, dans une réunion d'équipe, avec le médecin, l'ergothérapeute et l'infirmière, la patiente est arrivée devant nous et s'est plainte avec amertume de la douleur qu'elle ressentait et du fait que je ne reconnaissais pas sa douleur... Elle est ensuite repartie et le médecin s'est tourné vers moi et m'a dit : « Mais à quoi as-tu pensé? Comment se fait-il que tu ne l'aies pas traitée pour la douleur qu'elle ressent? Qu'est-ce qui se passe ici? » J'ai ouvert la bouche pour lui répondre et avant même que j'aie pu placer un mot, il m'a crié : « Je me fous complètement de ce que tu penses! » Il n'y a rien d'agréable à évoquer de tels souvenirs... Je m'en souviens encore parce que cette attitude était tellement inappropriée, qu'elle est devenue ce qu'il y a de plus bas dans l'échelle de mes expériences du travail d'équipe... Mais cette aventure m'a quand même amenée à penser que personne ne devrait avoir à travailler dans des environnements, ni communiquer entre eux de cette façon. Il est donc primordial de communiquer avec respect⁴(p.1323).

Et même si j'étais horrifiée à l'époque, je suis reconnaissante aujourd'hui envers ce médecin, parce qu'il

a permis de mettre mes expériences en parallèle et de réaliser à quel point nos expériences négatives peuvent nous influencer et motiver notre désir de changer.

PERSPECTIVE HISTORIQUE

Je crois que Winston Churchill avait raison lorsqu'il a dit, dans une citation qui lui est très souvent attribuée : « Plus vous saurez regarder loin dans le passé, plus vous verrez loin dans le futur⁵. » Je vais donc vous livrer une brève perspective historique sur l'éducation interprofessionnelle. Je m'inspire en cela des travaux du Dr De Witt Baldwin, psychiatre américain à l'avant-garde de son temps pour ce qui est de la promotion du travail en équipe. Avant de rencontrer le Dr Baldwin—« Bud », comme on l'appelait—dans une réunion, j'étais d'avis que l'éducation interprofessionnelle datait du milieu des années 1980, lorsque l'Organisation mondiale de la santé s'est engagée dans ce dossier. Bud m'a fait parvenir quelques-uns des premiers articles qu'il avait écrits, dont l'un retraçait les origines de l'éducation interprofessionnelle. Des rapports faisaient état d'hôpitaux de mission en Inde où, avant 1900, on envoyait des équipes composées de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires dans des communautés éloignées⁶. Un article publié en 1915 militait en faveur d'équipes composées d'un médecin, d'un éducateur et d'un travailleur social⁶. En 1920, le rapport Dawson vantait l'approche par équipe et la mise sur pied de centres de santé⁶. Comme vous pouvez le constater, l'idée n'est pas nouvelle. La Deuxième Guerre mondiale a permis de démontrer l'efficacité des équipes multidisciplinaires, et les équipes dans les secteurs tels que les brûlures, les soins de longue durée et la santé mentale en sont les résultantes⁶. Au Canada, l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) fait figure de pionnière en la matière, et offre depuis 1969 des cours facultatifs en pratique interprofessionnelle dans le cadre de son programme en sciences de la santé. En 1986, la Charte d'Ottawa demandait que l'éducation interprofessionnelle satisfasse les besoins changeants de notre société. L'UBC a ouvert la voie en mettant sur pied l'*Interprofessional College of Health Disciplines*—le collège interprofessionnel des disciplines de la santé—en 2001, lequel est devenu le premier centre universitaire au pays disposant de financement pour l'avancement de la recherche, de la pratique et de l'éducation interprofessionnelles. D'autres ont suivi depuis, et des universités de tout le pays ont mis en place divers programmes et des bureaux d'éducation et de collaboration interprofessionnelles.

Mais au début des années 1970, Bud a participé à un programme novateur pour lequel un programme de cours interprofessionnel complet avait été mis sur pied à l'intention des étudiants dans 11 disciplines du secteur de la santé. Les étudiants profitaient de cours interprofessionnels en sciences, mais également dans des sec-

teurs au contenu commun entre les professions, notamment en matière de systèmes de santé, nutrition et habiletés de communication⁶. C'était il y a plus de 30 ans, rappelez-vous!

Il n'est peut-être pas surprenant que les innovations du Dr Baldwin n'aient pas été adoptées à grande échelle. Où se situait la physiothérapie dans ce contexte? Comme bien des professions où l'on retrouve une majorité de femmes, nous luttons pour être davantage reconnus, pour accroître l'éducation, pour une base théorique et de recherche pour ce que nous faisons—et, même s'il n'en était pas beaucoup question ouvertement, nous savions qu'avec cela viendraient aussi plus de pouvoir et un statut amélioré. Pourquoi la physiothérapie, non seulement la physiothérapie seule, mais d'autres disciplines, souhaiterait-elle nous donner moins de place, alors que sur le plan professionnel, nous commençons à peine à être entendus?

Il est clair que ce qui semblait être une bonne idée a pris pas mal de temps à s'établir dans le système de santé. Les appels à une plus grande collaboration et à plus de travail d'équipe ne datent pas d'hier. Ce qui est différent, c'est que nous mettons maintenant l'accent sur un changement de politique et un appel à des changements fondamentaux dans notre façon de fonctionner—un changement de culture. Ce qui me donne bon espoir qu'il ne s'agit pas là d'une « mode passagère » est le fait que nous avons en main les rapports essentiels tels que le Rapport Romanow⁷, et un rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé⁸, qui penchent fortement pour la pratique en collaboration. Toute une gamme d'avantages est associée au fait de travailler ensemble, en collaboration. Mais le plus grand virage par rapport aux années précédentes est le fait que la sécurité du patient devient dans un tel cadre notre principale motivation. Les décès, les incapacités et les coûts associés à des erreurs en matière de soins de santé font en sorte que les gouvernements se montrent plus vigilants, particulièrement lorsqu'une grande part de ces erreurs peuvent être attribuables aux malentendus relatifs à la portée de la pratique des autres, à la délégation de tâches inappropriées ou à des problèmes de communication. La sécurité du patient pourrait n'être que la « pointe de l'iceberg » nécessaire à ce que le mouvement vers une pratique en collaboration soit là pour de bon.

En résumé, les premières tentatives d'implantation de la collaboration et de l'éducation interprofessionnelles n'ont pas été largement adoptées. Peut-être n'étions-nous pas encore prêts à l'époque; mais songez un peu à l'envergure des changements qui ont eu cours dans le système de santé depuis les années 1970 et 1980. Songez seulement à notre profession à nous—nous sommes passés du simple diplôme au baccalauréat, puis à la maîtrise comme niveau d'entrée. Nous sommes passés d'une situation où très peu du savoir avait trait à la recherche, jusqu'à avoir notre propre ensemble de con-

naissances et nos chercheurs respectés. Notre pratique est passée d'une discipline principalement institutionnelle à une pratique au sein des collectivités. Nous avons créé des entreprises, de nouveaux modèles de pratique et mis en place une pratique fondée sur des preuves scientifiques. Mais sommes-nous prêts à collaborer réellement, ou vivrons-nous encore une fois l'interprofessionnalisme comme une mode passagère?

QUELS SONT LES OBSTACLES À LA COLLABORATION ET AU CHANGEMENT DE CULTURE ?

On a écrit beaucoup sur les obstacles à la collaboration interprofessionnelle, et je ne voudrais pas poursuivre sur ce terrain, mais j'aimerais souligner quelques points qui, à mon avis, sont pertinents pour nous en tant que physiothérapeutes. Je suis également consciente que vous êtes un auditoire particulièrement renseigné sur ces questions, et que si je vous demandais de dresser une liste des obstacles à la collaboration interprofessionnelle, votre liste refléterait ce qu'on peut lire dans la documentation et irait même au-delà pour identifier les défis propres à notre profession. J'aimerais insister sur quelques-uns de ces points.

Rivalités et guerres de territoires

Nous vivons dans une société hautement concurrentielle. Pour joindre notre profession, les étudiants doivent se mesurer à plusieurs autres candidats pour des places fort convoitées. Lorsqu'on songe aux racines historiques des professions, et aux composantes structurelles du système de santé, je crois que nous ne pourrions jamais éliminer les différences au chapitre de l'éducation, du sexe et des hiérarchies qui conduisent à des différences dans les pouvoirs et les statuts. La compétition fait partie de notre culture professionnelle et sociale et, dans mon esprit, il serait naïf de croire que nous pourrions un jour l'éliminer. Mais cela signifie que nous devons acquérir les compétences qui nous permettront de travailler dans des situations où le pouvoir et le statut prédominent. Nous devons apprendre comment écouter, tout en défendant notre rôle. Nous devons promouvoir ce qui est dans le meilleur intérêt du patient et de la qualité des soins, et non ce qui serait mieux pour nous ou pour la profession à ce moment précis. La collaboration n'a rien à voir avec qui « gagne » ou qui « perd », et nous pourrions devoir choisir nos batailles de temps à autre. La collaboration est affaire de coordination des compétences qui nous sont propres à celles des autres, alors que nous travaillerons ensemble à trouver les meilleures solutions.

De la nécessité d'élargir notre point de vue sur la collaboration

Dans mes discussions avec d'autres professionnels de la santé sur la pratique en collaboration, je suis toujours étonnée de voir combien estiment que la question ne les

concerne pas parce qu'ils travaillent seuls, et non pas dans une équipe bien définie. Des mots comme « travail d'équipe » et « collaboration » sont couramment utilisés de façon interchangeable, mais ne sont pas synonymes. Par expérience, nous savons par exemple que nous pouvons collaborer avec le médecin de famille d'un de nos patients et ne pas nous considérer pour autant comme faisant équipe avec lui. De plus en plus, alors que notre pratique s'installe dans les collectivités, nous sommes appelés à travailler avec ses équipes très souples, et souvent avec des équipes dont les membres se déplacent ou changent. La collaboration n'est donc pas simplement une affaire d'équipes officiellement formées.

Nous devons également penser à la collaboration hors de nos limites traditionnelles dans le cadre des soins de santé. Nos clients et nos patients sont de plus en plus complexes. Les systèmes de santé au sein desquels nous évoluons sont loin d'être simples. En tant que profession, nous avons acquis une meilleure compréhension des grands déterminants de la santé. Nous devons donc songer à la collaboration au-delà du système de santé, et incorporer le système social à une échelle plus large, en plus d'autres secteurs. À ce chapitre, j'ai beaucoup appris dans le cadre de mon travail auprès des personnes séropositives. L'un de mes secteurs de recherche est lié à l'étude des incapacités chez les personnes séropositives et au développement du rôle en réadaptation. Avec un collègue ergothérapeute, il y a plusieurs années, j'ai réalisé une étude pour laquelle nous avons eu recours à la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* en tant que cadre théorique pour étudier les obstacles et les facilitateurs de participation des femmes séropositives⁹. Nous avons réalisé des entrevues de fond avec 23 femmes qui ont accepté de partager leur histoire, leurs défis et leurs réussites. Nous avons eu recours à un cadre de réadaptation en prévoyant identifier plusieurs instances et situations qui seraient aptes à bénéficier de la réadaptation; après tout, l'un de nos objectifs consistait à démontrer la nécessité d'interventions en réadaptation. Nos analyses qualitatives ont révélé que les thèmes suivants étaient associés à une baisse de participation : le fait de vivre dans la pauvreté, de souffrir de dépression et d'isolement, la peur de voir son état de santé dévoilé et de subir la stigmatisation qui en résulte, la tolérance des signes et des symptômes, les obstacles rencontrés du côté du travail et le manque de réseau de soutien. Ces femmes avaient compris que des facteurs tels qu'une saine alimentation, la prise de vitamines et l'exercice contribueraient à leur santé globale, mais elles devaient d'abord se battre pour leurs besoins de base. Plusieurs d'entre elles ressentaient de la douleur, de la fatigue, une baisse de leur force, de leur endurance et de leur mobilité, et répondraient sans doute bien à la physiothérapie. Toutefois, si vous êtes pauvre et dépressive, ou que vous avez peur de dévoiler votre état de santé, pre-

mièrement, vous ne recherchez peut-être pas nécessairement le soutien en matière de réadaptation qui pourrait vous être bénéfique et, deuxièmement, les facteurs liés à votre santé personnelle deviennent secondaires par rapport aux facteurs environnementaux. Qu'est-ce qui comptait le plus pour ces femmes? Certainement pas la physiothérapie. Elles voulaient être en mesure de travailler, d'avoir un revenu décent, et de faire vivre leur famille. Ensuite, peut-être, seraient-elles en mesure de songer à certains de leurs besoins personnels qui bénéficieraient d'interventions en physiothérapie.

J'ai également eu le privilège de représenter pendant de nombreuses années l'Association canadienne de physiothérapie au sein du Groupe de travail canadien sur le VIH et la réadaptation. Il est vraiment très stimulant de s'asseoir à la même table que des employeurs et que des représentants du secteur de l'assurance et du Régime de pensions du Canada, qui sont des gens de secteurs avec lesquels j'avais déjà collaboré par le passé, et de se pencher avec eux sur les modèles d'emploi pour les personnes aux prises avec des incapacités épisodiques.

Pour faire le lien avec les obstacles à la pratique en collaboration, je dirais que nous avons besoin de voir notre rôle dans une perspective beaucoup plus large, dans le cadre de multiples systèmes et secteurs. Je suis consciente que plusieurs physiothérapeutes travaillant dans les collectivités auprès de personnes vivant avec des problèmes de santé chroniques ou complexes ont déjà créé de tels liens et travaillent déjà à travers divers secteurs. Mais nous devons être conscients de la nécessité d'éduquer les gens au-delà du seul secteur des soins de santé relativement au rôle possible et à la portée que nous pourrions donner à notre pratique—de nombreuses personnes aux prises avec des maladies chroniques et des incapacités pourraient bénéficier de soins en physiothérapie, mais n'y sont jamais dirigés, ignorent comment avoir accès à la physiothérapie ou n'ont tout simplement aucune idée de ce que la physiothérapie pourrait faire pour elles. Si nous sommes en mesure d'englober les déterminants de la santé à une échelle plus large, nous devons pouvoir compter sur des stratégies pour défendre nos patients à une échelle encore plus large et nous devons aussi collaborer avec les professionnels avec qui, traditionnellement, nous ne serions pas nécessairement portés à nous associer.

Considérations des risques liés à la responsabilité

Un obstacle que vous avez probablement lu dans la documentation scientifique est celui voulant que la collaboration interprofessionnelle amène des risques accrus en matière de responsabilité. Les cliniciens travaillant en équipe craignent que l'équipe soit tenue responsable de la négligence d'un seul de leur membre. Les professionnels de la santé craignent également d'être tenus responsables des normes relatives aux soins dispensés

par d'autres personnes. Ils sont préoccupés, par exemple, par le fait que les physiothérapeutes œuvrant en pratique avancée puissent faire preuve de négligence dans l'exécution d'actes qui, auparavant, étaient uniquement exécutés par un médecin suivant des normes attribuées au médecin.

Je ne voudrais pas trop insister sur ce point, mais je souhaite simplement le souligner, car il s'agit de l'un des nombreux mythes auxquels nous faisons face, et, à ce sujet, j'aimerais vous proposer un excellent rapport du Conference Board du Canada, publié en 2007¹⁰ et qui devrait rassurer ceux et celles qui sont préoccupés par la question de la responsabilité. Selon ce rapport, la responsabilité a toujours été évaluée à l'échelle des individus, et non des équipes. Au fur et à mesure que nous élargirons le cadre de notre pratique, je crois que le dialogue dans ce secteur se poursuivra. Je suis également surprise de voir que même les médecins que je croyais prêts à appuyer totalement le concept de collaboration interprofessionnelle insistent pour procéder aux examens initiaux ou pour évaluer le patient en premier, parce qu'ils croient qu'autrement, ils risquent des poursuites si quelque chose tourne mal lorsque le patient est traité par un physiothérapeute, un diététiste ou une sage-femme. Cela me rappelle encore une fois la nécessité, pour la profession, d'exprimer clairement notre haut degré de savoir et nos compétences, afin qu'autour de nous, on soit mieux renseigné sur nos compétences. Le rapport du Conference Board du Canada propose des stratégies claires visant à réduire les risques d'erreurs et les poursuites qui pourraient en découler et souligne l'importance d'être bien clairs quant aux rôles et responsabilités des autres professionnels afin que les actes soient délégués comme il se doit.

Manque de preuves appuyant la pratique en collaboration

Je vais maintenant vous avouer quelque chose : en préparant ma conférence, je voulais m'assurer que la citation de Winston Churchill dont j'ai fait mention il y a quelques minutes était bien exacte. Et en cherchant sur le Web, je suis tombée sur un site Internet contenant les nombreuses citations qui lui ont été attribuées... et je dois dire que je suis devenue complètement obnubilée par les propos de ce grand homme. J'ai donc retenu quelques-unes de ces citations parmi mes préférées et en ferai mention dans ma conférence, de manière pas trop gratuite je l'espère, mais au fur et à mesure que je pourrai les relier à mes propos.

« Que la stratégie soit belle est un fait, mais n'oubliez pas de regarder le résultat⁵. » Qui aurait pu croire que Winston Churchill donnait aussi dans la pratique fondée sur les preuves scientifiques?

Le manque de preuves scientifiques pour appuyer la pratique en collaboration offre à certaines personnes une avenue de choix pour *ne pas* aller de l'avant et modifier leur pratique. Je serais négligente si je ne pre-

nais pas quelques minutes pour vous parler de telles preuves. Un certain nombre de revues systématiques ont été réalisées sur la collaboration interprofessionnelle. En 2007, une revue des meilleures preuves dans l'éducation médicale s'est penchée sur 10 495 résumés de recherche visant à savoir si le fait d'apprendre ou d'étudier ensemble pouvait favoriser la pratique en collaboration et de meilleurs soins pour les patients¹¹. Au total, 21 études satisfaisaient ces critères. Lors d'une revue de Cochrane sur les effets de l'éducation interprofessionnelle sur la pratique professionnelle et ses résultats¹², six études satisfaisaient les critères de la revue et de ce nombre, quatre ont démontré de tels effets. Il s'agissait d'études relatives aux milieux des victimes de violence conjugale en soins primaires, des salles d'urgence et du travail auprès de fournisseurs de soins de santé mentale en milieu communautaire.

En 2007 également, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a publié une synthèse de la documentation spécifiquement liée à la collaboration interprofessionnelle et aux soins de santé primaires⁸. Le rapport a de quoi susciter beaucoup d'espoirs; des 206 études répertoriées, 17 étaient classées de niveau élevé et 20 de niveau moyen en matière de solidité des preuves. Permettez-moi de vous en livrer quelques grandes lignes.

Des éléments probants permettent de démontrer que les équipes travaillant en collaboration entraînent de meilleurs résultats pour les patients. Plusieurs des études incluaient des mesures de la satisfaction des patients, mais également des résultats relatifs à une pratique centrée sur le patient; certains d'entre eux ont d'ailleurs affirmé se sentir davantage engagés dans leurs soins. Les patients en soins palliatifs ont dit avoir constaté des améliorations dans les mesures de leur qualité de vie. On a également relevé des améliorations dans les résultats cliniques; ainsi, les patients en pédiatrie traités par des équipes en collaboration affichaient moins de symptômes d'asthme, les patients participant à des programmes de perte de poids faisant appel à plusieurs professions de la santé étaient plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs et les patients atteints de la maladie d'Alzheimer recevaient moins d'antidépresseurs et affichaient moins de symptômes comportementaux et psychologiques⁸.

Les preuves appuyant l'efficacité de la pratique en collaboration pour l'amélioration des résultats pour le patient sont encore en émergence. Pour les cliniciens que seul un haut niveau de preuves peut convaincre de modifier leur pratique, cette lacune est peut-être l'obstacle qui les empêche d'aller de l'avant.

Modèles de financement pour promouvoir la collaboration en physiothérapie

J'aimerais maintenant vous raconter deux anecdotes qui me sont arrivées au cours des derniers mois. J'ai d'abord reçu un appel d'une physiothérapeute de la

communauté qui avait entendu parler de mon travail concernant les questions de pratique en collaboration et qui se posait des questions sur les sources de financement. Elle était très heureuse de me parler de la relation qu'elle avait tissée avec un chirurgien orthopédiste. Les deux travaillaient ensemble depuis des années, selon elle, et avaient développé une relation fondée sur le respect et l'admiration de leur expertise et de leurs compétences mutuelles. Il devait composer depuis toujours avec une longue liste d'attente composée de patients aux prises avec des lombalgies chroniques, qui gardaient espoir d'en être guéris. Habituellement, ses patients attendaient en moyenne un an pour voir le chirurgien, pour se faire dire bien souvent qu'une intervention chirurgicale ne pouvait être réalisée dans leur cas. Dans le but de réduire la liste d'attente et de faciliter l'accès à un traitement conservateur, la physiothérapeute effectuait des évaluations et déterminait qui serait en mesure de pouvoir subir une intervention. Ils avaient procédé à des analyses statistiques et conclu à un taux élevé de concordance interévaluateurs entre la physiothérapeute et le chirurgien pour ce qui est de déterminer qui pouvait être candidat à une intervention. Elle était vraiment très fière de me raconter son histoire et me demandait comment ce modèle pouvait être utilisé à plus grande échelle.

Deuxième anecdote : j'étais en réunion, voisine d'une infirmière praticienne plutôt directe, qui travaillait dans une grande clinique de soins primaires. Elle était consciente de la valeur et de la nécessité de la réadaptation et avait travaillé avec le médecin directeur pendant un certain nombre d'années à essayer d'obtenir de tels services pour ses patients. Même si le médecin directeur l'appuyait, le financement constituait un obstacle considérable qui l'empêchait d'aller de l'avant. À la fin de la rencontre, elle me dit : « Peu importe ce qu'il dit, je lui dis que nous irons en services de réadaptation et que nous trouverons un moyen. »

Quelles sont les similitudes entre ces deux cas? Des deux côtés, les compétences, les connaissances et l'expertise du physiothérapeute sont perçues comme essentielles. Mais le financement des services de physiothérapie est un obstacle important. L'autre similitude a trait à l'enthousiasme pour la défense de notre cause—et le dynamisme avec lequel ces personnes hors de la profession—une infirmière praticienne et un chirurgien—défendent notre rôle!

Peu de temps après, j'ai eu la chance d'entendre Stephen Lewis, le gourou des politiques en matière de santé, parler de la collaboration interprofessionnelle. Et, comme cela se produit souvent lorsque je vais entendre une conférence, une vérité s'impose à moi. Il est facile de se laisser décourager et d'adopter une attitude négative face au contexte économique actuel—surtout quand on entend les mêmes nouvelles jour après jour. Mais M. Lewis affirmait que moins d'argent pourra soit nous

paralyser, soit stimuler la créativité et l'innovation¹³. Dans mes deux anecdotes, des personnes ont défendu le rôle crucial de la physiothérapie dans le système de santé et, en dépit des obstacles, étaient déterminées à continuer.

Je ne prétends pas avoir la réponse à ces questions de financement. Il est toutefois important pour nous de continuer à développer nos compétences d'entrepreneurs en tant que personnes et au sein de la profession. Nous devons appuyer et nous engager au sein de nos associations provinciales et nationales lorsqu'elles font pression pour divers modèles de financement pour la physiothérapie. Et nous devons aussi continuer d'éduquer les autres sur la valeur ajoutée des services de physiothérapie.

« Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité, un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté. »⁵

DES SOINS CENTRÉS SUR LA RELATION

J'aimerais maintenant passer des obstacles et des enjeux systémiques à un examen plus approfondi des relations que nous créons dans le cadre de nos interactions avec les patients et les collègues. Après tout, la collaboration interprofessionnelle repose sur les relations que nous entretenons avec les autres.

Le patient est un composant important de l'équation propre à la pratique en collaboration. L'expression « soins centrés sur le patient » fait maintenant partie du lexique de la pratique de la physiothérapie. Je crois également que nos confrères ergothérapeutes ont fait figure de chefs de file en la matière. Notre profession est toutefois devenue de plus en plus sensible à la nécessité d'incorporer les objectifs du patient, ses désirs et sa perspective dans nos plans de traitement. Susan Harris en a parlé en termes très éloquentes lors de sa conférence du mémorial Enid Graham, il y a trois ans¹⁴, et je ne souhaite pas ici reprendre ses propos ni ses sentiments. Toutefois, j'aimerais vous faire connaître une autre expression : *les soins centrés sur la relation*¹⁵.

Ce terme a été mis de l'avant par des médecins de l'Université de l'Indiana. Les soins centrés sur la relation favorisent la collaboration interprofessionnelle d'une manière différente. Dans les soins centrés sur la relation, les relations, justement, sont perçues comme cruciales dans le cadre des soins dispensés par le praticien et comme une source de satisfaction au travail¹⁵. Les soins centrés sur la relation sont le fondement de toute activité thérapeutique. La raison pour laquelle je suis tellement attachée à cette expression est le fait que par définition, elle inclut non seulement la relation que nous entretenons avec nos patients ou nos clients, mais aussi celles que nous avons avec les membres de notre équipe et nos collègues, avec nos collectivités et, enfin, avec nous-mêmes. C'est un terme plus englobant, plus inclusif.

Le rapport Pew sur les soins centrés sur la relation a fait figure de pionnier dans le domaine¹⁵. Ce rapport précise que la relation thérapeutique exige du praticien et du patient qu'ils partagent la même compréhension de la signification de la maladie. Grâce à notre socialisation sur le plan professionnel, nous voyons la compréhension et la signification de la maladie à travers l'écran de la réadaptation, un écran qui nous est propre même si notre perspective est en partie partagée par d'autres professionnels de la santé. Cette perspective unique vient renforcer l'importance de travailler en collaboration au sein de relations afin que les autres comprennent quelle est notre perspective.

Et qu'en est-il des relations au sein de nos collectivités? Les soins centrés sur la relation favorisent le développement de relations avec les collectivités afin que les cliniciens comprennent bien la dynamique des communautés locales, qu'ils participent à l'émergence de politiques communautaires de promotion de la santé et qu'ils travaillent pour la santé du public et acquièrent ainsi une meilleure compréhension des ressources en santé de la communauté—et, au bout du compte, qu'ils contribuent à améliorer la santé de cette communauté¹⁵. Même si, en tant que profession, nous avons mis du temps à adopter des stratégies en santé de la population et fondées sur la santé des collectivités, le tout a quand même connu une augmentation au cours des dernières années. Liz Harrison, dans une autre conférence du mémorial Enid Graham il y a deux ans, à la WCPT¹⁶, avait parlé des soins de santé primaires et de l'équilibre entre les besoins de la population et ceux des clients à titre individuel, et des pas que nous avons faits dans ce secteur de pratique.

Comme je le mentionnais plus tôt, le concept des soins centrés sur la relation a aussi trait à la relation que nous entretenons avec nous-mêmes. Je parle du fait d'être à l'écoute de nos propres réactions émotionnelles face aux besoins des patients. Nous devons être attentifs à nos propres réactions et à nos déclencheurs de stress; en tant que fournisseurs de soins de santé, nous sommes souvent appelés à composer avec des situations difficiles, à charge émotive élevée. Dans notre société où tout va très vite, où il nous faut trouver l'équilibre entre les exigences professionnelles, la famille, les parents qui vieillissent et un emploi exigeant dans un contexte fiscal difficile, nous ne prenons bien souvent pas assez de temps pour réfléchir sur nous-mêmes et pour notre bien-être. Les BlackBerry, les attentes d'une réponse instantanée, la peur qu'alimentent les médias sont autant de facteurs qui contribuent à notre besoin incessant de réussir et de nous réaliser, souvent au détriment de notre propre santé. En tant que professionnels de la santé, nous devons reconnaître l'importance de notre propre bien-être et servir de modèles à nos collègues, nos patients et nos apprenants.

LES SCIENCES DE LA COMPLEXITÉ ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

J'ai abordé l'importance de s'ouvrir à la collaboration, de s'engager dans des relations positives et les obstacles que nous serions susceptibles de rencontrer pour y arriver. Certains cliniciens avec qui j'ai discuté ont exprimé un sentiment de futilité face à leur capacité à changer de culture ou à promouvoir un environnement plus propice à la collaboration. J'aimerais maintenant prendre quelques minutes pour réfléchir à la façon dont vous, en tant qu'individu, pourriez influencer sur votre environnement et le rendre plus propice à la collaboration. Je vous ferai aussi du même coup découvrir les sciences de la complexité.

J'ai travaillé en étroite collaboration avec un collègue médecin au cours des dernières années et c'est lui qui m'a fait découvrir les sciences de la complexité. Il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline, mais ces sciences sont quand même relativement nouvelles dans le domaine des sciences de la santé. Je pourrais consacrer aujourd'hui tout le temps qui m'est alloué à en expliquer les concepts, et je dois avouer qu'à certains moments, je dois lutter pour les mettre en pratique. Je suis également consciente de prendre un risque en abordant ce sujet à la fin d'une longue journée comme celle d'aujourd'hui.

Les sciences de la complexité portent sur l'échec des sciences traditionnelles à expliquer certains types de phénomènes complexes. Durant de nombreuses années, la façon scientifique reposait sur un modèle réducteur de cause à effets. À la fin du 20^e siècle, les chercheurs ont reconnu que cette façon linéaire de voir le monde avait ses limites au moment d'expliquer des systèmes vivants complexes tels que le cerveau, ou des phénomènes complexes comme l'interaction entre les personnes et les groupes dans une collectivité ou dans les soins de santé^{17,18}. Ces systèmes sont complexes parce qu'ils sont faits d'éléments multiples et interconnectés. Il s'agit de systèmes ayant la capacité d'internaliser l'information, d'apprendre et de modifier leur comportement ou d'évoluer en s'adaptant aux changements dans l'environnement. Avec les sciences de la complexité, le concept linéaire de cause à effet n'existe plus. La notion voulant que nous pouvons comprendre ce qui se produit en réduisant les choses suivant leurs composantes et en examinant chacune de leurs parties est désormais considérée comme de la science ancienne et comme une perception dépassée de la réalité¹⁸. Les résultats exacts sont incertains, parce que les interactions entre les multiples composants d'un système peuvent avoir un comportement imprévisible.

Pour appliquer les sciences de la complexité afin de tenter d'instaurer un changement dans une organisation dans l'environnement changeant et à évolution rapide d'aujourd'hui—dans le cas qui nous occupe, essayer de

changer la façon dont nous sommes liés les uns aux autres dans le cadre d'une collaboration—, diverses stratégies sont nécessaires. Une autre règle des sciences de la complexité veut que de petits changements puissent amener de grands effets en raison de l'interdépendance et du côté imprévisible des organisations¹⁸. En voyant les choses de cette façon, on réalise soudainement que les interactions et les conversations que nous avons au quotidien avec les autres ont leur importance et peuvent conduire au changement. Les modèles de communication et d'interaction entre les membres d'une équipe ne peuvent changer que si le modèle persistant de communication et d'interaction entre les membres de l'équipe change lui aussi. Cela veut dire que votre décision à vous de réfléchir à vos actions et de communiquer différemment avec vos collègues peut conduire au changement. Ainsi, le changement peut survenir à la suite de plusieurs petites interactions et stratégies. Voilà qui est à mon avis très stimulant, et c'est une règle que nous pouvons appliquer aux soins des patients, aux organismes en santé ou au changement vers une pratique en collaboration.

Somme toute, je vous ai livré une très brève introduction aux sciences de la complexité afin de réitérer l'importance des interactions quotidiennes que nous avons avec nos collègues. En raison des systèmes complexes et interreliés dans lesquels nous sommes engagés, et qui sont souvent imprévisibles par leur nature même, un petit changement peut conduire à un changement plus vaste à l'échelle de tout le système. Je crois que nous entendrons parler de plus en plus des sciences de la complexité dans les soins de santé au cours des années à venir. Si vous êtes de ceux et celles qui souhaitent en savoir plus sur la théorie de la complexité, je vous invite à lire une série de quatre articles publiés en 2001 dans le *British Medical Journal*. Ces articles vous seront utiles pour comprendre ce mode de pensée^{18–21}.

MOT DE CONCLUSION

Avant de conclure, je crois qu'il est important de formuler une mise en garde. À l'occasion, la collaboration interprofessionnelle peut en venir à adopter des caractéristiques quasi mystiques. Ma première mise en garde a trait aux excès de zèle auxquels on assiste parfois en situation d'innovation—la pratique en collaboration risque en effet de devenir une mode passagère si cela se produit. Comme l'écrivait l'un de mes collègues à propos des initiatives en éducation interprofessionnelle, « l'ensemble n'est pas toujours aussi grand que le total des parties qui le composent^{22, p. 314}. » Dans certains cas, le fait de travailler en équipe peut nous rendre moins efficaces. Nous savons cela intuitivement; nous avons tous vécu l'expérience de demeurer assis dans une réunion pendant trois heures pour prendre une décision

qui, individuellement, aurait nécessité cinq minutes tout au plus.

J'aimerais quand même résumer et vous laisser en terminant quelques pistes de réflexion.

Je vous ai parlé de la perspective historique de la collaboration interprofessionnelle et il m'apparaît clair qu'il ne s'agit pas là d'un phénomène nouveau. L'un des pionniers dans ce domaine relevait en 1996 que chaque nouvelle génération semble répéter les expériences et les frustrations du passé⁶. Il est clair qu'il existe des obstacles au changement, qui vont du fait que fournir aux apprenants des compétences relatives à la pratique en collaboration ne fait pas partie des priorités, jusqu'aux questions de « territoires » professionnels, en passant par le manque de preuves scientifiques démontrant que la collaboration interprofessionnelle peut faire une différence dans les résultats pour le patient. Que pouvons-nous faire pour continuer sur cette lancée et aller de l'avant?

En tant qu'éducateurs—je pense aussi bien à la formation universitaire que clinique, ce qui nous inclut tous et toutes—, nous devons voir les connaissances, les compétences et les attitudes pour la pratique en collaboration comme fondamentales et faisant partie des choses qu'il nous faut savoir. Il ne fait pas de doute qu'il s'agit là de compétences auxquelles il faut s'entraîner et sur lesquelles il faut se concentrer—il faut savoir par exemple comment et quand diriger les clients ou les patients vers d'autres professionnels, comprendre la dynamique du groupe et de l'équipe, donner ses commentaires aux autres et mettre en place des stratégies pour la résolution de conflits. Ces compétences ne viennent pas naturellement et doivent être acquises par nos apprenants. Personne n'oserait dire qu'elles ne sont pas importantes. Mais aussi longtemps qu'ils les jugeront *importantes*, mais non *essentiels*, elles ne trouveront pas leur place dans nos programmes éducatifs courants, et les apprenants les percevront simplement comme des « plus ». Je suis bien consciente de la rapidité avec laquelle change la base de connaissances dans notre profession et de la tendance qui consiste à toujours ajouter plus de contenu à nos programmes de cours. Cela veut dire que nous devons nous montrer créatifs et voir comment ce que nous faisons présentement peut être amélioré, et comment le composant interprofessionnel pourrait être explicite, afin qu'il ne s'agisse pas simplement d'un ajout au fardeau de nos étudiants. De même, les cliniciens doivent ouvrir leurs portes afin que le cadre clinique devienne propice aux possibilités de collaboration et livrent un message voulant que ces compétences soient essentielles. N'oubliez jamais l'effet que vous avez en tant que modèle—lorsque vous vous en prenez aux médecins, aux ergothérapeutes ou aux infirmières dans vos propos, vous envoyez un puissant message à nos étudiants. Et effectivement, les étudiants verront des exem-

ples de comportements anticollaboration ou carrément désagréables; il est donc important de profiter de ces possibilités comme de tremplins pour réfléchir et apprendre. Nous devons demander à nos apprenants : « Dans ce que vous avez vu ou entendu aujourd'hui, qu'est-ce qui vous a le plus dérangé? »; « Qu'auriez-vous fait différemment? »; « Qu'avez-vous appris aujourd'hui qui vous sera utile pour collaborer avec d'autres professionnels à l'avenir? »

J'aimerais dire quelques mots sur la protection de nos territoires respectifs en tant que professionnels. Dans l'environnement actuel des soins de santé, nous ne remporterons pas la bataille relative aux droits exclusifs pour certains secteurs de pratique. Nous avons livré de nombreuses batailles au fil des ans contre les chiropraticiens, les kinésiothérapeutes, les thérapeutes de l'exercice et les acupuncteurs, pour ne nommer que ceux-là. Je constate aussi que les collègues infirmières praticiennes sont prêtes à croiser le fer avec les adjoints au médecin au fur et à mesure que cette nouvelle profession se taille une bonne place un peu partout au pays. Ces batailles exigent beaucoup de temps, sont harassantes et, selon moi, constituent un emploi du temps discutable, puisque nous ne sommes pas certains de l'emporter. Nous avons suffisamment de travail comme cela! Nous devons toutefois être clairs quant à la contribution particulière des physiothérapeutes au sein des équipes, à notre haut degré de savoir et à notre capacité à résoudre les problèmes, de même qu'à propos du dynamisme de la recherche qui inspire notre pratique. En préparant ma conférence, j'ai été surprise par le nombre de fois où je me suis heurtée à la même question—le fait que bien d'autres professionnels de la santé et que le public n'a pas une perception claire de notre travail. Nombreux sont ceux qui ont une perspective passiviste de ce que nous pouvons offrir et nous devons être attentifs au besoin perpétuel d'éduquer les gens sur notre rôle, nos compétences et notre contribution à la profession. Quant à la protection des territoires professionnels, je crois que nous sommes destinés à revivre des histoires de ce genre. Nous sommes suffisamment matures en tant que profession pour être en mesure de partager la portée de notre pratique et pour être assurés que notre contribution aux soins de santé est unique. Nous sommes dans une période de grandes possibilités, avec la pratique avancée, la portée élargie et la spécialisation. Allons de l'avant ensemble, en collaboration, avec confiance, en éduquant les autres sur notre rôle et en travaillant avec eux à la mise en place de nouveaux modèles de pratique et de financement.

J'ai parlé des preuves scientifiques et de la façon dont l'absence de degrés élevés de preuves permet aux sceptiques de s'interroger sur la valeur de la collaboration interprofessionnelle. Les études dans ce domaine sont difficiles à réaliser, mais elles sont en émergence. Je suis convaincue qu'avec l'aide des gouvernements pour

soutenir la recherche et l'évaluation des initiatives interprofessionnelles, nous pourrions continuer de rassembler des preuves et d'apprendre sur les moyens les plus efficaces d'offrir des soins interprofessionnels.

Les soins centrés sur la relation accroissent la nécessité de relations positives avec nos collègues et soulignent l'importance des soins centrés sur le patient. Mettre l'accent sur les relations dans nos collectivités, avec nous-mêmes et au sein de nos organisations nous offrira un cadre de travail plus large à partir duquel poursuivre notre réflexion en vue de définir la nature de la collaboration interprofessionnelle.

Enfin, j'ai eu le courage de livrer un aperçu des sciences de la complexité, lesquelles offrent un point de vue nouveau sur nos interactions en collaboration et proposent de nouveaux moyens de relever les défis qu'imposent les soins de santé de nos jours. Dans des systèmes complexes tels que les soins de santé et les équipes, l'imprévisibilité est constamment présente. Nous pouvons apprendre de la théorie de la complexité que la tension et l'incertitude sont normales dans les systèmes complexes; nous devrions les anticiper. Les sciences de la complexité offrent une structure pour la compréhension du fait qu'un degré d'incertitude et d'imprévisibilité fait partie de n'importe quel système¹⁷.

Nous avons également appris que les petits changements peuvent avoir de fortes répercussions au fil du temps. Puisque, en tant que physiothérapeutes, nous devons définir notre rôle au sein des équipes, éduquer les autres, offrir les meilleurs soins possible aux patients, nous ne devons jamais oublier la puissance du moment présent et le fait que de petites choses peuvent conduire au changement. Cela exigera que nous demeurions attentifs et réfléchis, que nous agissions avec des intentions. Alors la prochaine fois où vous vous surprendrez à craindre une rencontre avec un collègue qui, d'expérience, ne s'est jamais montré très coopératif, ou que vous vous demanderez comment vous pourriez améliorer la teneur de vos réunions d'équipe, rappelez-vous que modifier votre façon de communiquer ou d'agir avec les autres peut conduire au changement.

Nous arrivons maintenant à la fin de notre après-midi et j'aimerais profiter de l'occasion pour faire ce que d'autres ont fait avant moi : j'aimerais rendre hommage à Enid Graham, la physiothérapeute que nous honorons par ce programme de conférences. Ceux et celles d'entre vous qui sont des habitués de notre congrès connaissent déjà l'histoire, mais je crois qu'elle vaut d'être répétée à l'intention de nos recrues et des étudiants présents dans notre auditoire aujourd'hui. C'est en effet grâce à Joan Cleather, la conférencière du mémorial Enid Graham de l'an dernier, que nous pouvons compter sur les faits historiques concernant notre profession et la contribution d'Enid Graham à la physiothérapie. Enid était l'une des membres fondatrices de l'Association canadienne de physiothérapie et a été parmi des dirigeantes de la pre-

mière heure. Enrôlée volontaire de la Première Guerre mondiale, elle s'est rendue étudier la physiothérapie aux États-Unis²¹. Elle a aidé à la mise sur pied des écoles de physiothérapie de l'Université McGill et de l'Université de Toronto²¹. Son rôle de chef de file a conduit à la mise sur pied de l'Association canadienne de physiothérapie, en 1935. Elle a réellement été une dirigeante appréciée et une pionnière dans notre profession.

J'aimerais remercier les personnes qui ont présenté ma candidature pour ce bel honneur, de même que les personnes qui ont écrit des lettres d'appui. Je suis réellement émue par l'hommage que vous avez rendu à ma contribution à la profession. Merci également à mes collègues de tout le pays qui m'ont fait parvenir des courriels de félicitations, à mes collègues de l'Université McMaster, que je remercie pour leur enthousiasme et leurs félicitations—ce sont vraiment des gens extraordinaires. J'ai appris beaucoup de mes collaborations avec des collègues d'autres professions et je voudrais souligner une fois de plus que les expériences que j'ai partagées avec vous aujourd'hui sont le fruit de nombreuses discussions, interactions, débats et échanges, et d'apprentissages qui ont enrichi mon monde et élargi ma vision de la profession. Enfin, merci à ma famille, présente ici aujourd'hui, et à mon conjoint, Hart, qui m'a toujours appuyée dans mon cheminement professionnel.

La collaboration interprofessionnelle est-elle une mode passagère? Sommes-nous destinés à revivre le passé et à devoir nous retirer encore une fois chacun dans notre territoire après l'éclosion d'enthousiasme collaboratif des dernières années? Non, selon moi. Nous sommes maintenant sur notre lancée, nous avons l'appui des gouvernements, nous avons accru la sensibilisation des patients, de leurs familles et des autres professionnels, et nous disposons de preuves émergentes. La culture est en train de changer—et les physiothérapeutes sont les chefs de file de ce virement culturel. Partout au pays, dans les universités et les cliniques, les physiothérapeutes ont joué un rôle de chef de file dans la promotion de la collaboration interprofessionnelle, et ce, dans une proportion bien plus grande en regard du petit nombre de membres que compte la profession. En tant que physiothérapeutes, nous possédons le savoir, les compétences, la sensibilité, la conscience et la ténacité nécessaires à promouvoir la collaboration, même si ce n'est pas chose facile. Il est important que les autres comprennent notre contribution particulière, nos compétences et notre potentiel. C'est notre voie vers l'avenir.

Pendant que vous soupesez les moyens qui vous permettront de rendre votre pratique et vos interactions plus axées vers la collaboration, je terminerai par une dernière citation tout à fait à-propos, toujours attribuée à Winston Churchill : « Je ne m'inquiète jamais de l'action, mais de l'inaction⁵. »

RÉFÉRENCES

- Oandasan I, Kwan D, Zwarenstein M, Barker K, Purden M, Beaulieu M, et al. Interdisciplinary education for collaborative, patient centered practice: research and findings report. Ottawa: Santé Canada; 2004.
- Centre for Advancement of Interprofessional Education [homepage on the Internet]. London: The Centre; 2009. About Us: Defining IPE [consulté le 12 mars 2009]. Consulté au <http://www.caip.e.org.uk/about-us/defining-ipe/>.
- McMurty A. Reinterpreting interdisciplinary health teams from a complexity science perspective. *U Alberta Health Sci J*. 2007;4:33–42.
- Herbert C, Bainbridge L, Baptiste S, Bickford J, Brajtmann S, Dryden T, et al. Factors that influence engagement in collaborative practice: how 8 health professionals became advocates. *Can Fam Physician*. 2007;53:1318–25.
- BrainyQuote [homepage on the Internet]. Winston Churchill Quotes [consulté le 29 janvier 2009]. Consulté au http://www.brainyquote.com/quotes/authors/w/winston_churchill.html.
- Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the U.S.A. *J Interprof Care*. 1996;10:187–201.
- Romanow R. Building on values: the future of health care in Canada. Final report of the Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa: Santé Canada; 2002.
- Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Canadian Health Services Research Foundation synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: Santé Canada; 2007.
- Solomon P, Wilkins S. Participation among women living with HIV: a rehabilitation perspective. *AIDS Care*. 2008;20:292–6.
- Conference Board of Canada [homepage on the Internet]. Liability risks in interdisciplinary care: thinking outside the box. Ottawa: The Board; 2007 [consulté le 14 mars 2009]. Consulté au <http://www.conferenceboard.ca/documents.aspx?did=1979>.
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach* 2007;29:735–51.
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Db Syst Rev*; 2007;4. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub2
- Lewis S. Collaborate or collapse: the dire choice facing the health system [document on the Internet]. Keynote address, IPE Ontario 2009 Conference [consulté le 13 mars 2009]. Consulté au http://www.cihc.ca/projects/central/OC_CollaborateOrCollapse.pdf.
- Harris S. Listening to patients' voices: what can we learn? *Physiother Can*. 2007;59:39–47.
- Tresolini CP, Pew-Fetzer Task Force. Health professions education and relationship-centered care. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.
- Harrison E. Balancing the needs of the population, profession and to self: aligning with the environment. *Physiother Can*. 2008;60:51–60.
- Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofessional education. *Learn Health Soc Care*. 2004;3:179–89.
- Plesk P, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *Brit Med J*. 2001;323:625–8.
- Wilson T, Holt T. Complexity and clinical care. *Brit Med J*. 2001;323:685–8.
- Plesk P, Wilson T. Complexity, leadership and management in health care organizations. *Brit Med J*. 2001;323:746–9.
- Fraser S, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *Brit Med J*. 2001;323:799–803.
- Eva KW. Teamwork during education: the whole is not always greater than the sum of the parts. *Med Educ*. 2002;36:314–6.
- Cleather J. Head, heart and hands: the story of physiotherapy in Canada. Toronto: Association canadienne de physiothérapie; 1995.