## Table des matières

Sommaire ..... iii

Liste des tableaux ..... vi

Introduction ..... 1

Chapitre 1 Évolution des professions et des compétences professionnelles ..... 7

L'historique des professions ..... 9

Les premières professions au Québec ..... 9

Versions initiales des critères d'une profession ..... 10

Les groupes professionnels ..... 11

Le système professionnel désorganisé et critiqué ..... 12

La structure professionnelle actuelle ..... 14

La Commission Castonguay-Nepveu ..... 14

La compétence professionnelle une valeur de base du système professionnel ..... 17

La gestion des compétences ..... 18

Distinction des compétences et collaboration ..... 20

De la compétence professionnelle disciplinaire à la volonté de collaboration interprofessionnelle ..... 20

La Commission Rochon ..... 20

La loi 90 ..... 21

La loi 21 : Partageons nos compétences ..... 23

L'objectif de la loi 21 ..... 23

Les principes sur lesquels repose la loi 21 ..... 24

Les activités susceptibles d'entrainer des préjudices ..... 24

La distinction des champs d'exercices .....25

La mesure de la loi 21 .....27

Chapitre 2 La compétence collective : une nécessité en contexte de situation complexe .....30

La complexité .....31

La notion de complexité .....31

La complexité et le domaine de la santé mentale .....33

S'adapter au complexe .....34

De la compétence individuelle à la compétence collective .....35

Définitions .....35

Le processus de l'émergence de la compétence collective .....36

Le processus de mise en commun des compétences .....37

La compétence collective et la performance .....38

Les soins en collaboration et la compétence collective .....39

L'efficacité des soins en collaboration dans le domaine de la santé mentale .....39

Les partenariats de collaboration améliorent la qualité des soins .....39

Les facteurs clés d'une collaboration efficace .....40

Les valeurs caractéristiques de l'efficacité de la collaboration .....41

Les obstacles à la compétence collective et aux soins en collaboration .....42

Discussion .....44

Conclusion .....51

Références .....55

## Liste des tableaux

Tableau

1 Le terme « profession » ..... 11

2 Principaux constats et critiques les plus vives à l'égard des corporations professionnelles ..... 14

3 Facteurs à considérer pour la constitution d'un Ordre professionnel ..... 17

4 Constats émergeant de l'encadrement des professions de la santé ..... 22

5 Un exemple de distinction des champs d'exercices ..... 26

# Introduction

La pertinence du travail de collaboration entre les professionnels de différents secteurs est maintenant établie dans la littérature. De nombreuses publications sur le sujet au cours des trente dernières années précisent l'importance de la collaboration entre les professions notamment dans le secteur de la pratique clinique (Collin, 2009). C'est la collaboration entre les professionnels qui permettrait le mieux de faire face au volume et à la complexité des tâches en constante évolution. Ainsi, les travaux se multiplient à l'intérieur de nombreuses disciplines afin de comprendre et de surmonter les obstacles du travail de collaboration interprofessionnelle. Les sociologues du travail, les psychologues du travail, les professionnels des sciences de l'éducation, les psychologues de la cognition et les professionnels en science de la gestion pour ne nommer que ceux-là poursuivent des travaux sur les défis de la gestion des compétences collectives, de la collaboration interprofessionnelle ou sur l'efficacité des équipes de travail. C'est dire à quel point le passage du discours à la pratique semble exigeant.

Un domaine qui est particulièrement concerné par la collaboration des professionnels est celui de la santé mentale qui regroupe un nombre important de travailleurs régis par différents ordres professionnels au Québec. La prévalence, l'intensité et la complexité des problématiques de santé mentale posent d'importants défis aux systèmes de soins et de services. Les initiatives cliniques et les recherches

récentes menées dans ce domaine semblent confirmer les avantages du travail en collaboration (Fleury, 2008; Kates et al., 2010). Plusieurs de ces études ont toutefois rappelé la nécessité de clarifier les rôles et responsabilités des divers professionnels appelés à intervenir dans ces situations. Des efforts ont été consentis dans les lois encadrant les professions pour spécifier les apports distincts de chacun des regroupements disciplinaires. S'inscrivant dans le prolongement de ces efforts, un changement législatif récent, la loi 21, est venu modifier le Code des professions. En fait, l'encadrement des professions par l'État fut, dans notre histoire contemporaine, non seulement nécessaire pour la protection du public, mais il s'est également avéré une tâche complexe qui demeure en évolution continue. L'univers des professions a donc subi de profondes transformations et est encore aujourd'hui objet de nombreuses préoccupations. Les facteurs à la source de telles mutations sont multiples. La fragmentation des connaissances a contribué à la création de plusieurs ordres professionnels qui se disputent ou se partagent les mêmes champs de compétences à partir d'un bagage de connaissances, d'expériences et d'expertises distinctes. La variété et la complexité des problématiques de santé mentale ont participé à l'équation. Les exigences de suivi et l'imprévisibilité des trajectoires constituent également des facteurs déterminants.

Le présent travail constitue un essai critique sur l'évolution des compétences professionnelles disciplinaires vers les compétences collectives émergeant de la collaboration interprofessionnelle. C'est par l'entremise des soins de santé mentale,

lesquels constituent un terreau fertile en situations tant sur le plan de la collaboration interprofessionnelle que sur la complexité des défis, que l'évolution de l'exercice de la compétence collective dans un contexte professionnel est analysée. Comme nous serons à même de le constater, les problématiques délicates et complexes rencontrées dans les systèmes de soins et de services, et en particulier dans le domaine de la santé mentale, lancent d'importants défis aux compétences professionnelles, à la coordination des apports disciplinaires et à la collaboration interprofessionnelle. C'est notamment pour ces raisons qu'une législation spécifique (loi 21) venant distinguer les activités des professionnels de la santé mentale a vu le jour en 2009.

Dans le premier chapitre de l'essai, nous poursuivrons successivement deux principaux objectifs : 1) définir les professions et les compétences disciplinaires individuelles; et 2) présenter l'évolution historique des rapports gouvernementaux et des lois qui, au Québec, ont cherché à encadrer le développement des regroupements professionnels et à distinguer les champs disciplinaires. Afin de circonscrire le domaine de la compétence professionnelle et de la compétence collective, il nous apparaissait primordial d'effectuer une incursion dans le bagage historique et culturel des groupes d'individus se réclamant au cœur de la dispensation des services spécialisés soit les professionnels eux-mêmes. Ainsi, le développement social historique des professions, leur origine, leur évolution dans le contexte québécois ainsi que l'évolution de leurs modes d'organisations, de leurs structures et des législations les encadrant sont revus. La primauté de la compétence professionnelle est mise en relief dans le système

Rapport-Gratuit.com

professionnel tel qu'on le connait, et ce, afin d'atteindre son objectif premier qu'est la protection du public. La compétence professionnelle constitue toutefois un concept évolutif dans un monde à l'intérieur duquel l'accroissement des savoirs disciplinaires est en constante évolution. Ainsi, il ne s'agit pas d'une mince tâche que d'encadrer la compétence chez les professionnels qui se renouvellent au sein de groupes provenant d'une culture d'autogestion et de compétitivité qui sont maintenant appelées à travailler en collaboration pour faire face à l'ampleur et la complexité de la tâche.

C'est en décortiquant la mesure et la portée de la loi 21 qui vient encadrer les champs d'exercices et les activités réservées des professionnels de la santé mentale que nous serons à même de constater sa contribution ou son impact sur la finalité du système professionnel de santé mentale québécois, c'est-à-dire une qualité et une méthode dans l'octroi des services à la population qui garantissent la protection du public. Une qualité des services qui face à la complexité croissante des problématiques passe de plus en plus par la mise en commun des expertises individuelles. Une mise en commun qui présuppose une compréhension de l'univers complexe nécessitant l'établissement de stratégies adaptées aux facteurs d'incertitudes qui le caractérisent.

Le deuxième chapitre de l'essai porte spécifiquement sur la compétence collective, la collaboration interprofessionnelle et sur les conditions qui favorisent ou entravent le déploiement de ces pratiques de collaboration. Les écrits issus du domaine du développement organisationnel et quelques études récentes et validées serviront de

points d'appui pour la démonstration. C'est par le déploiement de la compétence collective et par la compréhension de la collaboration efficace entre les professionnels qu'il nous sera possible de mettre en contexte la contribution de la loi 21 dans l'exercice de la compétence collective. Nous tenterons ainsi de répondre à la question centrale de cet essai à savoir : dans quelle mesure la distinction des professions mène à l'exercice de la compétence collective? Nous discuterons finalement du contexte plus global dans lequel s'inscrit l'application de ce dernier changement législatif d'encadrement des professions soit des éléments favorisant, au-delà des compétences disciplinaires, le déploiement des compétences collectives.

La section présentant la discussion de l'essai remet sur la table la question initiale de recherche, reprend les éléments clés issus de l'exploration de la documentation. Nous proposons ensuite une analyse de ce qui doit être pris en compte pour répondre à la question de recherche et inspirer d'autres initiatives.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

# Chapitre 1

Évolution des professions et des compétences professionnelles

Dans cette première partie de l'essai, nous aborderons l'évolution des professions et des compétences professionnelles en deux temps distincts et complémentaires. D'abord, un rappel sociohistorique des premières professions apparues au Québec et quelques précisions relatives aux critères à la base d'une profession et à l'établissement de groupes professionnels. Même sommaire, une telle incursion dans le passé peut sans doute permettre de mieux saisir la valeur et la nécessité des changements plus récents dans ce champ influent du monde économique et social. Cette mise en contexte des premiers balbutiements du mouvement de professionnalisation au Québec mènera aux critiques qui ont progressivement émergé face à un développement des professions perçu comme étant trop peu balisé et passablement désorganisé.

Dans un deuxième temps, nous présenterons la structure professionnelle actuelle en suivant l'évolution des principaux rapports gouvernementaux et des législations. Ainsi, les compétences professionnelles et leur articulation dans les professions dument reconnues seront décrites en nous inspirant principalement des repères issus de deux Commissions majeures (Castonguay-Nepveu débutée en 1966 et Rochon débutée en 1985) et de deux législations portant spécifiquement sur l'encadrement des professions (loi 90 et loi 21). Bien que les visées centrales de cet essai concernent les compétences professionnelles disciplinaires et les compétences collectives émergeant de la collaboration interprofessionnelle, il nous semblait essentiel de dessiner d'abord à

grands traits l'histoire et le contexte légal dans lequel s'inscrivent la définition et l'exercice de ces compétences.

## L'historique des professions

### Les premières professions au Québec

En Nouvelle-France, c'est entre 1717 et 1733 que les premières modalités de conservation, de validation et d'exécutions d'actes des notaires apparaissent, inspirées des formes d'encadrement existant en Europe. En 1755, un texte de l'Intendant Bigot vise la règlementation de la pratique de la médecine et de la chirurgie. En 1785, soit après la conquête britannique de 1760, à la suite d'une ordonnance du Conseil législatif, les professions de notaire et d'avocat sont divisées et institutionnalisées. Les arpenteurs ont obtenu leur statut professionnel cette même année. Quelques années plus tard, soit en 1788, une autre ordonnance réglemente la pratique de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'accouchement. C'est l'État qui accorde les permissions de l'exercice des professions à cette époque. Vers le milieu du XIX$^{e}$ siècle, coïncidant avec l'urbanisation et l'industrialisation de la société, les premières corporations professionnelles sont formées par les notaires, les avocats et les médecins. Ces corporations découlent alors du souci des professionnels de protéger leur clientèle et de garantir la réputation des professions contre les imposteurs (Conseil interprofessionnel du Québec, 2007). C'est dire qu'à cette période, les professions sont encore bien peu structurées et peu nombreuses.

**Versions initiales des critères d'une profession**

La sociologie des professions développée dans le monde anglo-saxon témoigne des efforts menés alors pour définir les professions, pour établir des critères absolus départageant les occupations des professions. Une définition du terme « profession » de l'Office des professions du Québec (1976) se retrouve au Tableau 1. Cette littérature s'inscrit dans un courant de pensée fonctionnaliste et qui souligne les enjeux liés à l'organisation sociale (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011). Ainsi, Flexner (1915) identifie six traits professionnels caractéristiques dans son ouvrage *Is Social Work a Profession?* : 1) Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles; 2) Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique; 3) Qui comporte des applications pratiques et utiles; 4) Est transmissible par un enseignement formalisé; 5) Les professions tendent à l'auto organisation dans des associations; 6) Leurs membres ont une motivation altruiste.

De leur côté, Carr-Saunders et Wilson (1928) avancent une définition de ce qu'est une profession : « Les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée, formalisée et permettant de rendre un service efficace à la communauté ».

Tableau 1

*Le terme « profession »*

| |
|---|
| La langue française ne réserve toutefois pas le mot profession à un type d'activité en particulier, mais s'en sert pour désigner toute occupation dont on peut tirer ses moyens d'existence. Au Québec, l'usage du terme profession, sous l'influence anglo-saxonne, désigne habituellement des activités ou des groupes de travail reflétant un certain statut social. En Amérique du Nord, une reconnaissance législative du statut de profession définit clairement les activités qui sont reconnues comme telles. Toutefois, ces activités varient d'un état ou d'une province à l'autre. |

**Les groupes professionnels**

Dès les années 50-60, ce ne sont plus les débats idéologiques qui sous-tendent l'établissement des critères menant aux définitions des professions qui intéressent (d'ailleurs, de plus en plus d'occupations parviennent à démontrer qu'elles satisfont ces critères) mais bien davantage les groupes professionnels eux-mêmes et les individus qui les composent. Une nouvelle approche soit celle de l'interactionnisme entre les groupes professionnels prend davantage de place dans la littérature. Celle-ci part du point du vue individuel et valorise les professions, au sens large, comme des formes d'accomplissement de soi (Dubar et al., 2011). Hughes (1994) met alors en doute l'existence de critères universels et rationnels de délimitation entre les activités des professions et des occupations. Ainsi, il s'intéresse notamment à la façon dont certains groupes professionnels parviennent à obtenir des privilèges juridiques pour leurs

membres. Bucher et Strauss (1961) affirment de leur côté que les professions ne partagent pas nécessairement une même identité et/ou des valeurs communes, mais les décrit plutôt comme un ensemble de segments en compétition. Ainsi, ils décrivent le processus, qui à l'intérieur de mêmes professions, met en compétition différentes approches. Une compétition ponctuée d'argumentations et d'ententes concernant les champs de pratique. Cette lutte, à l'interne, pour la place et la primauté conduira à l'émergence de nouvelles approches engendrant une restructuration continuelle du groupe professionnel tout entier. En somme, les groupes professionnels se structurent sous les effets combinés de pressions internes et de pressions issues du contexte externe (économique, social et légal).

**Le système professionnel désorganisé et critiqué**

Dès la fin des années 50 et au début des années 60, le système professionnel est en forte expansion dans le secteur de la santé. On assiste à la création de plusieurs corporations professionnelles découlant de l'explosion des connaissances et de l'évolution sociale rapide. Ainsi, plusieurs champs d'activités affirment répondre aux caractéristiques de professions et effectuent des demandes en ce sens au gouvernement (Conseil interprofessionnel du Québec, 2007). Deux constats s'imposent alors : 1) le nombre de demandes pour la formation de nouvelles corporations professionnelles croit rapidement; et 2) les rôles et responsabilités des regroupements professionnels semblent confus. En effet, plusieurs corporations cumulent à la fois les rôles de protection du public et de défense des intérêts socioéconomiques de leurs membres (Office des

professions, 1999). À partir de la fin des années soixante, les professions sont considérées comme partie prenante du système socioéconomique et sont accusées de se créer un monopole à l'intérieur de groupes restreints. Les professions font ainsi face à d'importantes critiques. Les professionnels sont perçus comme des acteurs ayant réussi à fermer leur marché du travail et à implanter un monopole cautionné par l'état. Le professionnalisme est alors analysé comme une stratégie politique plutôt que comme une exigence fonctionnelle ou une résultante de configuration relationnelle (Abbott, 2001). L'envahissement du capital et son extension à toutes les sphères de l'activité ne peuvent que s'accompagner de la perte d'autonomie des groupes corporatifs ou des professions reconnues juridiquement comme telles. Ainsi, on assiste au déclin d'une forme de professionnalisme fondé sur l'autocontrôle au profit d'un mécanisme de contrôle par l'État des services aux personnes (Johnson, 1972).

Les constats et critiques de Dubar et al. (2011) dont nous proposons une synthèse dans le Tableau 2, donnent un aperçu des principaux motifs qui ont justifié les travaux subséquents des Commissions d'études, les rapports et les modifications législatives visant à mieux définir et encadrer les regroupements professionnels et les pratiques des professionnels. L'ajustement des rôles et responsabilités au contexte social en évolution, le contrôle de la qualité des services offerts et la protection du public sont au cœur de telles remises en question.

Tableau 2

*Principaux constats et critiques les plus vives à l'égard des corporations professionnelles*

- Nombre grandissant de demandes de formation de nouveaux ordres professionnels
- Rôles des ordres professionnels diffus
- Les ordres défendent à la fois les intérêts socioéconomique de leurs membres et l'intérêt du public
- Les ordres professionnels sont accusés de se créer un monopole à l'intérieur de groupes restreints
- L'État est accusé de cautionner ce monopole
- La structure professionnelle est désordonnée et incohérente dans la diversification et la multiplication des organismes
- La compétition et la hiérarchisation entre les ordres professionnels favorisent une course au statut

## La structure professionnelle actuelle

### La Commission Castonguay-Nepveu

Au Québec, on assiste à la mise en place de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social connue également comme la Commission Castonguay-Nepveu. La Commission d'enquête avait pour mandat l'analyse du système de santé québécois. La Commission fait d'abord le constat d'une structure professionnelle désordonnée et incohérente dans la diversification et la multiplication des organismes. Elle souligne une hiérarchisation entre les corporations ce qui contribue à les mettre opposition, favorisant ainsi la course au statut. La Commission Castonguay-Nepveu décrit, sans détour, un système confus sans correspondance avec les intérêts de la société québécoise (Commission Castonguay-Nepveu, 1970).

Rapport-Gratuit.com

En raison, de la place importante occupée par les professionnels de la santé dans le réseau et de la désorganisation voir l'incohérence du système professionnel québécois, un volet complet des travaux de la Commission porte sur l'analyse des professions du système de santé soit « Les professions et la société ». Les recommandations qui en découlent seront par la suite généralisées aux professions de tous les domaines (Dussault & Borgeat, 1974).

À l'heure actuelle, la structure des professions au Québec découle directement des travaux effectués par la Commission Castonguay-Nepveu. En 1970, la Commission dépose son rapport qui comprend une analyse du système professionnel québécois (Conseil interprofessionnel du Québec, 2007). C'est l'application de plusieurs recommandations de la Commission qui mèneront à l'adoption et la sanction du projet de loi 250 sur le Code des professions en 1973. C'est par le Code des professions que la structure actuelle des professions prend forme en y intégrant le Conseil interprofessionnel, l'Office des professions et les Ordres professionnels (Conseil interprofessionnel du Québec, 2006). C'est une véritable réforme des professions qui s'instaure dont l'objectif principal est l'octroi aux Ordres professionnels du rôle de protection du public, ce qui ne peut se faire en défendant prioritairement les intérêts socioéconomiques de leurs membres (Office des professions du Québec, 1999). Dussault et Borgeat (1974) précisent ainsi la responsabilité de protection du public :

> Protéger le public dans le domaine de l'exercice des professions signifie essentiellement deux choses : d'une part, veiller à la qualité de l'ensemble des services professionnels offerts, en fixant des normes de qualification satisfaisantes pour les candidats aux professions et en contrôlant par des mécanismes précis l'intégrité et la compétence des professionnels; d'autre part, assurer la disponibilité et la distribution efficace des services professionnels requis par le public, en favorisant, lorsqu'une telle mesure parait essentielle pour la protection du public, la reconnaissance de nouvelles professions, et en veillant à ce que les corporations professionnelles qui en ont le pouvoir utilisent les dispositions législatives leur permettant de déléguer à d'autres personnes - associations, groupements ou corporation professionnelle - le pouvoir de poser une partie des actes qui sont normalement réservés à leurs membres. (p. 42)

La protection du public constitue d'ailleurs la principale fonction de chacun des ordres professionnels. Ceux-ci se dressent alors comme les gardiens et les promoteurs de la compétence professionnelle qui, elle-même est décrite comme la valeur de base du système professionnel (Conseil interprofessionnel du Québec, 2007).

Cette primauté accordée à la protection du public place une forte responsabilité sur les ordres professionnels. Les ordres professionnels réagiront à cette responsabilisation accrue en mettant l'accent sur les compétences attendues des professionnels et sur les obligations déontologiques balisant la pratique. Des attentes signifiées et des descriptions de compétences professionnelles prennent formes. Les répertoires de compétences individuelles professionnelles disciplinaires prendront une place importante dans les divers champs de pratique. Cet enjeu de protection du public se révèle de plus en plus explicitement dans les écrits. Ainsi, lorsqu'une décision doit être prise pour déterminer si un ordre professionnel peut être constitué, l'article 25 du Code des professions précise les facteurs cités dans le Tableau 3.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau 3

*Facteurs à considérer pour la constitution d'un Ordre professionnel*

1. Les connaissances requises pour exercer les activités des personnes qui seraient régies par l'Ordre dont la constitution est proposée;

2. Le degré d'autonomie dont jouissent les personnes qui seraient membres de l'Ordre dans l'exercice des activités dont il s'agit, et la difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature;

3. Le caractère personnel des rapports entre ces personnes et des gens recourant à leur services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;

4. La gravité du préjudice ou des dommages qui pourraient être subis par les gens recourant aux services de ces personnes par suite du fait que leur compétence ou leur intégrité ne serait pas contrôlée par l'Ordre;

5. Le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaitre dans l'exercice de leur profession.

**La compétence professionnelle une valeur de base du système professionnel**

La compétence professionnelle est donc au cœur de notre système professionnel et elle est objet de vigilance pour les ordres professionnels de chacune des disciplines. Le Conseil interprofessionnel du Québec (2007) décrit la compétence comme suit :

> Celle-ci réfère communément à l'ensemble des connaissances et des habiletés requises pour accomplir des activités. Aujourd'hui, on associe de plus en plus la compétence à la capacité pour un individu de s'insérer dans un milieu de travail, à sa mobilité ou à sa performance. La compétence entendue au sens de compétence professionnelle - c'est-à-dire la compétence en contexte de risque de préjudice - comporte cependant des dimensions particulières. En effet, au-delà des connaissances et des habiletés propres à un domaine, le professionnel doit démontrer une capacité à intégrer et mettre en application celles-ci dans des situations diverses et complexes, au service d'un client ou employeur et en

> prévention des préjudices pour ce dernier. On parle alors de dimensions éthique et déontologique dans l'appréciation des besoins et des services. La compétence ainsi définie supporte l'exercice du jugement professionnel. (p. 16)

La littérature sur les compétences est vaste : définitions, mesures, enjeux de gestion. Une définition qui persiste aux au fil du temps et qui est critiquée par Le Boterf (2010) depuis plusieurs années est celle qui décrit la compétence comme une « une somme de savoirs, savoir-faire, et de savoir être ». Selon Le Boterf (2010), les savoirs, savoir-faire et savoir être ne constituent qu'un panier de ressources et être compétent ne se résume pas à posséder des ressources, mais nécessite plutôt l'utilisation à bon escient de celles-ci dans des contextes particuliers. Le Boterf s'oppose ainsi à une conception additive des compétences. Il souhaite accorder plus d'importance au jugement professionnel et à ce qu'il conviendrait d'appeler « savoir pratiquer en contexte ». Le concept de compétences doit être en accord avec l'évolution des contextes et des situations de travail. En raison de la complexité des situations professionnelles, il n'est plus possible d'exiger du professionnel d'exécuter strictement des plans préconçus. Au-delà des programmes, l'ajustement aux opportunités et contraintes des contextes, et la stratégie s'imposent. Celui-ci doit plutôt résoudre des problèmes complexes, prendre des initiatives et avoir un certain degré d'autonomie (Le Boterf, 2006).

**La gestion des compétences.** Aubret, Gilbert et Pigeyre (2002) affirment que toutes les entreprises parlent de gestion des compétences, mais que dans certains cas cette unité de discours constitue plus une façade qu'une évolution de pratiques significatives. Ces auteurs soulignent la distinction entre la gestion des compétences et la gestion par les

compétences. Ainsi, il y a gestion par les compétences lorsque la notion de compétence se substitue à d'autres notions, par exemple celle de poste, pour assurer le fonctionnement d'une organisation. Commentant l'émergence du modèle de la compétence, Zarifian (2001) émet l'avis suivant : « les bases pratiques pour comprendre ce modèle sont encore faibles; bien des soi-disant systèmes de gestion des compétences ne sont encore que des formes « relookés » du modèle de poste ». D'autres auteurs tel Labruffe (2003) soutiennent dans leurs écrits la valeur du référentiel de compétences. Ce dernier permettrait notamment : « de clarifier, de façon concertée, toutes les facettes de la gestion des ressources humaines grâce à une appréciation précise des compétences requises dans une tâche, un poste ou une fonction... ». Or, la littérature rappelle régulièrement que les compétences requises définies dans les référentiels de compétences ne correspondent jamais aux compétences réelles. Ainsi, chaque individu développe de façon singulière ses compétences en fonction de ses motivations, de son cadre de références et des ressources qu'il mobilisera dans l'action, des ressources et opportunités de son contexte d'emploi. (Institut national de santé publique, 2011). Ces écarts constatés entre les compétences prescrites et les compétences exercées ne sont pas sans conséquence. Bien des référentiels sont difficiles à exploiter ou inutilisables, car ils sont composés d'un très grand nombre de compétences ou caractérisés par des listes interminables de savoirs, savoir-faire, savoir être (Le Boterf 2002; Perrenoud, 2001; Tardif, 2006). Le Boterf (2002) affirme que le référentiel est un outil évolutif et actualisable. C'est en déterminant les situations professionnelles sur le terrain au moyen d'une cueillette de données que le référentiel pourra refléter les compétences requises et

les ressources à mobiliser en ne s'inscrivant pas dans une simple addition de connaissances (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

Les compétences mobilisées de façon responsable améliorent la performance. Ce modèle suppose toutefois des organisations de travail évolutives, des formes de gestion plus coopératives dans lesquelles l'initiative et l'autonomie sont sollicitées (Jouvenot, Parlier, 2003). Le concept de compétence doit être en accord avec l'évolution des contextes et des situations de travail (Le Boterf, 2006).

**Distinction des compétences et collaboration.** La distinction des professions et le partage des compétences se sont avérées les options privilégiées par le système professionnel québécois. Afin de remplir le mandat de protection du public que le système professionnel s'est donné en assurant la disponibilité et la distribution efficace des services tout en maintenant l'intégrité des mécanismes de contrôle de la compétence des professionnels. Pour cela, cette modernisation ne pouvait se faire qu'en mettant l'accent sur la collaboration entre les professions.

## De la compétence professionnelle disciplinaire à la volonté de collaboration interprofessionnelle

**La Commission Rochon**. La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Jean Rochon de 1985 à 1988, connue également sous le nom de la Commission Rochon, constate que la collaboration interprofessionnelle s'est peu développée depuis la création du Code des professions et que le mécanisme de

délégation d'actes est désuet en plus de conduire à des pratiques professionnelles non conformes (Commission Rochon, 1988).

**La loi 90**. À la fin des années '90, le politique donne le coup d'envoi à la modernisation de la pratique professionnelle en s'appuyant notamment sur un avis de l'Office des professions du Québec visant la mise à jour du système professionnel en s'attaquant à l'abolition de barrières inutiles entre les professions tout en ne portant pas atteinte à la protection du public.

Comme l'indiquent Trudeau, De Grandmont, Lafrance et Poitras (2007), quelques grands constats semblaient émerger des questionnements menés sur l'encadrement des professions du domaine de la santé (voir Tableau 4).

Tableau 4

*Constats émergeant de l'encadrement des professions de la santé*

1. Les rapports hiérarchiques entre les professions sont générateurs de tensions.
2. Le modèle de réglementation est inadapté dans un contexte où les professions de la santé se développent.
3. Un trop grand nombre de lois, de règlements, de procédures freinent l'utilisation maximale des compétences et des connaissances des professionnels de la santé et les empêchent de travailler ensemble.

Le ministre responsable des lois professionnelles en référant à la loi 90 annonce « Les Québécoises et Québécois auront désormais accès à un réseau de compétences professionnelles où chacun pourra donner toute la mesure de ce qu'il a appris à faire » (Trudeau et al., 2007). Le projet de loi 90 est adopté en 2002. En fait, la recherche d'un meilleur équilibre entre les besoins du milieu et les compétences des divers professionnels a guidé les pratiques effectives et les législateurs vers une modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé. Au fil du temps, des professionnels avaient été amenés à devoir poser des gestes qui n'étaient pas légalement prescrits ou autorisés. La loi 90 et les lois subséquentes en sont venues à reconnaitre un bon nombre de ces situations pour ainsi permettre l'adaptation à de nouvelles réalités professionnelles.

Il est ainsi possible de constater, suite aux critiques initialement formulées à l'égard des regroupements professionnels, que beaucoup d'efforts ont été consentis dans le but

préciser les compétences attendues des professionnels et de distinguer les contributions des diverses disciplines. Ces initiatives ont donné plus de consistances à la définition des rôles des professionnels. Force est de constater, à la lecture des rapports qui se sont succédés, qu'au-delà de la clarification des rôles, la cruciale question de la collaboration entre les professionnels demeurait largement problématique.

**La loi 21 : Partageons nos compétences**. Il aura fallu quelques années pour que la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relation humaine suive celle entreprise par la loi 90. C'est en 2009 que le projet de loi 21 est sanctionné par l'Assemblée nationale. Il s'agit de l'exercice le plus récent de définition des champs d'exercices professionnels et de partage des compétences à l'intérieur du système professionnel québécois. La loi 21 modifie ainsi le Code des professions afin de redéfinir les champs d'exercices professionnels dans les domaines de la santé mentale et des relations humaines. Elle partage le droit d'exercice d'activités réservées dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines parmi les professions identifiées (Office des professions du Québec, 2012).

***L'objectif de la loi 21***. La loi 21 se veut une actualisation de la mission des Ordres professionnels de protection du public (Office des professions du Québec, 2012). Elle vise ainsi à « favoriser une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficience dans

l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population » (Office des professions du Québec, 2012).

***Les principes sur lesquels repose la loi 21***. Les principes guidant les travaux du Comité d'expert comprennent notamment la protection du public, le patient au centre des préoccupations, l'interdisciplinarité, l'accessibilité compétente, une approche concernée par les impacts des recommandations ainsi qu'une vision porteuse d'avenir au moment de tracer l'évolution des rôles professionnels. En élaborant l'orientation de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines le Comité avait pour soucis de distinguer les activités professionnelles, les clientèles et les contextes qui exposent la population à certains préjudices afin de les en préserver (Gouvernement du Québec, 2005).

***Les activités susceptibles d'entrainer des préjudices***. Le Comité d'experts a réalisé une analyse des activités professionnelles dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines afin d'identifier celles qui de par leur nature sont susceptibles d'exposer le bénéficiaire de services à un préjudice. Cela a été fait dans l'optique de la nécessité de réserver certaines activités professionnelles à une ou un groupe de professions possédant la formation liée au degré de complexité que comportent les activités considérées préjudiciables. Celles-ci ont été définies comme telles en se basant sur leur caractère irrémédiable, leurs complexités, leur haut degré de technicité, leur contre-indication dans certaines situations, leur pouvoir de causer ou d'entrainer des

Rapport-Gratuit.com

complications, lorsqu'elles peuvent entrainer ou accentuer une atteinte à l'intégrité physique ou morale, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature psychologique, de douleur morale ou d'incapacité, leur potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel, lorsqu'elles peuvent causer ou entrainer des perturbations, telles l'aliénation, la dépendance ou la détresse, lorsqu'elles peuvent causer ou entrainer la perte d'un droit comme l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens, ou l'aptitude à rendre compte de se actes (Gouvernement du Québec, 2005).

Ainsi, la compétence du professionnel à l'exercice d'une telle activité est mise à l'avant-plan. Le Comité avance que la réserve d'activités apporte les garanties et l'imputabilité propres au système professionnel.

***La distinction des champs d'exercices***. De plus, le Comité d'expert s'est penché sur la distinction des champs d'exercices des professions du secteur de la santé mentale et des relations humaines. Bien que non exclusive, cette distinction des champs d'exercices fut jugée comme devant être suffisamment précise afin de distinguer une profession d'une autre et de préciser la finalité d'intervention du professionnel dans ce qu'elle a de particulier. Ainsi, cette partie des travaux vise essentiellement à désigner la discipline en question, ses principales activités et la finalité de sa pratique. Elle ne vise pas à fournir une description exhaustive de la profession et de tout ce qui y est associé au moyen de listes d'activités, de descriptions de tâches, d'énumérations de moyens, de milieux, de lieux de pratique ou de clientèles. Cette distinction est donc réfléchie afin d'établir les

marques distinctives et les finalités des champs d'exercices des psychologues, des travailleurs sociaux, des thérapeutes conjugaux et familiaux, des conseillers en orientation, des ergothérapeutes, des infirmières et des médecins (Gouvernement du Québec, 2005). Un exemple de distinction des champs d'exercice (Office des professions du Québec, 2012) est repris dans le Tableau 5.

Tableau 5

*Un exemple de distinction des champs d'exercices*

| |
|---|
| Le champ d'exercices du travailleur social est défini comme ceci : « Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que de soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement ». Tandis que le champ d'exercice du psychologue se lit comme suit : « Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement ». D'une part, la finalité de la pratique du psychologue se situe dans le fait de favoriser la santé psychologique des individus, des couples, des familles, des groupes et des organisations. D'autres part, la finalité de la pratique du travailleur social poursuit de favoriser et de renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leurs relations interpersonnelles, l'accomplissement de leurs rôles sociaux et l'exercice de leurs droits individuels et sociaux. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

***La mesure de la loi 21***. Cette distinction des champs d'exercices sert « avant tout à établir clairement les compétences distinctives de chacune des professions afin de favoriser le travail en interdisciplinarité » (Office des professions du Québec, 2012).

Bien qu'il n'existe aucune stabilité dans le temps à l'intérieur de la littérature historique et sociologique sur le découpage des champs d'activités de service et que les frontières des compétences demeurent ainsi en perpétuellement en débat (Abbott, 2001). Le fait de départager les champs d'exercices de chacune des professions est fait dans l'objectif d'une utilisation maximale des connaissances et des compétences par l'actualisation des champs d'exercices professionnels au moyen de la loi 21 (Gouvernement du Québec, 2005). Ultimement, c'est le droit du patient à des soins et à des services de qualité octroyé par une personne compétente au moment opportun pour une durée et à une intensité congruente aux besoins de celle-ci qui est visé. Et ce sans compter que c'est souvent par la mise en commun des expertises qu'il est possible d'atteindre la prestation des meilleurs soins et services (Gouvernement du Québec, 2005). C'est notamment pourquoi nous retrouvons plusieurs préoccupations sur le travail interdisciplinaire à l'intérieur du Guide explicatif du projet de loi 21 rédigé par l'Office des professions (2012). Ainsi, la loi 21 vise une utilisation maximale des connaissances et des compétences par l'actualisation des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé mentale. Cette volonté de prioriser les compétences et de les mettre ensemble est en lien avec l'évolution de la société actuelle, le développement de l'économie du savoir, les progrès incessants des technologies de l'information et la

montée de la complexité des situations professionnelles (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

Au terme de ce premier chapitre, quelques grands constats méritent une attention particulière. D'abord, la brève incursion historique initiale permet de rappeler qu'un très petit nombre de regroupements professionnels s'étaient constitués au Québec avant 1960. Les transformations sociales, l'accroissement des connaissances et la demande en matière de soins et de services ont participé à une multiplication des corporations professionnelles. Les écrits consultés, sous la forme de rapports gouvernementaux officiels et de textes spécialisés, ont fait état de critiques importantes formulées à l'égard des regroupements professionnels. Ce territoire de l'économie était considéré comme soumis à un développement rapide, pratiquement anarchique, fortement centré sur la promotion disciplinaire et trop peu clairement orienté vers la protection du public. Sous les effets combinés de la pression populaire, des rapports et des lois successives, l'univers des regroupements professionnels s'est davantage structuré.

Au-delà des précisions destinées à clarifier les rôles distincts des différentes professions engagées dans le domaine de la santé et des services sociaux, les contenus proposés témoignent de la volonté de développer davantage la collaboration interprofessionnelle. Or, les indications concernant la collaboration ne vont guère plus loin que des énoncés de principes et d'attentes. Nous sommes à même de constater que les volontés exprimées dans les lois récentes (loi 90 et loi 21) risqueraient de demeurer

lettres mortes sans des contributions plus pragmatiques, plus attentives aux exigences requises pour le développement de la collaboration interdisciplinaire.

Dans le prochain chapitre, nous rappellerons d'abord que les organisations modernes, engagées en santé mentale comme dans d'autres champs, sont poussées à développer des offres de soins et de services tablant sur les compétences professionnelles individuelles et sur les compétences à collaborer. Nous chercherons ainsi à poursuivre notre démonstration en tirant profit des apports issus largement des écrits sur les compétences collectives et la collaboration interprofessionnelle qui émergent dans des articles récents largement issus de la documentation en développement organisationnel et des documents produits par des comités s'intéressant directement aux conditions favorables et aux contraintes reliés au déploiement des pratiques de collaboration. Nous débuterons ce chapitre en situant la notion de complexité puisque les situations complexes et les risques de fragmentation engendrés par la spécialisation disciplinaire fondent la légitimité et la nécessité de pratiques de collaboration. Nous définirons par la suite la compétence collective. Nous complèterons le chapitre en rappelant les principaux facteurs facilitants et contraignants identifiés dans la documentation.

# Chapitre 2

La compétence collective : une nécessité en contexte de situation complexe

Le travail en collaboration s'est avéré de plus en plus nécessaire au cours des trente dernières années. Les problématiques de travail de plus en plus complexes auxquelles les professionnels de tous les milieux ont à faire face ont grandement contribué à ce phénomène. Devant la fragmentation des connaissances et la multiplication des expertises, plusieurs professionnels viennent à constater leurs limites afin de répondre à une problématique complexe de façon globale. Ainsi, les professionnels ont du réduire les réflexes de compétition afin de se tourner vers la collaboration. La collaboration interprofessionnelle est aujourd'hui prônée par une majorité d'organisations et la gestion des compétences et des compétences collectives est au cœur des défis organisationnels. Tout en conservant le domaine de la santé mentale comme référence, la notion de complexité ainsi que celle de la compétence collective sont parcourues à l'intérieur du présent chapitre. Les caractéristiques et les obstacles spécifiques du travail de collaboration dans le domaine de la santé mentale suivent.

## La complexité

### La notion de complexité

La complexité est une notion utilisée par plusieurs champs de connaissances des sciences naturelles aux sciences sociales et sa conception varie selon le domaine d'études ou de pratique. En sciences sociales la complexité renvoie le plus souvent aux situations qui dépassent le simple et le compliqué de par leur nature multifactorielle, qui

s'interinfluencent tout en revêtant un caractère imprévisible (Gervais, 2013a; Snowden & Boone, 2007). Morin (1990) évoque la complexité de cette façon : « La complexité ne comprend pas seulement des quantités d'unités et interactions qui défient nos possibilités de calcul; elle comprend aussi des incertitudes, des indéterminations, des phénomènes aléatoires »... « Ainsi, la complexité coïncide avec une part d'incertitude, soit tenant aux limites de notre entendement, soit inscrite dans les phénomènes. Mais la complexité ne se réduit pas à l'incertitude, c'est l'incertitude au sein de systèmes richement organisés. »

Snowden et Boone (2007) décrivent la complexité comme étant plutôt une manière de concevoir le monde qu'une nouvelle approche du travail à partir de modèles mathématiques. Le simple est alors décrit comme le monde des séquences prévisibles dans lequel il est facile d'établir des relations de cause à effet. Le compliqué est défini comme le domaine des experts. Les contextes compliqués nécessitent une analyse et dans bien des cas l'intervention d'experts afin de se pencher sur la recherche de la cause à effet dans une situation ou plusieurs réponses différentes peuvent être valables. Le complexe est plus que la somme de ses parties. Il revêt un caractère imprévisible et se prête à une analyse seulement en rétrospective (Snowden & Boone, 2007). La perspective de la complexité implique une diversité d'intervenants possédant la capacité d'apprendre et la liberté d'agir d'une façon dont on ne peut prévoir le résultat totalement (Stroebel, McDaniel, & Crabtree, 2005). Les interactions à l'intérieur d'un système complexe sont souvent plus importantes que les actions individuelles de chacune des

parties (Plsek & Wilson, 2001). Ainsi, une relation productive se crée à l'intérieur d'un système complexe lorsque l'interaction produit une valeur nouvelle, imprévisible et qui n'est pas inhérente à aucune des parties seules (Lane & Maxfield, 1996). Un système complexe offre à un moment donné plutôt une gamme d'avenirs possibles qu'une possibilité de prévision certaine (Delignières, 2009).

**La complexité et le domaine de la santé mentale**

La littérature a établi que les organisations de soins de santé et que leurs pratiques sont des milieux complexes en changement continu dans un environnement qui n'est pas linéaire, mais plutôt en changement constant (Stroebel et al. 2005). Ainsi, les soins concertés en santé mentale et le modèle de soins chroniques appartiennent principalement à la sphère complexe (Gervais, 2013b). « De nombreuses composantes de la santé mentale et des soins concertés sont trop complexes pour être soumises à une modélisation déterministe » (Gervais, 2013a). Pour s'adapter à la complexité grandissante dans le domaine des soins de santé il est nécessaire d'abandonner les modèles linéaires, d'accepter l'imprévisible, de respecter et d'utiliser l'autonomie et la créativité, et de faire preuve de suffisamment de flexibilité afin de laisser la place à des façons de faire émergentes et aux opportunités (Plsek & Greenhalgh, 2001).

**S'adapter au complexe**

Snowden & Boone (2007) affirment que c'est plutôt par le développement de stratégies en opposition aux programmes prédéfinis que les organisations parviendront le mieux à s'adapter à la complexité.

> De la même façon que personne n'éduque un enfant à partir d'un programme préétabli, lequel serait de toute évidence aussi néfaste qu'insensé, il serait peu judicieux d'utiliser des outils destinés à des contextes compliqués pour résoudre des situations complexes. C'est pourtant le scénario qui se répète en santé mentale depuis des dizaines d'années. (Gervais, 2013a, p. 2).

> L'avantage du programme est évidemment une très grande économie : on n'a pas à réfléchir, tout se fait par automatisme. Une stratégie, par contre, se détermine en tenant compte d'une situation aléatoire, d'éléments adverses, voire d'adversaires, et elle est amenée à se modifier en fonction des informations fournies en cours de route, elle peut avoir une très grande souplesse. Mais une stratégie, pour être menée par une organisation, nécessite alors que cette organisation ne soit pas conçue pour obéir à la programmation, mais puisse traiter des éléments capables de contribuer à l'élaboration et au développement de la stratégie. (Morin, 1990, p. 120).

Dans cette optique, Snowden et Boone (2007) mettent en garde les leaders qui seront tentés par le fait d'imposer des ordres dans un contexte complexe, privilégiant une approche de gestion en retrait permettant l'émergence d'innovation et de créativité. Ainsi, puisque l'auto-organisation est au cœur de la science de la complexité en mettant l'accent sur les interactions et de ce qui en découle, le concept de commande et de contrôle hiérarchisé qui caractérise le système de santé depuis plus de 100 ans est remis en question (Zimmerman, 2011). Les réflexions et les recherches récentes tentent d'appréhender la complexité du monde actuel en s'orientant vers une pensée plus

Rapport-Gratuit.com

systémique nécessitant des structures plus souples, moins linéaires et moins hiérarchisées (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

## De la compétence individuelle à la compétence collective

Alors que durant de nombreuses années, la préoccupation des entreprises était le développement des compétences individuelles, Le Boterf (2006) affirme que le développement des compétences collectives devrait désormais être la priorité des organisations. Dans la littérature scientifique, la compétence collective et les compétences collectives font l'objet d'analyses sous différents angles sur les plans de la conceptualisation et de l'opérationnalisation. Ces travaux s'inscrivent dans une longue tradition de recherche en sociologie du travail, en psychologie cognitive, en sciences de l'éducation, en sciences de la gestion, en ergonomie et en psychologie du travail (Chédotel & Pujol, 2009; Krohmer, 2006).

### Définitions

Krohmer (2006) souligne que la compétence collective fait consensus lorsqu'elle est définie comme étant différente de la somme des compétences individuelles qui la composent. Le Boterf (2010) en alternative à l'addition des compétences individuelles considère la compétence collective comme « une émergence, un effet de composition : elle résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles. S'il fallait synthétiser une équation simple, ce pourrait être : compétence collective = compétences individuelles + coopération ». Pour Krohmer (2006) la compétence collective représente

l'ensemble des savoirs et savoir-faire d'un collectif de travail issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation de travail. Toutefois, il ne suffit pas de créer des formes collectives du travail pour que ses membres détiennent une compétence collective (Bataille, 1999). Michaud (2003) considère la compétence collective comme « des savoirs et savoir-faire tacites, partagés ou complémentaires, ou encore de modes d'échanges informels supportés par des solidarités qui participent à la capacité répétée et reconnue d'un collectif à se coordonner pour produire un résultat commun ou co-construire des solutions.

Ainsi, il est possible d'affirmer que les concepts de coopération et de collaboration ainsi que le collectif de travail sont toujours à l'avant-plan et partie prenante de la notion de compétence collective.

**Le processus de l'émergence de la compétence collective**

Bataille (1999) distingue deux approches de l'émergence de la compétence collective soit des interactions entre les compétences individuelles (Dejoux, 1998; Le Boterf, 2002) et des interactions entre les individus (Guilhon & Trépo, 2000). Ainsi, d'une part Dejoux (1998) définit la compétence collective comme « l'ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui-ci » alors que Guilhon et Trépo (2000) mettent l'accent sur le postulat que la compétence collective émerge de l'interaction des individus. Celle-ci n'est pas instantanée et

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

harmonieuse, mais peut prendre du temps, générer des conflits et ce sont ces interactions qui feront émerger la compétence collective. Locke et al. (2001) soulignent qu'il n'existe pas de collectif de travail sans individus. Ainsi, les équipes ne peuvent se réduire à une situation de synergie, elles sont fondées sur des individus qui apportent leur compétence.

**Le processus de mise en commun des compétences**

Selon Chédotel et Pujol (2009), trois courants théoriques permettent de mieux comprendre comment les membres d'un collectif mettent en commun leurs compétences individuelles soit la théorie de l'expertise, la théorie KSA (knowledge, skills and ability requirement for teamwork) et la théorie de la diversité. Ces auteurs définissent la théorie de l'expertise comme soulignant l'identification et l'utilisation de l'expertise à l'intérieur du groupe. Ainsi, cette théorie tend à démontrer que les groupes les plus performants sont ceux qui se montrent en mesure d'identifier les membres les plus compétents pour chacune des situations données et de mettre en œuvre un contexte favorable au déploiement de leur compétence (Bottger, 1984; Hoegl & Gemueden, 2001; Littlepage & Mueller, 1997). La compétence collective est donc fondée sur la mobilisation d'un réseau de personnes en fonction de leur niveau de compétence attendue (Chédotel & Pujol, 2009). La théorie KSA étudie les compétences, connaissances et aptitudes individuelles qui sont nécessaires pour travailler en équipe (Morgeson, Reider, & Campion, 2005). Elle souligne l'importance de sélectionner les individus sur leur aptitude à travailler en équipe et non seulement sur leur savoir-faire.

Ce dernier étant jugé insuffisant pour le fondement d'une compétence collective puisqu'elle n'inclut pas les compétences sociales et organisationnelles (Stevens & Campion, 1994). Finalement, la théorie de la diversité met en relief l'importance de la sélection d'une diversité de compétences individuelles afin de permettre l'obtention de résultats innovants. Toutefois, des problèmes de fonctionnement interne de l'équipe sont rapportés (Milliken & Martins, 1996; Simons, Pelled, & Smith, 1999). Webber et Donahue (2001) concluent ainsi qu'il ne suffit pas de réunir les bonnes compétences et remettent de l'avant les compétences sociales et organisationnelles au terme de leur méta-analyse.

**La compétence collective et la performance**

Bataille (1999, 2001), met en relief une relation complexe entre la performance et la compétence collective. Ainsi, il avance que c'est « la volonté de l'équipe opérationnelle d'atteindre les objectifs de production qui détermine la mobilisation d'une compétence collective. » À l'intérieur de ces mêmes travaux, Bataille (1999, 2001) précise que le collectif de travail correspond davantage à un réseau d'acteurs pertinents au succès plutôt qu'à une équipe opérationnelle rigide rejoignant ainsi Leclerc (1999) qui affirme que « le collectif de travail ne se décrète pas, il se construit dans l'action, au fil des gestes et du temps, à mesure que des liens de confiance et de coopération se tissent ». Ce qui rejoignait la conception de la compétence de Le Boterf (2002) qui avançait que pour « agir avec compétence une personne doit en plus de mobiliser ses propres ressources, être en mesure de mobiliser les ressources de son environnement. La réponse

compétente en deviendra une de réseau ce qui présuppose qu'agir avec compétence nécessite de savoir interagir avec autrui. » Toutefois, la compétence collective ne se pose pas en condition suffisante à la performance collective selon Michaud (2003). Elle avance qu'il n'existe pas qu'une seule forme de compétences collectives et que celles-ci n'expliquent pas à elles seules la performance ou la fiabilité collective, mais qu'elles y contribuent. Pour Dubois et Retour (1999) la construction de la compétence collective dépend du fonctionnement réel des groupes de travail et des modes d'organisation qui les régissent. C'est l'interaction entre les deux qui permettent la production de la performance.

## Les soins en collaboration et la compétence collective

**L'efficacité des soins en collaboration dans le domaine de la santé mentale**. Kates et al. (2010) définissent les soins en collaboration comme étant : « des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines, ou secteurs différents qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel. » Ceux-ci sont bâtis sur des contacts personnels, la reconnaissance des contributions des partenaires s'appuie sur des données probantes et l'expérience, tout en demeurant sensible aux besoins changeants des patients. Ils sont finalement façonnés par le contexte et la culture de l'endroit dans lequel les soins s'inscrivent.

**Les partenariats de collaboration améliorent la qualité des soins**. Plusieurs études ont démontré qu'un partage des soins apporte des bénéfices supérieurs à

l'intervention d'un seul professionnel de la santé mentale (Fleury, 2008). Kates et al. (2010) reprennent les résultats de plusieurs articles scientifiques de la littérature et avancent que les soins de santé mentale en collaboration améliorent la performance de la prestation de services sur les plans de l'amélioration des symptômes, l'amélioration fonctionnelle, la réduction des jours d'incapacité, la capacité d'exercer ses fonctions au travail, une meilleure observance de la prise des médicaments et ce, que ce soit chez les jeunes, les personnes âgées ou au sein des premières nations.

**Les facteurs clés d'une collaboration efficace**. Craven et Bland (2006) identifient trois conditions expliquant le succès des soins partagés lors de leur recension des études. Ainsi, une collaboration qui repose sur des relations cliniques déjà établies, des protocoles jumelés au traitement de troubles particuliers et une restructuration des services, la collaboration devant être supportée afin de provoquer des changements durables des connaissances des omnipraticiens. Selon Kates et al. (2010) les programmes en collaboration les plus efficaces comprennent certains éléments parmi les suivants : l'emploi d'un coordonnateur des soins ou d'un gestionnaire de cas; l'accès à une consultation psychiatrique; une meilleure éducation des patients ou un meilleur accès aux ressources; l'introduction de guides de traitement fondées sur les données probantes; le dépistage de la dépression ou de l'anxiété chez les personnes ayant des troubles médicaux chroniques; des programmes de perfectionnement des compétences pour les prestataires de soins de première ligne et l'accès à de brèves thérapies psychologiques. Mais les facteurs clés déterminants le succès de la collaboration sont le

degré de ralliement du personnel, le leadership institutionnel, le contrôle du rendement et le soutien politique aux modèles de collaboration (Emmanuel, Mcgee, Ukouunee, & Tyrer, 2002).

**Les valeurs caractéristiques de l'efficacité de la collaboration**. Mitchell et al. (2012) identifient cinq valeurs caractérisant les membres les plus efficaces d'une équipe de traitement de haut niveau en soins de santé. Ainsi, l'honnêteté, la discipline, la créativité, l'humilité et la curiosité sont soulignées comme des valeurs tributaires d'une grande qualité de prestations en équipe de soins de services. Plus spécifiquement, l'honnêteté est soulignée comme une communication efficace en ce qui concerne les doutes, les décisions, les incertitudes et les erreurs. La transparence sur ces éléments est jugée critique afin de préserver la confiance mutuelle à l'intérieur de l'équipe de travail. La discipline est définie comme la rigueur dont font preuve les membres de l'équipe envers leur rôle et leur responsabilité. Ainsi, les membres restent disciplinés sur le partage d'informations et le protocole même lorsque cela peut être inconfortable. La créativité comprend l'intérêt sur l'émergence de nouvelle façon de faire et la capacité d'apprendre de résultats qui n'étaient pas anticipés au départ. L'humilité est énoncée dans l'optique de reconnaitre les forces des autres professions et d'être en mesure de reconnaitre que quelqu'un d'autre peut être mieux outillé afin de faire face à une situation donnée. Les membres de l'équipe doivent être en mesure de se relayer et de s'aider lors de difficultés, et ce, peu sans tenir compte de la hiérarchie organisationnelle. Finalement, la curiosité comprend l'intérêt commun que partagent les membres de

l'équipe à améliorer leur travail à chacun mais également l'intérêt de poursuivre l'amélioration du travail de l'équipe.

**Les obstacles à la compétence collective et aux soins en collaboration**. Les obstacles et les défis sont nombreux afin de favoriser la croissance de l'établissement des soins en collaborations notamment dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, on retrouve une pénurie des ressources, une rémunération déficiente des effectifs, des modèles de financement qui ne soutiennent pas la restructuration des pratiques, dont l'introduction des technologies de l'information et les modèles de pratique interdisciplinaire en collaboration, ce qui est associé à une discontinuité des soins et un accès difficile aux soins psychiatriques. Également, la littérature souligne un manque de leadership et d'objectifs organisationnels ou professionnels, une confusion des rôles et responsabilités, des approches thérapeutiques différentes, des difficultés de communication entre les soins primaires et spécialisés ainsi que des cadres d'exercices qui ne favorisent pas le travail interdisciplinaire et l'intégration des services (Bindman et al., 1997; Herman, Trauer, & Warnock, 2002; Kates et al., 1997, 2010; Lang, Johstone, & Murray, 1997; Lipkin, 1997; Yung et al., 2005). Kates et al., (2010) ajoutent également que la culture de certains services de soins n'est pas préparée ou habituée à la pratique en collaboration et souligne un manque de préparation au travail en collaboration des disciplines et des spécialités des apprenants en formation.

Au terme de ce deuxième chapitre, l'information parcourue souligne certains consensus et quelques enjeux centraux concernant l'intérêt et les défis de la favorisation de l'émergence des compétences collectives. D'abord, la brève incursion à l'intérieur de la notion de complexité met en relief le rôle central des interactions à l'intérieur des situations comportant de l'imprévisibilité et ne pouvant être expliqué à partir de modèles linéaires. Les modèles de soins de santé chronique ainsi que les soins concertés en santé mentale sont décrits à l'intérieur de plusieurs textes spécialisés comme relevant de la sphère complexe. De ce fait, les écrits consultés sous forme de rapports gouvernementaux et de textes spécialisés font état d'une remise en question du contrôle hiérarchisé privilégiant une pensée plus systémique, des structures plus souples et moins linéaires afin de s'adapter au complexe. C'est la collaboration et la coopération entre, non seulement les compétences, mais également entre les individus qui les possèdent, qui s'inscrivent en consensus comme un passage obligé permettant le développement de stratégies en contexte complexe. Ainsi, l'atteinte de la compétence collective, entendue comme l'interaction entre le fonctionnement réel des groupes de travail et des modes d'organisation, pourra contribuer à la performance. La littérature scientifique appuie ces constats au moyen d'études empiriques et de données probantes notamment en ce qui concerne l'efficacité démontrée des soins de collaborations en santé mentale dans de multiples contextes et l'identification des facteurs clés d'une collaboration efficace. La littérature scientifique permet également l'identification de plusieurs facteurs et valeurs caractérisant l'efficacité de la collaboration et met en relief certains des nombreux obstacles à la compétence collective et aux soins en collaboration.

**Discussion**

Rapport-Gratuit.com

La question centrale à laquelle cet essai tente de répondre est : dans quelle mesure la distinction des professions mène à l'exercice de la compétence collective? Pour ce faire, une brève incursion dans l'histoire contemporaine des professions a été effectuée incluant les structures des regroupements professionnels. La notion de la compétence, identifiée comme centrale dans le système professionnel, fut revue. Ces éléments ont permis de saisir la culture et l'évolution des mesures d'encadrements législatives qui se sont succédées et dans lesquelles s'inscrivaient les récents changements lesquels furent également parcourus. Dans un deuxième temps, le contexte plus global de l'adaptation à la complexité a été mis de l'avant dans l'optique de l'atteinte de la compétence collective. Les composantes des compétences collectives et les facteurs clés de la collaboration ont finalement été mis en relief. Ce parcours de la documentation a permis de tirer certaines conclusions en tenant compte des éléments reliés aux fondements et à l'évolution des professions incluant leur motivation, leur organisation et leur encadrement tout en situant notre analyse dans une perspective élargie visant l'atteinte des compétences collectives et les facteurs favorisant ce processus.

Tout d'abord, les initiatives menées pendant de nombreuses années en matière d'encadrement des regroupements professionnels et d'orientation des pratiques ont pavé la voie, dans le domaine de la santé mentale, aux paramètres fixés dans le cadre du projet de loi 21. Le partage des activités réservées et la définition des champs

d'exercices des professions de la santé constituent l'enjeu prédominant de la loi 21. Celle-ci met alors de l'avant, de par les travaux d'experts précédant son dépôt, que la distinction des professions puisse « favoriser une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population » (Gouvernement du Québec, 2005).

Il est ainsi possible de constater, suite aux critiques initialement formulées à l'égard des regroupements professionnels, que beaucoup d'efforts ont été consentis dans le but préciser les compétences attendues des professionnels et de distinguer les contributions des diverses disciplines. Ces initiatives ont donné plus de consistance à la définition des rôles des professionnels. Force est de constater, à la lecture des rapports qui se sont succédés, qu'au-delà de la clarification des rôles, la cruciale question de la collaboration entre les professionnels demeurait largement problématique. Ainsi, tel que le précisent les auteurs du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010), la clarification des rôles déborde du seul territoire individuel des professionnels pour inclure les enjeux de collaboration.

> Les professionnels participeraient essentiellement à la clarification des rôles de la manière suivante : 1) en décrivant leur propre rôle et celui des autres; 2) en reconnaissant et en respectant la diversité des autres rôles, des responsabilités et des compétences en matière de santé et de services sociaux; 3) en communiquant dans un langage approprié leur rôle, leur savoir, leurs habiletés et leurs attitudes; 4) en recourant de manière appropriée et par l'entremise de la consultation aux habiletés et au savoir des autres. (p. 12)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Il importe de souligner que la clarification des rôles ne peut être simplement réduite à une dimension des compétences individuelles des professionnels. La clarification des rôles se précise et se raffine non seulement par des efforts de définitions disciplinaires menés en silos, mais également par la négociation interprofessionnelle engendrée de manière régulière dans les situations d'interventions délicates et complexes.

Ainsi, les enjeux de clarifications des rôles professionnels et des responsabilités sont rapportés par plusieurs chercheurs comme des éléments nécessaires à la mise en place d'une collaboration efficace (Fleury, 2008; Kates et al., 2010; Mitchell et al., 2012). Mitchell et al. (2012) affirment que les attentes, les fonctions, les responsabilités pour chacun des membres de l'équipe doivent être clarifiées afin d'optimiser l'efficacité et ainsi pouvoir accomplir davantage que la somme des parties impliquées. Ces auteurs soulignent que les professionnels de la santé possèdent différentes expériences, des connaissances, des habiletés et des standards de pratiques propres à leur discipline respective et qu'ils peuvent être influencés par les traditions, la culture et les normes de l'organisation pour laquelle ils travaillent. C'est pour cela qu'il est essentiel que les membres d'un collectif de travail développent une profonde compréhension et un respect des rôles et responsabilités spécifiques à chacune des professions afin de maximiser le soutien susceptible de favoriser l'accomplissement des objectifs partagés par le collectif.

La loi 21 émet en quelque sorte le souhait que de légiférer sur les distinctions et les précisions des champs d'exercices des professionnels de la santé mentale contribue ainsi

à faciliter un travail de collaboration et l'exercice de la compétence collective dans des situations complexe. On retrouve ainsi une volonté de collaboration à l'intérieur des nouvelles descriptions des champs d'exercices des professions référant le professionnel à un partage des sphères d'intervention entre les professionnels compétents et à l'intervention interdisciplinaire lors des situations complexes.

En effet, la compétence collective et les pratiques de collaboration interdisciplinaires reposent également sur des conditions liées à une vision partagée, à des valeurs, à une organisation des soins et des services qui en assurent la mise en place, la viabilité et le développement. Plusieurs études récentes et validées reconnaissent la valeur et la portée des soins en collaboration (Kates et al., 2010). Au-delà des efforts de définition des compétences disciplinaires et des champs d'exercices, les études identifient des conditions de pratiques et des obstacles à la collaboration (Fleury, 2008; Kates et al., 2010; Mitchell et al., 2012). Ainsi, la distinction des champs d'exercices et l'octroi d'actes réservés à certaines professions ne peuvent que s'inscrire à l'intérieur d'un ensemble d'éléments favorisant la compétence collective et compte tenu de la diversité des niveaux d'implications, ceux-ci ne peuvent à eux seuls engendrer une collaboration efficace.

Au terme de notre exploration de la documentation, nous sommes d'avis que la définition et le partage des compétences disciplinaires constituent des conditions essentielles, mais non suffisantes pour passer des compétences individuelles

disciplinaires à une collaboration interdisciplinaires et à des soins et des services intégrés dans des problématiques complexes telles celles que l'on retrouve en santé mentale. C'est la conclusion qui apparait la mieux soutenue par les écrits récents et validés. La clarification de rôles constitue en quelque sorte un préalable essentiel pour le fonctionnement des équipes et la collaboration interprofessionnelle.

Or, cette condition pourtant fort importante s'inscrit elle-même dans un contexte plus large. Les écrits provenant du domaine du développement organisationnel démontrent une grande sensibilité non seulement aux pratiques d'intervention, mais à l'organisation des contextes et aux modalités de gestion pouvant soutenir l'intelligence collective. À titre d'exemple, les auteurs du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme (2010) et les auteurs du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RUIS, 2010) identifient des conditions touchant le leadership clinique, le leadership administratif, la résolution de conflits interprofessionnels, les critères de références et la clarification des rôles comme des facteurs incontournables d'un contexte favorable aux pratiques de collaboration.

L'atteinte de l'équilibre dans la conciliation d'une organisation suffisante et la souplesse permettant une marge de manœuvre locale, de la créativité et des ajustements à des réalités, des ressources et des contraintes spécifiques constituent un enjeu crucial et délicat dans la favorisation de la compétence collective et d'une collaboration efficace. C'est à l'intérieur de cette dynamique que la loi 21 s'insère et aspire à favoriser la

collaboration interdisciplinaire vers l'atteinte de la compétence collective. Est-ce qu'elle possède la souplesse nécessaire afin que son application puisse s'adapter à cette panoplie de contextes à la fois différents, évolutifs et complexes? La loi 21 facilitera-t-elle le passage de la compétition à la coopération entre les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale? En matière de compétences collectives, bien des défis demeurent d'actualité. Le passage du discours à la pratique est à peine amorcé.

# Conclusion

Dans le cadre de cet essai, nous cherchions à savoir dans quelle mesure la distinction des professions mène à l'exercice d'une compétence collective. Puisque les compétences collectives intéressent plusieurs disciplines, la documentation consultée s'est avérée dense et variée. Ainsi, l'examen des travaux de plusieurs champs distincts incluant la sociologie des professions, les documents législatifs historiques encadrant les professions, la littérature concernant l'approche par les compétences, les derniers changements du Code des professions, la science de la complexité, les compétences collectives et la collaboration interprofessionnelle furent nécessaires afin de se positionner sur cette question. Les informations obtenues mettent en relief que la distinction et la clarification des rôles sont essentielles, mais non suffisantes afin de passer des compétences individuelles disciplinaires aux compétences collectives. La loi 21 apparait se positionner dans le meilleur des cas comme une partie de la solution visant la facilitation du travail de collaboration entre les professionnels du milieu de la santé mentale.

Effectivement, le travail de collaboration entre professionnels s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large que la distinction des champs de pratique. Que se soit dans le domaine de la santé mentale ou à l'intérieur d'autres domaines complexes, plusieurs facteurs demeurent au cœur des questionnements et sont nécessaires dans l'analyse de la collaboration entre professionnels. Ainsi, outre la clarification des rôles professionnels,

plusieurs éléments demeurent importants dans l'atteinte des compétences collectives. Des défis comme le leadership clinique, le leadership administratif, l'arrimage de la gestion et de la clinique, la formation des professionnels à la collaboration et la résolution de conflits interprofessionnels à l'intérieur des équipes de travail constituent des éléments essentiels à approfondir dans l'articulation du passage des compétences individuelles vers les compétences collectives.

De plus, nous retrouvons d'importants défis sur les façons mêmes de réfléchir la compétence. En effet, les organisations et la recherche tendent à organiser les éléments d'une situation afin de les analyser alors que l'émergence de la compétence collective nécessite une certaine souplesse de la structure combinée à une liberté d'action. Déjà à l'intérieur des travaux nous retrouvons des listes de facteurs favorisant l'émergence de la compétence collective ou de la mise en place d'une collaboration efficace. Ces listes ne peuvent toutefois constituer une recette d'ingrédients à la compétence collective. Ainsi, un facteur favorable dans un contexte de travail donné pourrait s'avérer défavorable dans un département d'apparence semblable, ailleurs, en raison des individus qui y travaillent, de l'historique de l'endroit, des particularités de la gestion clinique et administrative locale et d'une foule d'autres facteurs allant jusqu'à la proximité des bureaux. C'est l'aspect combinatoire des facteurs qui mène ou non à la compétence collective. Ainsi, il n'existe pas de standardisation possible de modèle performant de la compétence collective ce qui pourrait dans certains cas pousser à la fois les organisations et une

partie de la recherche à innover à partir des bases sur lesquelles s'appuient historiquement leurs réflexions.

Parmi les nombreuses questions qui demeurent concernant l'évolution des compétences individuelles vers les compétences collectives nous terminons sur celles-ci. Les organisations et la recherche seront-elles en mesure de ne pas succomber à l'objectif et/ou à l'implantation du modèle unique de collaboration optimale? Est-ce que les structures sur les plans organisationnels et de la recherche pourront s'articuler avec suffisamment de souplesse afin de se trouver sur la même page que les situations complexes en constante évolution?

Rapport-Gratuit.com

# Références

Abbott, A. (2001). *Times Matters: on theory and method*. Chicago: University of Chicago Press.

Aubret, J., Gilbert, P., & Pigeyre, F. (2002). *Management des compétences : réalisations, concepts et analyses*. Paris : Dunod.

Bataille, F. (1999). *Compétence collectives et management des équipes opérationnelles : une étude longitudinale de Philips Consumer Communication*. (Thèse de doctorat inédite). Département des sciences de gestion, Université de Caen.

Bataille, F. (2001). Compétence collective et performance. *Revue de Gestion des Ressources Humaines,* (avril-mai-juin), 66-81.

Bindham, J., Johnson, S., Wright, S., Szmukler, G., Bebbington, P., Kuiper, W., & Thornicroft, G. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients and general practionners' views. *British Journal of Psychiatry, 171*, 169-174.

Bottger, P. (1984). Expertise and Air Time as bases of actual and perceived influence in problem-solving groups. *Journal of Applied Psychology, 69,* 214-221.

Bucher, R., & Strauss, A. L. (1961). Profession in process. *American Journal of Sociology, 66,* 325-334.

Carr-Saunders, A. M., & Wilson, P. A. (1928). *Profession: their organization and place in society*. Oxford: Clarendon Press.

Chédotel, F., & Pujol, L. (2009). De la compétence individuelle à la compétence collective : l'influence des processus d'identification sociale. Dans Didier Retour (Éd.), *Le carré de la gestion des compétences*. Vuibert : Collection de recherche AGRH.

Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: implications for vocational psychology. *International Journal of Education and Vocational Guidance, 9,* 101-110.

Commission Castonguay-Nepveu. (1970). *Les professions et la société : rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec : Éditeur Officiel du Québec.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Commission Rochon. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)*. Québec : Publications du Québec.

Conseil interprofessionnel du Québec. (2006). *Rapports annuels de l'Office des professions et du Conseil interprofessionnel du Québec : chronologie de 1965 à 2005*. Québec : CIQ.

Conseil interprofessionnel du Québec. (2007). *Le système professionnel du Québec*. Québec : CIQ.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Québec : CIHCPIS.

Craven, M., & Bland, R. (2006). Better practice in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 1-72.

Dejoux, C. (1998). Pour une approche transversale de la gestion des compétences, *gestions 2000*, (novembre-décembre), 15-31.

Delignières, D. (2009). *Complexité et compétences : un itinéraire théorique en éducation physique*. Paris : Éditions revue EPS.

Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Collin.

Dubois, M., & Retour, R. (1999). La compétence collective : validation empirique fondée sur les représentations opératoires de travail partagées. *Psychologie du travail et des Organisations, 5*(2), 225-243.

Dussault, R., & Borgeat, L. (1974). *La réforme des professions au Québec*. Québec : Office des professions du Québec.

Emmanuel, J. S., Mcgee, A., Ukouunee, O. C., & Tyrer, P. (2002). A randomized controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(6), 261-266.

Fleury, M. J. (2008). Santé mentale en première ligne. *Santé Mentale au Québec, 2*, 19-34.

Flexner, A. (1915). Is social work a profession? *School and Society, 1*, 26.

Gervais, M. (2013a). *La science de la complexité : un paradigme de gestion de la santé mentale à l'intérieur du système de santé*. Article 4. Commission de la santé mentale du Canada. Récupéré le 1er aout 2013 de www.mentalhealthcommission.ca/francais/documentation.

Gervais, M. (2013b). *La science de la complexité et les soins de collaboration en santé mentale : le point*. Article 5. Commission de la santé mentale du Canada. Récupéré le 1er aout 2013 de www.mentalhealthcommission.ca/francais/documentation.

Gouvernement du Québec. (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : rapport du comité d'expert.* Québec : Éditeur officiel du Québec.

Guilhon, A., & Trépo, G. (2000). *La compétence collective : le chainon manquant entre la stratégie et la gestion des ressources humaines,* Actes de la 9e conférence de l'AIMS à Montpellier. Repéré à http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2498-la-competence-collective-le-chainon-manquant-entre-la-strategie-et-la-gestion-des-ressources-humaines/download

Herman, H., Trauer, T., & Warnock, J. (2002). Professional liaison committee: Australia Project Team. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 36,* 75-80.

Hoegl, M., & Gemueden, H. G. (2001). Teamwork quality and the success of innovative projects: a theoretical concept and empirical evidence. *Organization Science, 12*(4), 434-449.

Hughes, E. C. (1994). *On work, race, and the sociological imagination*. Chicago: University of Chicago Press.

Institut national de santé publique du Québec. (2011). *L'approche par compétence : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Québec : Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Johnson, T. (1972). *Professions and power*. Londres: Macmillan.

Jouvenot, C., & Parlier, M. (2003). *Élaborer des référentiels de compétences : principes et méthodes*. Lyon : Éditions Réseau Anact.

Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., ... Turner, T. (1997). Shared mental health care in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 42,* 8-14.

Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., ... Audet, D. (2010). L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 56,* 1-12.

Krohmer, C. (2006). *Management des processus et construction de compétence collective : une étude de cas*. Paris : Harmattan.

Labruffe, A. (2003). *100 questions pour comprendre et agir les compétences*. Saint-Denis-la-Plaine : AFNOR.

Lane, D., & Maxfield, R. (1996). Strategy Under Complexity: Fostering Generative Relationships. *Long Range Planning*, *29(*2), 215-231.

Lang, F. H., Johstone, E. C., & Murray, G. D. (1997). Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner. *Bristish Journal of Psychiatry, 171,* 165-168.

Le Boterf, G. (2002). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences collectives*. Paris : Les Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2010). *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : quinze propositions*. Paris : Eyrolles.

Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Lipkin, M. (1997). Pulling together or falling apart. *Primary Psychiatry, 2,* 22-31.

Littlepage, G. E., & Mueller, A. L. (1997). Recognition and utilization of expertise in problem-solving groups: expert characteristics and behavior. *Group Dynamics, 1,* 324-328.

Locke, E. A., Tirnaeur, D., Robertson, Q., Goldman, B., Latham, M. E., & Weldon, E. (2001). The importance of the individual in age of groupism. Dans M. E. Turner (Ed.), *Groups at work: theory and research* (pp. 501-522). Mhawah: Lawrence Erbaum Associates.

Michaux, V. (2003). *Compétence collective et systèmes d'information : cinq cas de coordination dans les centres de contacts* (Thèse de doctorat inédite), Département des sciences de gestion. Université de Nantes.

Milliken, F. J., & Martins, L. L. (1996). Searching for common threads: understanding the multiple effects of diversity in organization groups. *Academy of Management Review, 21(*2), 402-433.

Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., ... Von Kohorn, I. (2012). *Core Principles and values of effective team-based health care*. Washington, DC: Institute of medicine of the national academies. Repéré à https://www.nationalahec.org/pdfs/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf.

Morgeson, F. P., Reider, M. H., & Campion, M. A. (2005). Selecting individuals in team settings: the importance of social skills, personality characteristic and teamwork knowledge. *Personnel Psychology, 58,* 583-611,

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF

Office des professions du Québec. (1976). *L'évolution du professionnalisme au Québec.* Québec : Office des professions du Québec.

Office des professions du Québec. (1999). *25 ans au service de sa mission de protection du public : Anthologie commémorative 1974-1999*. Québec : Office des professions du Québec.

Office des professions du Québec. (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Québec : Office des professions du Québec.

Perrenoud, P. (2001). *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle*. Genève : Université de Genève.

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal, 323,* 625-628.

Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *British Medical Journal, 323,* 746-749.

Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS). (2010). *Collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : définition des concepts et des compétences*. Québec : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.

Simons, T., Pelled, L. H., & Smith, K. A. (1999). Making use of difference: diversity, debate and decision comprehensiveness in top management teams. *Academy of Management Journal, 42*(6), 662-673.

Snowden, D. F., & Boone, M. E. (2007). A Leader's framework for decision making: wise executives tailor their approach to fit the complexity of the circumstances they face. *Harvard Business Review,* (novembre), 70-76.

Stevens, M. J., & Campion, M. A. (1994). The knowledge, skill, and ability requirements for teamwork: implications for human's resource management. *Journal of Management, 20*(2), 503-530.

Stroebel, C. K., McDaniel, R. R. Jr., & Crabtree, B. F. (2005). How complexity science can inform a reflective process for improvement in primary care practices. *Commission Journal on Quality Patient Safety, 31*, 438-446.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.

Trudeau, J. B., De Grandmont, S., Lafrance, L., & Poitras, L. (2007). La loi 90 : la force de l'interdisciplinarité : des connaissances et des compétences à partager. Dans M. J. Fleury, M. Tremblay., H. Nguyen, & L. Bordeleau (Eds), *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 263-272). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Webber, S. S., & Donahue, L. M. (2001). Impact of highly and less job-related diversity on work group cohesion and performance: a meta-analysis. *Journal of Management, 27*(2), 141-162.

Yung, A., Gill, L., Sommervile, E., Dowling, B., Simon, K., Pirkis, J., ... Burgess, P. (2005). Public and private psychiatry: can they work together and is it worth the effort? *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 39,* 67-73.

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence : trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Paris : Éditions Liaisons.

Zimmerman, B. (2011). How complexity science is transforming healthcare. Dans P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Eds.), *The SAGE handbook of complexity and Management* (Part III: Interfaces). Londres: SAGE.