

Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnels de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ?

Liliane Staffoni^{1,2}, Veronika Schoeb^{1,3}, David Pichonnaz^{1,4}, Camille Bécherraz^{1,5}, Isabelle Knutti^{1,6}, Monica Bianchi^{7,8}

Cette recherche d'envergure nationale, financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (2016-2018), est consacrée à la collaboration interprofessionnelle dans les institutions de soins au sens large. Elle fait suite à un autre projet FNS qui se concentrait sur la prise de décision collaborative (entre professionnels et avec les patients) au sein de centres de réadaptation (2012-2014). Le projet actuel s'intéresse, d'une part, aux facteurs facilitant et faisant obstacle à la collaboration interprofessionnelle, et, d'autre part, aux interactions entre professionnels dans le cadre de pratiques collaboratives (que celles-ci soient formalisées dans le cadre de colloques, visites ou co-thérapies, ou plus informelles).

1. Méthodologie et données

La démarche adoptée est comparative : sont intégrés à l'étude des institutions et des domaines de soins variés (soins aigus et intensifs, maladies chroniques, réadaptation, gériatrie, handicap). Une combinaison de données qualitatives (récoltées par entretiens semi-directifs, observation directe et enregistrements vidéo) permet d'identifier les facteurs facilitant (approche macro-sociale) et d'observer par quels mécanismes ces facteurs contribuent à façonner les pratiques collaboratives (en quoi et comment ces facteurs sont facilitants, approche micro-sociale).

Dans une première étape de cette recherche (durée : 8 mois), nous avons effectué 10 entretiens, certains individuels, d'autres collectifs avec, d'une part, des formateurs et experts en pratique collaborative au sein des trois régions linguistiques en Suisse (principalement en Hautes écoles spécialisées mais également à l'Université) et, d'autre part, des professionnels de terrain engagés au sein d'institutions pratiquant un degré élevé d'interprofessionnalité (N = 35 individus interrogés au total). Nous présentons ici les premiers résultats de cette étape, basé sur une analyse de contenu des entretiens effectués. La deuxième étape, basée sur l'observation et l'enregistrement vidéo de situations de pratiques collaboratives, permettra une analyse mirco-sociale des interactions grâce aux outils et méthodes de l'Analyse Conversationnelle.

¹ Haute école de santé Vaud (HES-SO)

² Requérante principale, Physiothérapeute, MSc Psychologie

³ Co-requérante, Physiothérapeute, MSc Health Care Administration, PhD Sociology & Social Policy

⁴ Chef de projet, Lic. Sciences sociales, MA Sciences sociales, PhD Sociologie

⁵ Assistante de recherche, BA Lettres, MA Sciences sociales

⁶ Assistante de recherche, Physiothérapeute, MSc Physiothérapie

⁷ University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland (SUPSI)

⁸ Collaboratrice scientifique, Dipl. Nursing, MSc Nursing Sciences, PhD candidate Nursing Sciences

2. Interprofessionnalité : un concept ancré dans l'action

Selon la définition officielle s'étant imposée internationalement, les pratiques collaboratives « se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins »⁹. Le caractère tautologique de cette phrase (« les pratiques collaboratives se produisent lorsque les acteurs collaborent ») est un indice important de la difficulté de définir cette notion. Les entretiens que nous avons conduits confirment cette difficulté et montrent qu'elle découle du fait que la collaboration n'est pas une fin en soi, mais un moyen visant à atteindre des objectifs qui, eux, peuvent plus aisément être définis (la qualité des soins, combler la pénurie de professionnels de la santé, optimiser les soins, effectuer des économies financières). En ce sens, la collaboration interprofessionnelle est un concept intrinsèquement ancré dans l'action, qui dès lors se laisse plutôt définir, d'une part, par les facteurs (humains et organisationnels) la facilitant (point 3 ci-après) et, d'autre part, par les moyens et les outils permettant de la mettre en œuvre (point 4 ci-après).

3. Facteurs facilitant la collaboration et domaines de l'interprofessionnalité

Nous présentons ici une partie de nos résultats, et distinguons pour cela trois groupes de facteurs pouvant favoriser la collaboration interprofessionnelle : ceux relevant des pathologies, problématiques ou des types de patients impliqués (3.1) ; ceux relevant du contexte organisationnel (3.2) ; et ceux découlant des spécificités des professionnels impliqués. En réalité, ces groupes de facteurs se recoupent, et sont fortement interdépendants. Pour analyser et donc mieux comprendre les leviers ou les obstacles à la collaboration, il convient cependant de les distinguer. La recherche vise ici à compiler une liste de facteurs qu'il s'agit de considérer non pas comme *déterminant* mais comme *facilitant*. En outre, l'objectif étant de dresser un panorama large, nous visons ici à relever des tendances générales plutôt qu'à décrire des cas particuliers.

3.1. Patients et pathologies

En ce qui concerne les types de pathologies, de problématiques ou de patients à traiter, le facteur apparaissant comme le plus déterminant est la *complexité* des cas. La collaboration naît souvent de la nécessité de traiter des patients présentant des pathologies complexes, des polymorbidités, des symptômes incohérents ou inexplicables, ou encore des problématiques inattendues. De ce fait, tant la gériatrie que les urgences ou les soins intensifs, ainsi que l'oncologie, sont très souvent évoqués dans les entretiens comme étant des domaines de prédilection de la collaboration interprofessionnelle. Pour les urgences et les soins intensifs, la fréquence des situations difficiles, urgentes et donc stressantes apparaît comme un facteur favorisant la cohésion des équipes, ce qui peut renforcer la collaboration. La complexité peut également naître de la nécessité de prendre en charge des patients récurrents ou présentant des problématiques psycho-sociales associées (troubles de santé mentale, dépendance, marginalité, troubles psychosomatiques). C'est le cas en particulier de domaines tels que la psychiatrie, l'antalgie et la gériatrie, ou encore le monde du polyhandicap, ainsi que tout ce qui relève de la réadaptation, en raison de la nécessité de tenir compte du réseau social des patients et de l'éventuelle prise en charge à domicile. Finalement, la complexité peut naître des dilemmes éthiques posés par certaines situations. Lorsque des décisions difficiles doivent être prises, la collaboration apparaît comme étant davantage probable. Sont en particulier touchés les domaines des soins palliatifs et, à nouveau, de la gériatrie. La complexité technique n'est quant à elle pas évoquée par les personnes interviewées comme étant un facteur favorisant l'interprofessionnalité. Au contraire, puisqu'elle est toujours corrélée à une forte spécialisation des professionnels, en particulier des savoirs médicaux, elle apparaît aux acteurs interrogés comme étant davantage un frein à la collaboration.

⁹ Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique (2013) *Rapport du groupe thématique 'Interprofessionnalité'*, Liebefeld, 28.10.2013.

Parallèlement à la complexité des situations, deux domaines des soins particuliers, souvent opposés, se rejoignent néanmoins en ce qu'ils sont décrits comme étant favorables à l'interprofessionnalité pour d'autres raisons : le domaine des urgences et des soins intensifs d'une part, celui des troubles chroniques d'autre part. Ces deux domaines font intervenir les différentes modalités de complexité présentées ci-avant mais possèdent par ailleurs des caractéristiques propres susceptibles de favoriser la collaboration. En ce qui concerne les urgences et les soins intensifs, c'est la nécessité d'être efficace *rapidement* qui suppose au minimum une excellente coordination, elle-même favorable à la collaboration. Pour les soins chroniques, c'est au contraire la temporalité plus *lente*, qui rend possible un plus haut degré d'interprofessionnalité.

Finalement, dans le parcours des patients, les moments de transition ou les changements dans la prise en charge, en particulier les retours à domicile après un traitement de réhabilitation, sont propices à une prise en charge interprofessionnelle.

3.2. Contexte organisationnel

En ce qui concerne les facteurs relevant du contexte organisationnel, la *diversité* des professions étant en contact au sein d'une unité ou d'un service apparaît comme un facteur rendant plus probable la collaboration. Celle-ci n'en est bien sûr pas garante : elle constitue cependant un terrain favorable puisqu'elle peut pousser les professionnels à discuter de leurs rôles respectifs. La *spécialisation de l'équipe* peut également jouer en faveur de l'interprofessionnalité : lorsque les membres de différentes professions sont confrontés les uns avec les autres lors de leurs formations post-grades, les chances de collaboration sont plus élevées. Le domaine de l'anesthésie, dans le cadre duquel la collaboration entre médecins et infirmiers spécialisés est optimale, a été souvent mentionné dans les entretiens. En parallèle, le *nombre de patients* ou la *taille* des institutions ou des services, lorsqu'ils sont faibles, favorisent les connaissances interpersonnelles et donc la collaboration. C'est également le cas de la *stabilité des équipes*. Un turn-over important réduit en effet les chances que les membres du personnel se connaissent mutuellement. Finalement, la *transversalité* joue en faveur de la collaboration : les équipes jouant le rôle de consultant auprès des différents services, travaillant au sein de réseaux extensifs ou recevant des patients affiliés à différentes unités sont décrites comme étant plus promptes à développer de l'interprofessionnalité. C'est le cas par exemple des domaines de l'antalgie post-opératoire, des équipes mobiles de soins palliatifs ou encore des unités de chirurgie septique.

3.3. Les professionnels

Parmi les facteurs facilitant la collaboration interprofessionnelle, il y a finalement les propriétés individuelles des professionnels de santé. Il s'agit d'abord des valeurs portées par les individus et de leurs caractéristiques personnelles. Les entretiens montrent que celles-ci peuvent être nombreuses, puisque ont été mentionnés : le respect, la tolérance, la solidarité, la bienveillance, l'estime (de soi et des autres), l'empathie, l'humilité, la sagesse, l'ouverture (d'esprit), la curiosité, ou encore la capacité d'adaptation. En ce qui concerne les propriétés des individus, l'on peut relever un paradoxe que les entretiens ont permis de mettre au jour : celui qui concerne le degré d'ancienneté des professionnels. L'ancienneté, et l'expérience accumulée qui lui est associée, apparaît en effet comme un facteur pouvant tout autant favoriser que freiner la collaboration interprofessionnelle. En effet, l'expérience solidifie l'expertise, et donc la confiance du professionnel en ses propres compétences. Elle est dès lors un facteur favorisant, tant l'on sait que la fragilité de cette confiance est un frein à la collaboration. En effet, l'ouverture à l'échange – et donc à la collaboration – suscite une forme de mise en danger, de par la possibilité d'une remise en question des pratiques habituelles. Mais en même temps, l'expérience longue « installe » les professionnels dans un rôle et une routine qui, dès lors, sont plus difficiles à modifier pour tenir compte des apports et compétences des autres, ce qui peut alors constituer un frein à la collaboration.

4. Les moyens et outils de la collaboration

Parmi les personnes interrogées, plusieurs ont mentionné l'importance de la réflexivité des professionnels sur leur pratique comme outil permettant de mieux collaborer. En ce sens, la créativité, l'innovation et, pour certains, le fait de sortir des guidelines habituelles peut être un outil central d'interprofessionnalité. Et bien que les entretiens effectués indiquent en outre que la collaboration se déroule fréquemment lors de moments informels, nous allons évoquer ici trois moyens formels qui nous semblent au cœur des interrogations actuelles à propos de l'interprofessionnalité : les colloques interprofessionnels (4.1) ; les dossiers patients informatisés (4.2) et l'architecture physique des institutions (4.3).

4.1. Colloques interprofessionnels

Les entretiens indiquent que l'on peut agir sur les colloques interdisciplinaires ou interprofessionnels selon trois axes différents. Le premier concerne sa composition : s'il apparaît comme une évidence qu'il doit réunir toutes les professions impliquées auprès du patient, chacune peut être représentée par un porte-parole, qui n'occupe pas forcément une fonction de cadre au sein de sa profession. En ce sens, ce sont davantage les savoirs et les compétences spécifiques à chaque profession, et la perspective qui en découle, qui se doivent d'être représentées au sein du colloque. Le deuxième axe concerne la gestion et l'animation des colloques. Si certaines des personnes interrogées estiment qu'il appartient au médecin d'occuper un rôle de leader en leur sein, d'autres estiment que l'interprofessionnalité suppose la possibilité d'un modérateur « flottant ». Selon des critères qui peuvent être spécifiques à chaque domaine de soin, ce sont dans cette perspective le savoir et les compétences spécifiques des professionnels qui, en fonction de la problématique du patient, déterminent qui prend le rôle de modérateur¹⁰. Dans tous les cas, ce rôle est essentiel pour favoriser les échanges et éviter une simple transmission d'informations. Finalement, le troisième axe concerne l'implication du patient¹¹ dans les colloques, dont la présence physique pose un certain nombre de problèmes. Une solution proposée consiste en la création de fonctions de « personnes-relais » au sein des professionnels des soins, ayant pour mandat de faire le lien entre le patient et ce qui est discuté au sein des colloques. Idéalement, il s'agirait du professionnel étant le plus proche du patient, peu importe sa profession.

4.2. Outils technologiques : les dossiers informatisés

Un autre outil étant au cœur des questions de collaboration est celui du dossier informatisé du patient¹². Les outils technologiques constituent à n'en pas douter un outil puissant de collaboration, principalement en ce qu'ils favorisent une bonne communication. Il apparaît cependant que la réflexion autour des avantages et promesses des outils technologiques ne doit pas être dissociée d'une prise en compte de ses *usages*. En effet, bien que les dossiers patients informatisés permettent aux différents professionnels de centraliser les informations à propos du patient dans un seul et même document, il semble que dans la plupart des institutions, la quantité d'information consignée dans ce dossier tend davantage à leur donner une fonction d'archivage que de partage. La difficulté de l'accès aux informations utiles, ainsi que le langage et la logique de saisie spécifiques à chaque profession sont autant de freins à un usage efficient de cet outil. Les personnes interrogées relèvent ainsi que, dans de nombreuses situations, l'accès le plus rapide à l'information reste le contact direct (souvent téléphonique), bien que les informations échangées se trouvent de fait consignées dans le dossier informatisé.

¹⁰ Cf. point 3 de la Charte ASSM

¹¹ Cf. point 1 de la Charte ASSM

¹² Cf. point 7 de la Charte ASSM

4.3. Les éléments spatiaux

Finalement, l'agencement de l'espace constitue un outil important en faveur de la collaboration, en particulier lorsqu'il rend plus probable les rencontres entre membres de différentes professions. À ce sujet, plusieurs possibilités émergent de nos entretiens : le partage d'une pièce commune (de type « open-space »), la mise en place d'un desk ou d'autres zones d'échanges où les professionnels se rendent régulièrement, ou la création d'une salle d'attente commune à différentes unités. En outre, les moments informels, tels que le partage des repas ou d'activités extra-professionnelles sont également cités comme favorables au développement d'une collaboration interprofessionnelle.

En résumé, la première étape de cette recherche a permis, d'une part, d'identifier et de lister une série de facteurs favorisant la collaboration interprofessionnelle, relevant des patients de leurs pathologies, de la structure organisationnelle, ainsi que des traits de personnalité et propriétés des professionnels. D'autre part, nous avons pu consigner différents outils et axes d'amélioration permettant de développer la collaboration professionnelle en pratique, en particulier en ce qui concerne les colloques, les dossiers informatisés des patients et l'organisation spatiale. Ces premiers résultats devront être confrontés à l'observation du travail au sein d'institutions de soins dans les trois régions linguistiques de Suisse, qui permettra de les préciser et de les nuancer. La seconde phase de recherche a en effet pour but d'élargir la liste des facteurs favorisant et d'observer comment les outils identifiés sont utilisés en pratique, et avec quels effets.



Liliane Staffoni
Physiothérapeute



David Pichonnaz
Sociologue