



HAL
open science

Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire

Michèle Kosremelli Asmar, Frédéric Wacheux

► **To cite this version:**

Michèle Kosremelli Asmar, Frédéric Wacheux. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Conférence Internationale en Management, Feb 2007, Beyrouth, Liban. pp.57-75. halshs-00170357

HAL Id: halshs-00170357

<https://shs.hal.science/halshs-00170357>

Submitted on 7 Sep 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire

Frédéric Wacheux, est Professeur en Sciences de Gestion à l'Université Paris Dauphine, CREPA Université Paris Dauphine, 75775 PARIS CEDEX 16, France, frédéric.wacheux@dauphine.fr

Michèle Kosremelli Asmar, est doctorante au CREPA, Université Paris Dauphine et est Chargée d'enseignement et de recherche à l'Institut de Gestion de la Santé, Université Saint-Joseph, Liban Institut de gestion de la santé et de la protection sociale, Campus des sciences médicales, rue de Damas B.P. 11-5076 Riad el Solh Beyrouth 1107 2180, Liban michèle.asmar@usj.edu.lb

Résumé

Les établissements de santé se trouvent confrontés à une remise en question de leurs modes de fonctionnement. Les changements économiques, socio-démographiques et technologiques actuels exercent des pressions pour une transformation majeure en faveur d'une plus grande intégration des services offerts. Ceci constitue un énorme défi pour le système de soins. L'extrême complexité structurelle des hôpitaux et les enjeux auxquels ils sont confrontés rendent obsolètes les structures actuelles d'organisation et de fonctionnement souvent héritées de leur histoire. De nouveaux modèles de pratique professionnelle favorisant le décloisonnement devraient être envisagés. En effet, l'impact d'une collaboration plus étroite entre les professionnels de la santé se situe à quatre niveaux : les patients, les professionnels, l'organisation et le système (D'Amour et Oandasan, 2005).

Cet article se concentrera sur l'importance et les déterminants influençant la collaboration interprofessionnelle dans les hôpitaux. Ces éléments seront présentés à partir d'une revue de la littérature et du travail de terrain. La collaboration interprofessionnelle sera étudiée selon une méthodologie qualitative basée sur l'étude de cas et ce, à deux niveaux au sein d'un hôpital universitaire au Liban : 1- autour du patient hospitalisé dans les unités de soins et 2- au sein de comités interprofessionnels dans l'institution.

Mots clés: collaboration interprofessionnelle, hôpitaux, méthodologie qualitative, étude de cas

Introduction

“Collaborative care experiments have been situated in a wide spectrum of structural and physical settings, yet one element clearly stands out: every institution, manager and health professional faces major challenges in finding better ways to work together” (D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, & Beaulieu, 2005) .

Au sein d'une organisation, « *La plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes* » (Romelaer, 2002) . Concertation et coordination ne peuvent donc se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs concernés. (Friedberg, 1993) , ne pose-t-il pas la construction de la collaboration entre les personnes comme la question centrale de toute organisation ?

La collaboration interprofessionnelle est un concept important pour les organisations quelle que soit leur nature. Dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans les hôpitaux ce concept prend une importance particulière si l'on considère que la dispensation des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels. Le colloque singulier qui existait encore il y a quelques années est devenu pluriel. Les médecins, seule autorité auprès du patient, font dorénavant partie d'équipes ou des réseaux où des professionnels (infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, administratif, gestionnaire,...) multiples et variées se côtoient de très près avec « *une cohérence et des points de vue souvent variables*

nécessitant pourtant l'unicité des choix et des explications » (Guiraud-Chaumeil, 2000a) . Ainsi, les différentes cultures professionnelles qui existent dans les établissements de santé sont marquées par l'identité associée à la profession mais aussi par les enjeux et autres convoitises liées au pouvoir. Elles se différencient par des approches différentes de la prise en charge des patients qui découlent probablement de la manière isolée dont a lieu le développement et la formation de chacune des professions.

Or, le milieu hospitalier, défini comme une bureaucratie professionnelle, est l'une des organisations la plus complexe de la société occidentale (Glouberman & Mintzberg, 2001a, Glouberman & Mintzberg, 2001b) qui se caractérise par une double hiérarchie l'une médicale et l'autre administrative; De plus, la nature de l'activité de soins, la multiplicité des intérêts des différents groupes de professionnels et le cloisonnement de ces derniers à l'intérieur de silos professionnels génèrent à leur tour des frontières intra et inter organisationnelles et une certaine fragmentation des soins qui ne permet plus de répondre de manière satisfaisante aux besoins des patients et aux valeurs préconisées par tout système de santé soit, qualité, équité, pertinence et efficience.

Un grand nombre d'établissements de santé, continuent à s'attacher à des modalités d'organisation et de fonctionnement traditionnels héritées de leur histoire. Ces modalités, bien que profitable en leur temps ne permettent plus de répondre actuellement aux enjeux actuels qui sont de générer de « *nouvelles capacités collectives* » correspondant à la découverte, la création ou l'acquisition de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement et apprentissage collectif, indispensables pour contrer la rigidité organisationnelle intrinsèque à la plupart des organisations de santé (Crozier & Friedberg, 1977) . Ceci constitue un énorme défi pour le système de soins

Dans un tel contexte, l'attention portée actuellement aux hôpitaux semble être propice compte tenu de la pression et des changements que vivent les hôpitaux de par le monde. Ces changements ont des implications importantes sur la manière dont les soins seront dispensés, puisque de nouveaux types de soins nécessitent de nouvelles configurations des bâtiments, des ressources humaines aux compétences différentes et de nouveaux modes de travail. Par ailleurs, les tentatives récentes de réformes, visant l'amélioration des systèmes de santé, ont surtout mis l'emphase sur les composantes macro-structurelles et plus particulièrement sur le financement de ces systèmes au détriment des composantes micro-structurelles. Les changements dans les structures hospitalières ont jusque-là été minimes, de nature ad hoc et ont émergées comme des effets secondaires d'autres réformes (Jakab, Preker, & Harding, 2002) . Par conséquent, les hôpitaux sont appelés à s'adapter à l'interne et surtout d'accorder une plus grande place à l'innovation. Il devient donc impératif d'envisager de nouvelles approches pour réduire la fragmentation croissante dont souffrent les services de santé et qui handicapent significativement une démarche cohérente pour davantage de qualité et d'équité (Boelen, 2000) . La création de valeur ne pourra se réaliser tant que les différents professionnels ne seront pas prêts à collaborer et à se coordonner pour permettre une meilleure prise en charge des patients. La collaboration interprofessionnelle semble être une approche novatrice face aux schémas classiques d'organisation du travail.

Nous nous proposons dans un cadre qui dépasse l'objectif de cet article d'étudier le concept de collaboration interprofessionnelle dans un hôpital universitaire au Liban. La pertinence d'une telle étude s'explique par le fait qu'il n'existe à notre connaissance aucune étude à date qui a traité ce sujet au Liban. Par ailleurs, les changements actuels que subit le secteur de la santé libanais, tels que la mise en place du système d'accréditation, l'amélioration du système de financement, la rationalisation des coûts, imposent de trouver de nouvelles façons de faire surtout au niveau de l'organisation du travail. Les professionnels sont appelés, de plus en plus, à partager avec d'autres professionnels de leurs disciplines ou de disciplines différentes pour traiter de problèmes complexes liés à la santé des patients, à l'administration de l'organisation ou à l'utilisation d'une nouvelle technologie. Si l'hypothèse est que, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire comme pratique, alors il devient impératif d'avoir une compréhension approfondie de ce phénomène, d'où l'importance d'une telle étude.

Cet article vise :

- A définir le concept de collaboration interprofessionnelle dans le contexte particulier du secteur de la santé et plus particulièrement à l'hôpital,

- A présenter une revue de littérature et les différents modèles existants,
- A identifier les déterminants de la collaboration interprofessionnelle.

Par professionnel nous entendons toute personne cadre, qu'elle appartienne au groupe de gestionnaire, de médecins, d'infirmières ou des professions paramédicales (pharmacien, psychologue, physiothérapeute,...). Il s'agit d'une personne porteuse d'une culture professionnelle et organisationnelle qu'elle tente de faire prévaloir dans son milieu de travail.

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une thèse en gestion qui est actuellement en cours et dont l'architecture sera comme suit :

- une première partie portera sur une revue de littérature et les bases théoriques qui sous-tendent le concept à l'étude,
- une deuxième partie présentera le cadre qui guidera notre étude
- une troisième partie justifiera la méthodologie choisie dans le cadre de la thèse
- la conclusion qui comportera les limites et les contributions potentielles théoriques et managériales

1. Revue de littérature

1.1 Les différentes définitions de la collaboration interprofessionnelle

La collaboration est un phénomène complexe dont les définitions restent très vagues et variables. Le domaine de la santé semble avoir été le pionnier dans la reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle comme mode d'intervention auprès de la clientèle. Plusieurs auteurs ont fait part d'expériences intéressantes dans divers secteurs tels que la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées, les soins mentaux et les soins de santé primaires. Ces expériences se sont le plus souvent concentrées sur deux ou au plus trois professions, principalement les médecins, les infirmières et les pharmaciens (Gilbert, 2005).

Un des éléments principaux d'une approche collaborative, consiste à identifier un langage commun. Les définitions utilisent une variété de terme pour représenter les relations entre les professionnels de disciplines différentes qui offrent des services simultanés à une même clientèle. Ces définitions n'ont pas toujours été définie clairement ou de manière homogène (Fortier, 2004) ; elles font cependant le plus souvent référence à la collaboration interdisciplinaire (Henneman, Lee, & Cohen, 1995) . Dans la littérature, les termes « interdisciplinaire » et « interprofessionnelle » sont souvent utilisés de manière interchangeable bien que la tendance consiste à privilégier ce dernier sans qu'il n'y ait pour autant d'explication claire. Nous utiliserons tout au long de cet article le terme « interprofessionnelle ».

Les préfixes « multi » et « inter » sont aussi utilisés de manière interchangeable. La distinction peut être numérique, territoriale, épistémologique ou lié au statut. (Nolan, 1995) , considère ce flou dans les territoires professionnels comme étant l'une des caractéristiques principales de la collaboration interprofessionnelle : « celle-ci bien que ne niant pas l'importance de compétences spécifiques, tend à brouiller les territoires professionnels et requièrent confiance, tolérance et volonté à partager la responsabilité » (p. 306). Selon (MacIntosh & McCormack, 2001) , le préfixe « multi » associé aux termes « disciplinaires » et « professionnelles » réfère aux membres d'une équipe qui fonctionne en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte d'un objectif, avec très peu de communication. Ces mêmes auteurs décrivent le préfixe « inter » comme un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun. La notion de synergie est omniprésente et constitue souvent une caractéristique des équipes interdisciplinaires/interprofessionnelles. Selon (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999) , les membres d'une équipe interdisciplinaire « ouvrent les frontières de leurs territoires » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités. Les chercheurs discutent de l'importance de sélectionner des équipes avec des aptitudes et des personnalités adéquates. Mais, la réalité de la pratique est telle que le professionnel avec qui il

faut collaborer n'est pas toujours celui que l'on souhaiterait ; Il est souvent celui qui est disponible au moment où la collaboration devient nécessaire (Headrick, Wilcock, & Bataden, 1998) .

Les écrits fournissent plusieurs définitions de la collaboration qui se traduisent généralement par la notion de construction d'une action collective (Friedberg, 1993) . Le terme « collaboration » vient du latin *cum laborare* signifiant « travailler avec ». En termes conceptuels, ceci signifie que le concept est mieux compris lorsque utilisé comme verbe, conséquence de la coopération de deux ou plusieurs acteurs. Par ailleurs, la collaboration interprofessionnelle est aussi définie en terme de processus dynamique Elle peut être perçue comme « *un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant* » (Fourez, 2001) .

La collaboration est aussi considérée synonyme de plusieurs autres modes d'interaction ou de résolution de conflits (Henneman *et al.*, 1995) . En effet, certaines définitions sont énoncées en lien avec des concepts associés dont les plus cités sont le partage, le partenariat, l'interdépendance, le pouvoir et les processus et qui sont au cœur même de la collaboration. D'autres définitions sont formulées à partir du contexte humain dans lequel se développe la collaboration, soit, les équipes. Nous nous arrêterons à deux idées principales : le pouvoir et les équipes.

Le pouvoir occupe une place importante dans le contexte hospitalier puisqu'il émane surtout des connaissances et de l'expertise des professionnels plutôt que des fonctions. Certaines professions bénéficient par tradition d'une suprématie qui leur permet de se positionner au dessus des règles de fonctionnement adoptés. Ce pouvoir est considéré comme étant partagé par les membres de l'équipe (Henneman *et al.*, 1995) et ne peut être l'apanage d'une seule profession compte tenu qu'aucune profession ne peut plus prétendre répondre à elle toute seule à tous les besoins de la personne.

Le concept d'équipe décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe. Il est postulé que les équipes qui collaborent seront plus aptes entre autres « *à composer avec la complexité des soins et à coordonner et répondre aux besoins de la population* » (IOM, 2001) . Dans le monde de la santé, l'application du concept d'équipe n'est pas chose évidente. Les formes d'équipes sont infinies. Elles peuvent être des équipes de soins, des équipes administratives ou mixtes. Dans le cas des équipes de soins, celles-ci varient non seulement avec chaque type de service mais même avec chaque service. Elles varient aussi selon qu'il s'agisse d'une équipe de jour ou de nuit et selon les roulements de travail. Par conséquent, les membres d'une équipe de soins qui évoluent autour d'un patient ne sont pas constants. Les équipes administratives quant à elles semblent plus stables.

La collaboration reste difficile à réaliser parce qu'elle représente des changements radicaux et implique des coûts de transaction et des risques très élevés ainsi qu'un investissement en temps, énergie et attention en raison des différentes perspectives mises en avant par les disciplines (Lindeke & Block, 1998) . Le chevauchement entre processus d'équipe et de groupe est lié à la nature de la collaboration comme processus de développement. Malgré le flou qui réside autour de la définition et les difficultés de la réalisation de la collaboration, ce concept est recherché comme un moyen d'amélioration des relations au travail et des résultats de santé des patients. Cependant, l'absence de clarté a comme conséquence une utilisation inappropriée du concept.

Compte tenu des nombreuses définitions qui existent, il devenait important d'en choisir une qui nous apparaissait la plus générique. Nous avons donc retenu la définition proposée par D'Amour (1997) soit, la collaboration interprofessionnelle est :« *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* » (D'Amour, 1997) . Elle consiste aussi en « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures* »

englobantes. Cette définition tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus insiste aussi, sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail.» (D'Amour, 1997) .

1.2 Les facteurs déterminants de la pratique en collaboration interprofessionnelle

La pratique en collaboration interprofessionnelle est influencée par des éléments externes à l'organisation (facteurs macro), des éléments propres à l'organisation (facteurs méso) et des éléments propres aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe (facteurs micro). Ceci en fait un concept complexe. Ces déterminants peuvent être définis comme des éléments clés du développement et du renforcement de la collaboration au sein des équipes. Ils peuvent aussi expliquer, en partie, la difficulté à promouvoir la pratique en collaboration interprofessionnelle.

Selon D'Amour et al., (2004), la majorité des publications relatives aux déterminants se basent sur des approches conceptuelles plutôt qu'empiriques. Toujours selon ces auteurs, très peu de recherches ont investigué l'influence des déterminants macro, méso et micro sur la collaboration interprofessionnelle en insistant surtout sur les facteurs interactionnels. Par conséquent, ces auteurs affirment qu'il est impératif d'avoir une meilleure compréhension des interrelations entre ces facteurs et de leur impact sur la collaboration interprofessionnelle ; tout comme il est important de comprendre au niveau organisationnel les composantes qui favoriseraient la collaboration.

1.2.1 Les facteurs interactionnels

Ce sont les facteurs d'interaction qui dépendent des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. La collaboration est par nature volontaire (D'Amour *et al.*, 1999) .

La volonté à collaborer constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Elle dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antérieures similaires et de la maturité de l'individu (Henneman *et al.*, 1995) . *La confiance mutuelle* dépend des compétences, des aptitudes et des connaissances. Elle est un élément critique surtout pour la compréhension et l'acceptation des rôles et niveau d'expertises à un niveau individuel. La plupart des auteurs semblent accorder à ce facteur une place importante dans le développement de la collaboration interprofessionnelle (Alpert, Goldman, Kilroy, & Pike, 1992) , (Henneman *et al.*, 1995)). *La communication* est un facteur dont l'impact se situe surtout au niveau du degré de collaboration. Son importance réside dans le fait que la communication constitue un véhicule pour d'autres facteurs comme le respect mutuel et le partage (Henneman *et al.*, 1995) . *Le respect* pré-requis à la collaboration, exige que les membres reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance (Mariano, 1989) . La communication est un antécédent critique puisqu'il sert de précurseur à l'articulation d'autres antécédents de la collaboration.

1.2.2 Les facteurs organisationnels

La collaboration interprofessionnelle nécessite un environnement organisationnel propice. Les facteurs organisationnels sont des facteurs qui dépendent du milieu de travail: la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le support administratif, les ressources et les mécanismes de coordination et communication.

Selon (Henneman *et al.*, 1995) , *la structure organisationnelle* devrait privilégier davantage une structure plate, décentralisée par opposition à une structure plus traditionnelle et hiérarchique qui ne facilite pas la mise en place d'une prise de décision partagée et une communication ouverte. *La philosophie de l'organisation* et les valeurs qui lui sont inhérentes ont un impact sur le degré de collaboration. La philosophie doit soutenir la pratique collaborative des professionnels. Selon (Henneman *et al.*, 1995) , une philosophie qui favorise la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance est essentielle au développement de la collaboration au sein des équipes de santé. *Le support administratif* est essentiel pour la mise en œuvre de

la collaboration interprofessionnelle. En effet, la mise en œuvre est facilitée par la présence de leaders capables de créer un environnement propice à la collaboration interprofessionnelle (Henneman *et al.*, 1995) . Mariano (1989), présente comme l'une des conditions d'une collaboration réussie et solide, la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information, développer des relations interpersonnelles et adresser des éléments liés au concept d'équipes. Elle ajoute que le fait de partager un même espace et la proximité physique facilitent la collaboration en réduisant les territoires professionnels et les comportements traditionnels. L'existence de *mécanismes de coordination et de communication* est essentielle au développement de la collaboration (Henneman *et al.*, 1995) . Certains auteurs pensent que l'existence de standards, protocoles et réunions formelles pourraient être profitables à la collaboration interprofessionnelle (Henneman *et al.*, 1995) .

1.2.3 Les facteurs macro structurels

Les facteurs macro structurels sont des facteurs externes à l'organisation tels les systèmes sociaux, culturels, professionnels et éducatifs. *Le système social* peut constituer un obstacle à la collaboration. Plusieurs auteurs affirment que les différences de pouvoir entre les professions trouvent leur origine dans le système social. (Fagin, 1992) , (Lindeke *et al.*, 1998) , (Henneman *et al.*, 1995) , (Mariano, 1989)). De même, *le système culturel* peut aussi entraver le développement de la collaboration. Selon Mariano (1989), certaines professions peuvent véhiculer des valeurs tellement profondes telles que l'autonomie qui viendraient s'opposer à l'esprit même de la collaboration. *Le système professionnel* s'oppose complètement à la logique de la collaboration interprofessionnelle. Ce système est basé sur l'autorité, le pouvoir et l'autorité (D'Amour, 1997) alors que la collaboration interprofessionnelle dépend de la reconnaissance par les professionnels de leur interdépendance ainsi que des zones de recoupement (D'Amour *et al.*, 1999) , (Henneman *et al.*, 1995) , (Mariano, 1989) De plus, l'immersion des professionnels de santé durant leur formation dans des philosophies, des valeurs et des perspectives théoriques différentes ne fait qu'augmenter les sources potentiels de conflits et par conséquent bloquent le développement d'une réelle pratique en collaboration (Fagin, 1992) , (Lindeke *et al.*, 1998) (Mariano, 1989)). *Le système éducatif* est cité dans la littérature comme l'un des déterminants principaux de la pratique en collaboration interprofessionnelle car il constitue le véhicule principal des valeurs parmi les futurs professionnels de santé. Tout au long de leur formation, les futurs professionnels de santé sont peu ou pas du tout confronter aux autres catégories de professionnels et par conséquent, ne connaissent ni les pratiques, ni les expertises, ni les compétences, ni les valeurs des autres professionnels. Ceci est considéré par plusieurs auteurs comme un des obstacles à la pratique collaborative (Fagin, 1992) , (Mariano, 1989)). Et, pour ceux-ci comme cursus de formation interdisciplinaire. (Mariano, 1989) , suggère que le système éducatif tout en s'élargissant et devenant plus complexe n'a pas adresser adéquatement la problématique lié au concept de la collaboration.

1.3 Les avantages de la collaboration

Les avantages de la pratique en collaboration interprofessionnelle se situent tant au niveau des patients que des pourvoyeurs de soins (Makarem, 1995) . Ces avantages se sont précisés avec les années et les différentes expériences; Plusieurs auteurs indiquent que la collaboration a permis de modifier les attitudes négatives et les perceptions et de remédier à des problèmes de confiance et de communication entre professionnels, de renforcer les compétences collaboratives, de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités d'une seule profession, de promouvoir la satisfaction au travail et diminuer le stress. Elle permet par ailleurs, d'encourager l'esprit d'équipe, d'identifier et de valoriser les rôles respectifs tout en favorisant le changement dans la pratique et les professions et de créer un environnement de travail plus flexible. Le concept de collaboration interprofessionnelle est présenté comme ayant des avantages multiples tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Il a en effet été reconnu comme permettant une approche holistique des situations et aboutissant à des résultats positifs et progressifs. Cette dernière corrélation est confirmée par des recherches effectuées par (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1986) : la communication, la coordination et l'interaction entre médecins et infirmières dans les unités de soins intensifs est en relation directe avec des résultats de santé positifs pour le patient.

1.4 Les obstacles à la collaboration interprofessionnelle

La littérature sur la pratique en collaboration interprofessionnelle relève aussi des difficultés potentielles à réaliser un travail efficace entre professionnels de disciplines différentes et sur la manière d'éviter ou de résoudre les problèmes qui y sont associés (Lister, 1982 ; Davidson, 1990 ; Evers et al., 1994 ; Ferrer et Navarra, 1994 ; Pietroni, 1994 ; Rodgers et Fry, 1994 ; Hanly, 1995 ; Hilton, 1995, in (Molyneux, 2001)). L'interdisciplinarité est difficile au début parce qu'elle va à l'encontre de tout ce qui est disciplinaire et qu'elle remet en question la structure bureaucratique des universités ((Caruso & Rhoten, 2001)). Il est reconnu que le plus grand défi auquel fait face ce concept réside dans l'absence d'une compréhension commune entre les disciplines qui utilisent des vocabulaires différents et des modes de questionnement différents.

Les barrières les plus communes varient de la dilution de l'identité professionnelle aux différences d'horaires et de routines professionnelles. A cela s'ajoute les différences historiques et culturelles, les rivalités interprofessionnelles et intraprofessionnelles, les différences de langages et de jargon et des niveaux variés de préparation, qualification et statuts (Baldwin, 1996) . Elle est beaucoup plus « une façon de travailler, de s'organiser et de fonctionner de manière à mettre les ressources soignantes au service de la prestation des services de santé en toute efficacité et au mieux des intérêts des patients ou des clients servis » (Jones & Way, 2004) . En effet, la pratique en collaboration institue un nouveau mode de prestations des services de santé. Pour qu'il y ait collaboration il faut une interdépendance, un partage des connaissances et des compétences entre des professions normalement autonomes ((Henneman *et al.*, 1995)).

La formation des professionnelles de santé peut aussi constituer un obstacle à la collaboration interprofessionnelle. Elle a le plus souvent été dispensées de manière cloisonnée et donc, l'occasion d'expérimenter la pratique en collaboration interprofessionnelle n'est pas une pratique courante. Dans un tel contexte, il semblerait que la collaboration interprofessionnelle s'oppose à toute logique professionnelle ((D'Amour, 1997)). La raison principale de cette opposition réside dans ce qui est connu en sociologie par « l'héritage du modèle professionnel » : le professionnel hérite d'une tradition qui valorise l'autonomie complète dans le travail alors que les équipes interprofessionnelles valorisent la collaboration et la complémentarité.

1.5 Les résultats escomptés

Les résultats escomptés de la collaboration interprofessionnelle se situent le plus souvent au niveau clinique et sont énoncés en terme de qualité des soins et d'efficacité du traitement. Les professionnels profitent eux aussi de la pratique en collaboration interprofessionnelle. Leur satisfaction et bien-être personnels semblent être affecté positivement tout comme le taux de turn-over (D'Amour *et al.*, 2005) .

2. Fondements théoriques de l'étude

Plusieurs approches théoriques ont été utilisées pour étudier la collaboration interprofessionnelle. (Graham & Barter, 1999) , indique qu'il serait nécessaire afin de mieux comprendre le concept de la collaboration de puiser dans une large panoplie de littérature liée à l'interdisciplinarité dans différents domaines tels que l'éducation, le management, la psychologie, la sociologie et le travail social. Selon (D'Amour *et al.*, 1999) , différentes perspectives théoriques peuvent aider à une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle.;

Les théories organisationnelles, les théories sociologiques et la théorie de l'échange ont été utilisées dans plusieurs recherches qui seront présentés ci-dessous à partir des travaux de recherche effectués par D'Amour et al. pour Santé Canada (Santé Canada, 2004) . La collaboration interprofessionnelle peut aussi être perçue à partir de la théorie du choix rationnel. Nous l'aborderons dans un deuxième temps.

Chacune de ces approches présentent des avantages et des inconvénients et aucune ne peut, à elle seule, permettre une compréhension complète du concept à l'étude. Nous les présenterons dans la partie ci-dessous.

Dans leur travail effectué pour Santé Canada, D'Amour et al. ont proposé un classement des modèles proposés dans la littérature à partir de trois critères permettant d'identifier la force ou la solidité des modèles ; ces critères sont : le recours à des données empiriques, la stratégie expresse de recension des études spécialisée et l'exploitation d'une théorie explicite. Sept modèles ont pu être sélectionnés. Ils seront présentés selon la même méthodologie utilisée dans la référence susmentionnée soit, en fonction de leur origine théorique a) théories organisationnelles, b) théories sociologiques ou c) théorie des échanges et selon les critères de sélection :

++: données empiriques *ou* stratégie explicite de revue de littérature *et* théorie explicite.

+: données empiriques *ou* stratégie explicite de revue de littérature *ou* théorie explicite.

0: pas de données empiriques, pas de stratégie explicite de revue de littérature, pas de théorie explicite.

Table 1 : modèle sélectionné

Authors	Empirical data	Explicit theory	Explicit litt. review	Strength	Model type
West, Borrill, & Unsworth, 1998	✓	✓		++	Structure & process
Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2003	✓	✓		++	Structure & process
D'Amour et al., 1999 D'Amour et al., 2004	✓	✓		++	Structure & process
Gitlin, Lyons, & Kolodner 1994		✓		+	Process
Hayward, DeMarco, & Lynch, 2000		✓		+	Process
Corser, 1998			✓	+	Structure & process
Miller, 1997	✓			+	Structure & process

D'Amour et al. 2004

D'autres modèles et hypothèses théoriques, non de moindre importance ont également été présentés par les auteurs. Par ailleurs, (Jones *et al.*, 2004), dans une recherche documentaire sur les composantes de la pratique, ont adapté le travail effectué par D'Amour et al. (2004) et y ont ajouté certaines modèles. Ces deux dernières catégories de modèles ne feront pas l'objet d'une présentation dans cet article étant donné qu'ils n'ont pas été suffisamment validés. Plusieurs des hypothèses émises telles que l'amélioration de la qualité des soins ou la corrélation entre les éléments n'ont pas été confirmés.

Les 7 modèles identifiés comptent trois basés sur des données empiriques et une théorie, deux ayant des fondements théoriques et deux basés sur des données empiriques. Ces modèles proposent une compréhension du processus de collaboration et des composantes de la structure influençant le processus.

2.1 Les modèles de collaboration et les théories organisationnelles

2.1.1. Le modèle de West, Borrill et Unsworth (1998), est issu des théories organisationnelles. Ce modèle tient compte des « inputs » reliés à la tâche, à la composition du groupe, au contexte culturel et au contexte organisationnel. Le modèle tient compte aussi des variables liées au processus de rendement tels que le leadership, la communication et la prise de décision. Finalement, les extrants sont cités en terme de performance, d'innovation, de bien-être et de viabilité. Ce modèle a été appliqué à plusieurs études concernant le National Health Services au Royaume-Uni (2002). Les objectifs étant d'identifier les conditions propices à un travail d'équipe efficace et d'en évaluer l'impact sur la qualité des soins. Ce modèle a aussi été utilisé pour évaluer l'efficacité du travail en collaboration des équipes oncologiques.

2.1.2. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire élaboré par (Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002), est aussi issu de la théorie organisationnelle. Cette recherche visait à mesurer le degré de collaboration réalisé par les professionnels des CLSC et à déterminer les facteurs organisationnels et

professionnels qui facilitent ou entravent cette collaboration. Dans leur modèle, les entrants sont les variables contextuelles et plus précisément les caractéristiques des gestionnaires et les caractéristiques structurelles de ces programmes. Les processus intragroupes sont la motivation à collaborer, l'intégration sociale, l'importance des conflits et les logiques contradictoires sont particulièrement prises en compte. La nature de la tâche est une variable médiatrice importante. Les résultats sont analysés en terme d'intensité de collaboration à partir du degré de coordination interdisciplinaire et du degré de partage des activités de soins. Les principaux résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle dépend de facteurs contradictoires faisant ressortir ainsi la complexité des allégeances professionnelles. Des croyances et valeurs contradictoires sont mises en œuvre qui favorisent et contraignent à la fois la collaboration. L'importance de la formalisation de la collaboration ressort aussi comme un résultat majeur de cette étude. Les avantages de la formalisation semblent liés à la capacité de la collaboration à offrir un cadre explicite du travail interprofessionnel ((Sicotte *et al.*, 2002) ; (Santé Canada, 2004)).

2.2 Les modèles de collaboration et la sociologie des organisations

2.2.1. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour et al. (2004) est issu de la sociologie des organisations. Les recherches effectuées par (D'Amour, 1997) (D'Amour *et al.*, 1999) et (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003) découlent de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993). D'Amour (1997), développe un modèle de collaboration interprofessionnelle à partir de l'approche de Friedberg. Ce dernier conçoit l'organisation comme un système local d'action résultant du jeu d'interstructuration d'un ensemble de règles (formalisation) et du monde des relations humaines (stratégie des intervenants). Dans ce modèle, D'Amour (1997) divise le processus de collaboration en quatre dimensions dont deux ont traités aux relations entre les individus et deux au contexte organisationnelle qui influence l'action collective. Les quatre dimensions s'influencent mutuellement.

Les dimensions relationnelles sont :

a- la *finalisation* qui est l'existence d'objectifs communs et de leur appropriation par les membres de l'équipe ; la reconnaissance de l'existence de motifs divergents et d'allégeances multiples ; et de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.

b- l'*intérieurisation* qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière; Ce qui se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires; par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

Les dimensions organisationnelles :

c- la *formalisation* qui représente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures.

d- la *gouverne* qui traite de la gouvernance et plus précisément de la centralité, du leadership, de l'expertise et de la connectivité.

Une typologie reconnaissant trois types de collaboration a pu être élaboré à partir de ce modèle et de nombreuses études de cas. Ces trois types sont : la collaboration en action, la collaboration en construction et la collaboration en inertie. Ils ont été analysés à partir de dix variables (D'Amour *et al.*, 2003) Ce travail est applicable pour effectuer un diagnostic de la collaboration dans un groupe et pour investiguer les divergences par rapport aux attentes (Santé Canada, 2004)

D'Amour et al., (2003), insère ce modèle dans un modèle plus large de la collaboration interorganisationnelle afin d'analyser la collaboration entre des professionnels appartenant à des organisations différentes en soins périnataux (D'Amour et al., 2003 ; D'Amour et al., 2004). Le modèle de D'Amour (1997) a été validé par plusieurs auteurs.

2.3 La collaboration et la théorie de l'échange

2.3.1. Le modèle proposé par Gitlin, Lyons et Kolodner (1994) utilise la théorie de l'échange pour analyser la collaboration interprofessionnelle. L'hypothèse de base de cette théorie est qu'il est possible de comprendre les structures sociales par une analyse transactionnelles des relations interpersonnelles. La compréhension des interactions constitue un facteur clé de la compréhension des comportements sociaux complexes entre groupes. L'échange et la négociation constituent les deux concepts de base de cette théorie. Le principe qui la sous-tend est que les individus entrent dans un groupe parce que ce dernier leur procure un certain avantage et en contrepartie, les membres du groupe doivent aider le groupe à atteindre ses objectifs : voilà donc où se situe l'échange. Le processus de négociation émane d'une offre d'expertise d'un individu à un groupe dans l'attente d'un avantage en retour. Les individus et les groupes sont constamment en négociation afin d'optimiser les avantages, de réduire les coûts, et d'avancer sous des conditions équitables pour tous.

Gitlin et al. (1994), étendent cette théorie à un modèle en quatre paramètres soit, l'échange, la négociation, la loyauté et la différenciation des contributions. Le modèle propose une intervention en cinq étapes :

- 1- évaluation et recherche d'un consensus autour d'objectifs communs qui tiennent compte des objectifs personnels et institutionnels de l'ensemble des membres de l'équipe et évaluation de la pertinence de la collaboration ;
- 2- évaluation de la corrélation entre les éléments ci-dessus et la négociation d'un éventuel effort collaboratif une fois la confiance mutuelle établie ;
- 3- identification des ressources et réflexion ; les individus retournent dans leur groupe pour évaluer les ressources nécessaires pour l'effort collaboratif et de l'avantage d'y participer ;
- 4- affinement et mise en application, c'est l'étape où les suggestions sont avancées et où les contributions individuelles différenciées;
- 5- évaluation et feed-back.

Ce modèle explique le comment et le pourquoi de chaque étape vers une culture de la collaboration.

Cette théorie présente certains inconvénients : les choix effectués par les individus ne sont pas toujours aussi conscients que l'exprime la théorie. De même, la théorie émet des hypothèses en lien avec l'efficacité, les coûts et les avantages. Or, dans le domaine de la santé, il est très difficile de mesurer de manière précise l'efficacité et les avantages. Par conséquent, il devient très difficile de concevoir la collaboration interprofessionnelle en matière de santé par le biais de cette théorie. Le coût de la transaction peut apparaître très élevé pour les professionnels eux-mêmes, mais la collaboration reste quand même nécessaire quand il s'avère qu'elle est à l'avantage du patient.

2.3.2. Le modèle de l'alliance interprofessionnelle proposé par Hayward, DeMarco et Lynch (2000) est basé sur les travaux de Gitlin (1994) et ceux de DeMarco, Horowitz et McLoed (2000). Ce modèle est une combinaison du modèle en cinq étapes de Gitlin qui traite du processus itératif dans un contexte de collaboration et du modèle de l'alliance de DeMarco, Horowitz et McLoed (2000) qui traite des facteurs interpersonnels en jeu lors d'une interaction. Ce modèle n'a toutefois pas encore été soumis à des essais pratiques.

3.3.3. Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière de Corser (1998) est un modèle bi-disciplinaire développé à partir de données empiriques basées sur une revue de la littérature de la collaboration entre infirmières et médecins. Le cadre proposé tient compte des facteurs personnels et organisationnels influençant la collaboration. Selon Corser, une telle collaboration requiert une distribution équitable des pouvoirs entre médecins et infirmières. La collaboration a un impact sur les patients et les professionnels. Ce cadre reste à valider (D'Amour et al. 2004a).

2.3.4. Le modèle de Miller (1997) a été élaboré à partir d'une recherche qualitative dans laquelle des entrevues auprès de 17 sages-femmes et de 5 médecins ont été effectuées. C'est aussi un modèle bi-disciplinaire reposant sur des données empiriques. Ce modèle décrit le cycle de collaboration entre sages-femmes, médecins et les

clients en insistant sur l'importance de développer des relations de confiance et de mener des activités génératrices de confiance qui devraient faire partie de l'éducation professionnelle (D'Amour et al. 2004a).

La littérature a démontré que de nombreux cadres de la collaboration ont été proposés. La plupart de ces cadres traitent de la structure des équipes plutôt que du processus de collaboration lui-même.

Dans un tel contexte et compte tenu de la complexité du phénomène à l'étude, il semblerait pertinent d'enrichir les théories actuelles par l'exploration de nouvelles pistes qui permettraient une conceptualisation plus approfondie du concept de la pratique en collaboration.

2.4 La collaboration et la théorie du choix rationnel

Cette théorie reconnaît le caractère « naturel » de la collaboration dans les relations humaines tout en ne niant pas les choix sociaux et économiques qui en découlent. Les individus continuent à agir dans leur propre intérêt mais trouvent un avantage à agir dans un intérêt collectif. Les individus analysent les échanges, les gains et pertes avant de s'engager dans une relation de collaboration.

La théorie du choix rationnel appliqué à la collaboration interprofessionnelle implique l'existence de situations d'interdépendance, qui justifie, au niveau personnel et économique, une relation de collaboration. Sa faiblesse réside dans le fait qu'elle ne reconnaît pas les motifs altruistes et les engagements moraux, comme pouvant être des fins qui valent la peine. La confiance n'est pas prise en compte dans cette théorie. Il en va de même pour l'information qui est très peu pris en compte dans ce calcul rationnel. L'emphase est mise sur l'argent, le pouvoir et le prestige. Or, ces deux éléments sont primordiaux dans le monde de la santé où il s'agit de décisions, toujours dans l'intérêt du patient, prises à partir d'un grand nombre d'informations et qui se basent sur la confiance.

2.5 Le modèle choisi : Cadre de référence

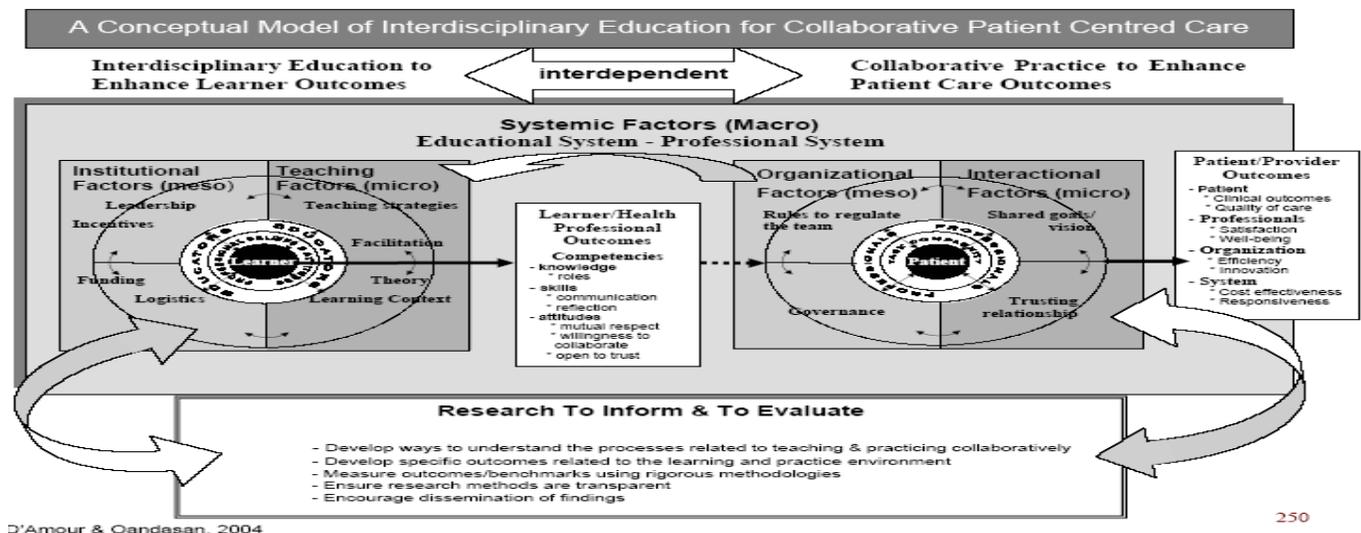


Figure 1

Modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FICCP) (D'Amour & Oandasan (2004))

Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient a été proposé par le Comité national d'experts pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en

collaboration centrée sur le patient. Ce modèle a été élaboré suite à une recension extensive d'études spécialisées et d'analyse environnementale (Santé Canada, 2004 ; D'Amour et al., 2004b).

Ce cadre met en évidence l'interdépendance entre formation interprofessionnelle reçue par les étudiants et la pratique en collaboration. Il met en évidence les facteurs micro (d'interaction), méso (organisationnel) et macro (systémiques) qui affectent d'une part, les opportunités d'apprentissage des professionnels de santé à devenir des praticiens collaborateurs compétents et d'autre part, qui affectent les résultats de santé découlant de la pratique en collaboration. L'apprenant et le patient sont au cœur de ce modèle. En ce qui concerne la pratique en collaboration, la complexité des tâches à accomplir a une incidence sur la composition de l'équipe interprofessionnelle. Les résultats qui découlent de la collaboration sont l'amélioration des résultats de santé du patient, la satisfaction et le bien-être des patients, et les avantages pour l'organisation et le système de santé en général. (D'Amour & Oandasan, 2004b) ; (Jones *et al.*, 2004))

Cette composante constituera l'élément central de notre recherche et sera décrite ci-dessous.

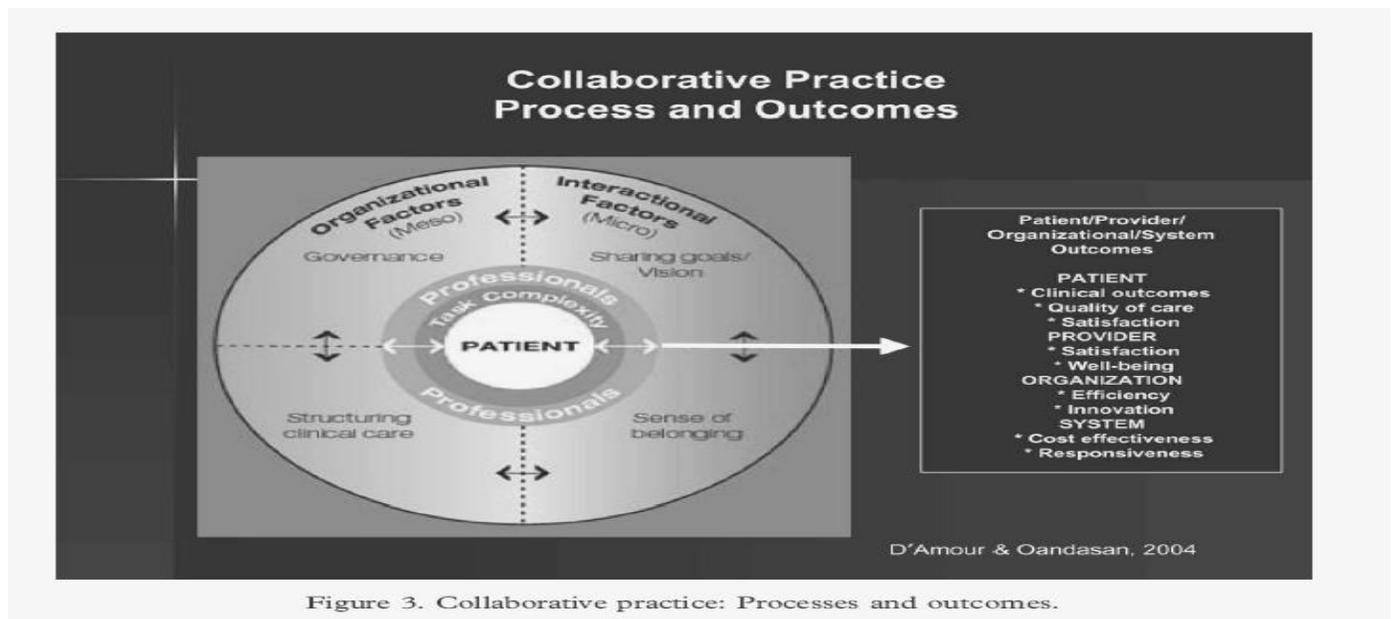


Figure 3. Collaborative practice: Processes and outcomes.

Figure 2

La pratique en collaboration : Processus et Résultats

Pratique en collaboration professionnelle pour améliorer les résultats de santé des patients

a. Besoin du patient/client et complexité des tâches

Le second élément concerne le modèle de la pratique centrée sur le patient et liste les éléments clés de la collaboration dans les institutions de santé. Cette collaboration prend diverses formes soit sous forme d'équipes permanentes soit sous forme d'équipes créées pour répondre à des besoins spécifiques des patients. La composition de chaque équipe dépend de la complexité des besoins adressés. Les patients sont donc au centre de la collaboration puisqu'ils constituent la raison principale à la base de l'interdépendance des professionnels. Les patients sont en même temps des membres actifs de l'équipe et les bénéficiaires des soins de l'équipe. La position privilégiée au sein de l'équipe dépend de leur volonté et habilité à participer dans la planification et la dispensation des soins.

b. Facteurs interactionnels (micro)

Une telle emphase sur les besoins des patients est nécessaire mais non suffisantes. Plusieurs facteurs interactionnels peuvent affecter le niveau de collaboration au sein de l'équipe. La prise de conscience par les membres de l'équipe de ces facteurs interactionnels tels que le sens de l'engagement envers les autres et la volonté d'œuvrer ensemble, contribuent à créer une confiance mutuelle parmi les professionnels de la santé

oeuvrant au sein des équipes. Afin de bâtir des relations de confiance, les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement. Les participants dans ces équipes peuvent donc transcender leurs propres tendances vers des éléments exclusivement professionnels et contribuer au partage de territoire professionnels communs.

c. Facteurs organisationnels (méso)

Il est important cependant, de reconnaître que la collaboration n'existe pas seulement au sein des équipes mais aussi dans le contexte plus large de l'organisation qui l'influence de manière significative. Une revue de littérature effectuée par (D'Amour *et al.*, 2005) et (Ginsburg & Tregunno, 2005) montre que plusieurs facteurs organisationnels influencent la collaboration et plus spécifiquement la culture organisationnelle dominante qui doit reconnaître l'équipe comme une entité distincte ayant les capacités de prendre ses propres décisions dans tout aspect qui la concerne. La gouvernance est à cet effet, un élément clé qui inclut le leadership. Le leadership collectif et le leadership interprofessionnel devraient être étudiés de manière plus approfondie. D'autres facteurs organisationnels tels que la structure de la dispensation des soins et le degré d'intégration entre les différents niveaux organisationnels et entre différentes organisations doivent aussi être pris en considération. La formalisation ou les règles régissant le fonctionnement des équipes constitue un autre élément clé puisqu'il définit explicitement les règles et accords au sein des équipes de professionnels de santé.

Dans un contexte plus large, les structures systémiques des sociétés, telles celles que l'on retrouve dans les systèmes éducatifs et professionnels ont un impact majeur sur le développement et la régulation des frontières professionnelles. Ces dernières constituent l'obstacle principal à la collaboration dans le secteur de la santé du fait qu'elles maintiennent les professionnels dans un état d'esprit compétitif au lieu d'encourager la collaboration. Par ailleurs, les valeurs sociales et/ou les pressions sociales peuvent faire émerger des méthodes innovatrices de travail et peuvent forcer les professionnels à être ouverts à de nouvelles orientations et de nouvelles façons de faire. Les politiques et les régulations peuvent faciliter cette ouverture en éliminant certains des obstacles actuels tels que l'absence d'incitatif pour la collaboration interprofessionnelle en santé.

d. Facteurs systémiques (macro)

Les stratégies liées à la gestion du changement doivent être explorées pour évaluer leur influence sur les changements systémiques au niveau macro. Ces efforts incluraient la création, à partir de politiques développées par les gouvernements favorisant la collaboration, de valeurs partagées dans le domaine de la santé, du social et de l'éducation. Les instances régulatrices au sein des systèmes professionnels ont une grande influence sur le développement de l'éducation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle surtout que les décisions liées à leurs responsabilités et leurs engagements relèvent de leurs compétences. Le système éducatif doit considérer la raison structurelle de base pour laquelle la formation au niveau post secondaire est dispensée aux professionnels de santé et décider s'il y a moyen de réduire le climat de ségrégation entre les disciplines. L'accréditation des professionnels de santé peut être un catalyseur pour l'introduction d'un changement dans les différentes facultés et institutions responsables de la formation actuelle des professionnels de santé. Finalement, les valeurs socioculturelles bien ancrées des professionnels de la santé, des populations de groupes de patients et de la population en général sont nécessaires pour atteindre l'objectif de l'éducation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle.

Le cadre de référence appuie une approche centrée sur le patient pour favoriser l'éducation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle. Ce cadre souligne au niveau systémique (macro), le besoin de favoriser la collaboration entre les professionnels de santé plutôt que de conserver le modèle actuel où les professionnels de santé oeuvrent indépendamment en « silo ». Au niveau méso, les institutions et organisations de santé peuvent par leur leadership et dépendamment de leur volonté et de leur aptitude à fixer des priorités et assurer le support et le financement d'initiatives relatives à l'éducation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle. Les instances gouvernementales devraient explorer des réformes législatives afin de rester à jour avec les tendances l'éducation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle. La volonté des professionnels de santé à collaborer selon ce cadre impliquerait la définition de nouveaux rôles et responsabilités qui pourrait affecter les pratiques professionnelles actuelles au niveau micro.

e. Résultats de collaboration

Selon la revue de littérature effectuée par (D'Amour *et al.*, 2005), la collaboration interprofessionnelle présente un impact quadruple. Plusieurs auteurs, ont identifié les effets potentiels de la collaboration en santé. Ces effets peuvent être observés en terme de résultats cliniques mais aussi en terme de qualité du service et plus précisément en terme d'accessibilité et de continuité des soins. La satisfaction des professionnels en terme d'appréciation du travail et du bien-être peut aussi être affecté. Les organisations de santé bénéficient aussi de la collaboration interprofessionnelle puisque les professionnels de santé travaillent de manière plus efficiente en raison d'une réduction de la duplication dans la dispensation des services et une plus grande latitude de créativité. L'impact sur le système de santé en général se traduit en terme de coût et de leur capacité à réagir

Nous avons opté pour ce modèle car il est évolutif et correspond à la définition retenue de la collaboration interprofessionnelle. Dans notre étude nous nous concentrerons surtout sur les facteurs interactionnels et organisationnels. Nous tiendrons compte aussi des besoins des patients/complexité des tâches dans le cadre des cas que nous choisirons (voir méthodologie). Nous tenterons d'approfondir la notion du leadership au sein de la gouvernance, notion qui n'a jusque là pas été suffisamment approfondie dans les recherches ultérieures. L'étude des facteurs systémiques se limitera à quelques aspects tels que l'introduction de l'accréditation. Nous n'aborderons pas de manière directe le volet de l'éducation bien que nous soyons conscients et convaincus de la relation qui existe avec la pratique en collaboration interprofessionnelle. Nous considérons que ce volet pourra faire l'objet d'une recherche ultérieure dans le secteur de l'éducation. Mais, nous tenons compte du profil des professionnels. En terme de résultats, nous n'aborderons pas le patient directement. Le contact avec des personnes extérieures aux professions de la santé n'étant pas coutume, il est donc très difficile d'obtenir l'information requise. De plus, le concept de collaboration étant un concept neuf, le patient ou sa famille ne seront pas apte à donner des réponses satisfaisantes.

3. Méthodologie

Il s'agit d'une recherche de type interprétativiste où l'analyse des données est inspirée de la grounded theory (théorie enracinée) (Strauss et Corbin, 1990) et sur une démarche hybride consistant en des allers-retours entre les observations et les données. Cette démarche permet d'enrichir les connaissances antérieures et d'affiner les concepts. Nous avons abordé le terrain à partir de thèmes pré-définis et de questions assez générales tirés d'un cadre préliminaire ayant guidé nos entretiens.

Notre recherche consiste en des études de cas et sera réalisée au centre hospitalier universitaire de l'Université Saint- Joseph, l'Hôtel Dieu de France. Dans ce choix le chercheur a tenu compte de la facilité d'accès résultant de la relation existante avec l'institution. La phase de négociation très souvent liée à cette étape de la recherche est ici assez limitée. La stratégie d'accès au réel de notre recherche est basée sur l'étude de cas. Elle est entreprise afin de répondre aux interrogations au sujet d'un événement ou d'un phénomène contemporain sur lequel il existe peu ou pas de contrôle ((Yin, 1984)). Ce choix est justifié par la complexité du problème à étudier. Selon (Wacheux, 1996), « *l'étude de cas est appropriée lorsque la question de recherche commence par pourquoi ou comment* ». La stratégie de l'étude de cas est pertinente lorsque le phénomène à l'étude ne se distingue pas facilement de son contexte et lorsque la richesse du contexte signifie que l'étude ne peut se faire à partir d'une seule méthode de collecte de données. La méthode de l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et à l'analyser pour voir comment se manifestent et évoluent les phénomènes à l'étude. Le cas sous étude fournit en fait un site d'observation permettant d'identifier ou de découvrir des processus particuliers. L'étude de cas est utilisée couramment dans différents champs, en gestion elle permet une connaissance de l'individu, du groupe ou de l'organisation dans un contexte bien précis. Elle présente plusieurs objectifs ; Dans cette recherche nous cherchons à comprendre en profondeur le phénomène de la pratique en collaboration parmi les professionnels de santé, son application dans les organisations de santé et ses déterminants afin d'en donner une représentation. Il est important d'explicitier l'ensemble des relations et des interactions entre ces deux phénomènes.

Dans notre recherche nous situons nos cas à deux niveaux :

1- **autour du patient** : chacune des situations de collaboration définie autour d'un patient est un cas à part entière et fait l'objet d'un certain nombre d'heures d'observation. Chaque cas est analysé en profondeur pour cerner les éléments et déterminants de la collaboration interprofessionnelle. Par la suite, une analyse comparative sera effectuée pour faire ressortir les similarités et différences entre les cas. La diversité des situations permet de générer des idées et des questions théoriques pour l'analyse (. L'unité d'analyse est l'environnement de collaboration défini autour d'un patient précis. Cet environnement est défini dans le temps, soit durant toute la durée de séjour du patient à l'hôpital et dans un contexte précis celui du service de soins dans lequel le patient est hospitalisé. « *Le nombre de cas dépend des objectifs de la recherche. S'il s'agit d'explorer des pratiques nouvelles, ou discuter un questionnement original, un ou quelques cas suffisent pour rentrer dans cette logique de découverte* » (Wacheux, 1996) . Nous allons ainsi tenter d'étudier des cas de collaboration interprofessionnelle dans différents services de soins de manière à couvrir l'hétérogénéité et la variabilité des concepts de la problématique pour satisfaire au critère de représentativité théorique. Nous cherchons à étudier des cas, qui bien qu'appartenant à la même organisation, présentent des configurations différentes, des degrés de complexité au niveau des cas différents (aigue vs chronique vs soins intensifs), des populations de patients différents (adultes vs enfants), des acteurs de spécialités médicales et paramédicales différentes (médecine vs chirurgie) mais avec suffisamment de traits communs.

Selon (Hlady-Rispal, 2000) l'échantillon doit contenir des cas ayant suffisamment de traits en commun. Un patient devient un cas pour notre recherche lorsqu'il est hospitalisé dans un des services qui répondent à nos critères, qu'il existe une collaboration entre au moins deux professionnels appartenant à des professions différentes et que son admission dans ce service est la plus récente Ce choix est justifié par le fait qu'un patient admis depuis quelques jours risquait d'être en fin de séjour et de quitter l'hôpital surtout que la moyenne de séjour est autour de trois jours. Par conséquent, ceci ne permettait pas au chercheur d'observer en temps réel les situations de collaboration. Ces critères pré-définis permettent d'assurer une population théorique similaire.

Notre objectif est de choisir des cas appartenant à des contextes suffisamment différents afin de non pas produire un modèle universel et généralisable du processus de collaboration interprofessionnel mais plutôt d'en identifier les éléments, les composantes et d'arriver à une compréhension du développement de ce phénomène et de ces conditions dans des contextes précis. Nous ne visons donc pas une généralisation théorique du processus de collaboration interprofessionnelle mais plutôt une généralisation analytique.

2- **au sein de comités interprofessionnels** : trois comités interprofessionnels ont été identifiés : *le comité de direction* où sont représentées les différentes directions administratives, médicales et infirmières. C'est au niveau de ce comité que sont définies les orientations stratégiques et d'où émanent les décisions. Il s'agit à ce niveau d'approfondir la composante gouvernance dans notre modèle. *Le comité opérationnel de qualité* constitue un comité opérationnel spécifique à l'aspect qualité dans l'organisation. Récemment mis en place, ce comité permet d'observer les professionnels de disciplines différentes dans une situation de collaboration autour d'un projet organisationnel. Les différents niveaux hiérarchiques sont représentés dans ce comité. Le Business Process Reengineering (BPR) comité est aussi interprofessionnel. Les membres de ce comité ne sont pas fixes ; ils varient selon le département ou service étudié.

Notre objectif est d'observer les membres de ces différents comités lors des réunions pour identifier les interrelations, les dynamiques de prise décision, les styles de leadership qui émerge.

La collecte des données s'est faite à partir de plusieurs sources de données (orales, écrites) visant la triangulation dans le but d'accroître la validité de construit de la recherche.

Notre objectif de recherche est de comprendre comment et pourquoi se développent et se déroulent les situations de collaboration interprofessionnelles. Dans ce cadre, notre unité d'analyse et l'interaction entre les acteurs qu'il soit autour du patient ou au sein des comités définis. Donc, afin de saisir en temps réel le processus de la collaboration interprofessionnelle nous effectuerons des **observations passives** : 1-dans les services où se trouvent les patients identifiés, ces observations s'effectuent à différents moments de la présence du patient dans

le service et 2- dans les comités définis sur une période variant entre 6 à 8 réunions. Dans ce type d'observations, « *le chercheur n'a pas de rôle dans le système si ce n'est de produire sa recherche : il a le droit d'être présent dans l'organisation pour regarder la réalité quotidienne* » (Wacheux, 1996). Dans le cadre de cette recherche et surtout au niveau des services de soins, le chercheur ne pourrait occuper un rôle particulier dans l'organisation, comme c'est le cas dans le cadre d'une observation participante, en raison de la spécificité et de la nature des cas à l'étude. Le chercheur ne détient aucune compétence médicale ou paramédicale et par conséquent n'aurait pu avoir un apport utile. Par contre, l'observation au sein des comités est devenue quelques fois une observation participante lorsque le directeur général ou le président du conseil d'administration sollicitaient l'avis du chercheur autour du sujet débattu. La présence continue du chercheur sur les lieux de façon régulière doit sa légitimité au fait que ce dernier appartient à une institution rattachée à l'organisation où oeuvrent les acteurs, soit l'Université Saint-Joseph et au fait que le chercheur a déjà eu dans le passé à effectuer plusieurs interventions professionnelles dans l'organisation en question. L'observation passive du chercheur s'est déroulée à différents moments du séjour du patient ainsi que lors de réunions des équipes de soins « staff meeting » ou lors des réunions de suivi avec les résidents et lors des réunions des comités.

L'ensemble des faits, des remarques et des éléments liés au contexte des situations observées furent notées dans un **journal de recherche** spécifique à chaque cas. L'intérêt d'un journal de recherche réside dans le fait qu'il constitue un support primordial pour les analyses ultérieures.

Les documents internes concernant l'organisation, sa politique, sa mission et sa stratégie ainsi que décrivant les services étudiés, leurs organisations, mission, règlements internes et autres seront consultés et analysés afin de cerner davantage le contexte et de relever des éléments organisationnels favorisant ou contraignant la collaboration interprofessionnelle.

Des entretiens semi-directifs sont envisagés avec les professionnels identifiés autour de nos patients. Ces entretiens sont basés sur un guide d'entretien élaboré par l'enquêteur et pré-testé par ce dernier. Ce guide comportait une question principale (Annexe 1) : Parlez-moi de vos expériences de collaboration interprofessionnelle dans votre service. Cette question était soutenue par des questions de relance portant sur plusieurs thèmes : a- acteurs impliqués, b- définition de la collaboration, c- pré-requis de la collaboration, d- obstacles et avantages de la collaboration, e- les situations faisant appel à la collaboration, f- les étapes de la collaboration.

A date, 3 cas dans les services de soins ont été réalisés. Des entretiens sont aussi envisagés avec un membre de chaque comité, soit le secrétaire. Ce dernier représente la « mémoire » du comité. Les entretiens n'ont pas encore été effectués. Le chercheur étant toujours à l'étape de l'observation.

Les entretiens furent tous enregistrés et retranscrits. Certains entretiens ont été fait en langue arabe, ce qui a nécessité la traduction du guide d'entretien. Cette traduction a été faite par le chercheur et a été validé par une traduction inversée par un traducteur assermenté. La retranscription de ces entretiens se fera directement en français pour éviter les pertes dans le sens résultant de manipulation variées. Les quelques premières retranscriptions sont faites par le chercheur lui-même. Les suivantes relèveront d'une tierce personne ayant déjà effectué ce genre de travail pour d'autres chercheurs. Un contrôle aléatoire et systématique est fait par le chercheur sur l'ensemble des retranscriptions.

Le codage est fait à partir du logiciel d'analyse qualitative NVivo 2. Ce logiciel présente aussi selon certain des limites mais celles-ci se retrouvent au niveau du codage manuel comme l'analyse du contenu latent. Une autre limite se situerait au niveau de la capacité d'extraction du logiciel. permet d'appréhender les documents (ex : entretiens) comme un moyen d'appréhender la réalité d'un phénomène ou comme un moyen d'entrer dans les représentations des acteurs. Le logiciel facilite la manipulation des données et permet d'en manipuler un plus grand nombre. Il représente demande moins de temps et est moins coûteux. Il augmente aussi la fiabilité du fait que les règles de codage sont clairement énoncées et par conséquent assure la comparabilité des résultats. En effet, NVivo 2 suppose une séparation nette entre production et analyse des données et le dictionnaire des thèmes est une grille de lecture commune à tous les documents.

4. Contributions de la recherche

Cette recherche constitue à notre connaissance la seule étude liée au thème de la collaboration interprofessionnelle au Liban. Elle s'inscrit à un moment où le système de santé du pays subit des réformes et des restructurations qui se situent en majorité à un niveau macro. Le niveau micro et particulièrement les hôpitaux n'ont pas été pris en considération. Dans ce contexte, l'apport de notre recherche sera double : il permettra de répondre à cet aspect manquant de la réforme et précisera les éléments à considérer dans l'instauration de nouvelles modalités de fonctionnement. Ce double apport à des retombées tant au niveau de la théorie qu'au niveau de la pratique.

4.1 Contributions théoriques

Cette étude permet de proposer un modèle innovant dans la dispensation des soins qui place le patient et ses intérêts au centre et qui favorise l'efficace, l'efficience et la qualité. Les connaissances acquises contribueront au développement de la recherche dans le domaine de la pratique en collaboration professionnelle. La contribution de l'étude est importante au plan de la recherche internationale puisque ce sera la première du genre au Liban., la majorité des études étant réalisées aux Etats-Unis, en Amérique du Nord et en Europe.

4.2 Contributions à la pratique

Cette étude établit les prémisses d'une pratique en collaboration interprofessionnelle et pose de nouveaux défis aux :

1. **différentes professions de santé** et favorise une approche intégrée des services de soins. Elle permet une plus grande satisfaction au travail et une augmentation des connaissances en raison du partage entre disciplines.
2. **gestionnaires** de poser un diagnostic relatif à la collaboration et d'identifier les actions à mettre en œuvre pour l'intensifier ou la renforcer.
3. **clientèles**: Cette étude favorise une approche holistique de la prise en charge du client. Elle répond davantage à ses besoins et assure une meilleure qualité de soins ainsi que de meilleurs résultats de santé.

Conclusion

La collaboration interprofessionnelle apparaît comme un phénomène complexe qui met en relation différents éléments organisationnels, interpersonnels et systémiques. Les études effectuées de par le monde ont contribué à une meilleure compréhension de ce concept. Des recherches supplémentaires dans des contextes différents sont nécessaires pour renforcer la compréhension de la collaboration et pour mettre en valeur son importance et son intérêt.

Bibliographie

1. Alpert HB, Goldman LD, Kilroy CM & Pike AW. 1992. 7 Gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America* **27** (1): pp. 47-59
2. Baldwin DCJ. 1996. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care* **10** (2): pp. 173-187
3. Boelen C. 2000. Les Facultés de sciences médicales et les défis de santé. In P Farah (Ed.), *Les facultés et instituts des sciences médicales face aux impératifs de la santé au XXIème siècle*: pp. 21-30. PUJ: Université Saint-Joseph, Beyrouth
4. Caruso D & Rhoten D. 2001. Lead, Follow, get out of the way: sidestepping the barriers to effective practice of interdisciplinarity : A new mechanism for knowledge production and re-integration in the age of information, The Hybrid Vigor Institute, pp. 29

5. Crozier M & Friedberg E. 1977. *L'acteur et le système* pp. 500. Seuil: Paris
6. D'Amour D 1997. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* Thèse de Doctorat: pp. 399, Médecine.Montréal: GRIS, Université de Montréal
7. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM & Beaulieu M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* **19** (suppl 1): pp. 116-131
8. D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Labadie J-F & Remondin M. 2003. Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Centre Ferasi, pp. 73
9. D'Amour D & Oandasan I. 2004b. IECPCP Framework, Santé Canada, pp. 240-250
10. D'Amour D, Sicotte C & Lévy R. 1999. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé* **17** (3): pp. 67-93
11. Fagin CM. 1992. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Academic Medicine* **67** (5): pp. 295-303
12. Fortier L. 2004. Des alliances...au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle, *AQIISM*: pp.: Hôpital Louis-H Fontaine
13. Fourez G. 2001. Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité. In Y Lenoir, B Rey, I Fazenda (Eds.), *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement*: pp. 67-84. Edition du CRP: Sherbrooke
14. Friedberg E. 1993. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, pp. 329. Editions du Seuil: Paris
15. Gilbert JHV. 2005. Interprofessional education for collaborative patient-centred practice. *Nursing leadership* **18** (2): pp. 32-38
16. Ginsburg L & Tregunno D. 2005. New approaches to interprofessional education and collaborative practice: lessons from the organizational change literature. *Journal of Interprofessional Care* **19** (suppl 1): pp. 177-187
17. Glouberman S & Mintzberg H. 2001a. Managing the care of health and the cure of disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* **26** (1): pp. 56-71
18. Glouberman S & Mintzberg H. 2001b. Managing the care of health and the cure of disease-Part II: Integration. *Health Care Management Review* **26** (1): pp. 72-85
19. Graham JR & Barter K. 1999. Collaboration: a social work practice model. *Families in society*: pp. 6-13
20. Guiraud-Chaumeil B. 2000a. Progrès médical, qualité des soins et transparence. In P Farah (Ed.), *Les facultés et instituts des sciences médicales face aux impératifs de la santé au début du XXIème siècle*: pp. 31-40. PUJ: Université Saint-Joseph Beyrouth
21. Headrick LA, Wilcock PM & Bataden PB. 1998. Interprofessional working and continuing medical education. *British Medical Journal* **316**: pp. 771-774
22. Henneman EA, Lee JL & Cohen JI. 1995. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* **1095** (21): pp. 103-109
23. Hlady-Rispal M. 2000. Une stratégie de recherche en gestion: l'étude de cas. *Revue Française de Gestion* (JanvierFévrier): pp. 61-70
24. IOM. 2001. *Crossing the chasm: A new health system for the 21st century* pp. 364. National Academy Press: Washington D.C.
25. Jakab M, Preker A & Harding A. 2002. Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies. In M McKee, J Healy (Eds.), *Hospitals in a changing Europe* pp. 177-201. Open University Press: Buckingham Philadelphia
26. Jones L & Way D. 2004. Practice component : literature review, Canadian Nurses Association, pp. 101
27. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP & Zimmerman JE. 1986. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine* **104**: pp. 410-418
28. Lindeke LL & Block DE. 1998. Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook* **46**: pp. 213-218
29. MacIntosh J & McCormack D. 2001. Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies* **38**: pp. 547-555

30. Makarem S. 1995. Interprofessional cooperation. *Medical Education* **29** (supp 1): pp. 65-69
31. Mariano C. 1989. The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*: pp. 285-288
32. Molyneux J. 2001. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care* **15** (1): pp. 29-35
33. Nolan M. 1995. Towards an ethos of interdisciplinary practice. *British Journal of Medicine* **311**: pp. 305-307
34. Romelaer P. 2002. Organisation: panorama d'une méthode de diagnostic, Université Paris Dauphine, pp. 42
35. Santé Canada. 2004. La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient Santé Canada, pp. 304
36. Sicotte C, D'Amour D & Moreault M-P. 2002. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine* **55**: pp. 991-1003
37. Wacheux F. 1996. *Méthodes qualitatives et recherche en gestion* pp. 290. Economica: Paris
38. Yin RK. 1984. *Case study research; Design and Methods* (2nd ed.) pp. 171. Sage: London