

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science

HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie

Revue de la littérature

Réalisé par : Kushtrim Rashiti

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Patricia Pham

Sion, 2010 - 2011

Résumé

Il s'agit d'une recherche initiale de type revue de la littérature qui s'inscrit dans programme de la formation en soins infirmiers pour l'obtention de mon Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers.

But : Identifier les moyens de favoriser et/ou d'améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie.

Méthode de collecte de données : Recherche des études publiées entre 2005 et 2010 dans les bases de données Pubmed, Cinahl, et *Health Source: Nursing/ Academic Edition*, avec les mots-clés: "nurse-physician collaboration/ interdisciplinarity/ communication » dans le titre.

Méthode d'analyse : Analyse descriptive explicative, à partir des dix indicateurs du Modèle de Collaboration de Danielle D'Amour.

Résultats principaux : Les dix indicateurs sont décrits dans la littérature comme étant importants pour une collaboration efficace. Trois indicateurs principaux ont été identifiés : avoir des buts en commun, la connaissance mutuelle, et la connectivité (mise en relation).

Recommandations : Toutes les études s'accordent sur le fait qu'il faut organiser des formations internes sur la discipline médicale et infirmière destinées aux médecins et aux infirmières afin qu'ils se connaissent mieux mutuellement, et qu'ils puissent mieux collaborer ensemble.

Mots-clés : promoteurs, collaboration infirmière-médecin, chirurgie.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Madame Patricia Pham qui m'a guidé, encadré, et conseillé dans la réalisation de mon travail de Bachelor.

Je remercie aussi Madame Chris Schoepf pour ses cours sur la méthodologie de recherche et ses conseils.

Je remercie les deux infirmières responsables de service et de département de chirurgie pour le temps et l'attention qu'elles ont accordés à l'évaluation de la pertinence de ma revue de la littérature pour la pratique dans les hôpitaux suisses.

Je remercie mes amis et ma famille pour leur soutien.

Table des matières

1 INTRODUCTION.....	1
1.1 QUESTIONS DE DEPART ET MOTIVATIONS	2
1.1.1 Questions de départ	2
1.1.2 Motivations personnelles	2
1.1.3 Motivations socioprofessionnelles, économiques, et politiques.....	3
1.2 DONNEES HISTORIQUES SUR LA PROFESSION MEDICALE ET INFIRMIERE	4
1.2.1 Bref historique de la profession de médecin.....	4
1.2.2 Bref historique de la profession d'infirmière	6
1.3 COMPETENCES DEVELOPPEES.....	8
1.4 OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	9
2 PROBLEMATIQUE	10
2.1 PROBLEMATIQUE ACTUELLE.....	10
2.2 SPECIFICITE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE	13
2.3 QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE	14
2.4 LIMITES DE LA RECHERCHE	14
2.5 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	14
2.6 HYPOTHESES	14
3 CADRE OPERATOIRE	16
3.1 LE CONCEPT DE COLLABORATION	16
3.1.1 Définitions.....	16
3.2 SYSTEME CONCEPTUEL D'IMOGENE M. KING.....	18
3.2.1 Systèmes d'interactions	19
3.2.2 Théorie de l'atteinte des buts	20
3.3 MODELE DE COLLABORATION DE DANIELLE D'AMOUR.....	21
3.3.1 Concepts principaux identifiés	21
3.3.2 Quatre dimensions de la collaboration.....	22
3.3.3 La typologie de la collaboration	24
3.4 CONCEPTION DES SOINS INFIRMIERS	25
3.4.1 Définitions.....	25
3.4.2 Compétences des infirmières.....	26
3.4.3 Rôle infirmier	26
3.4.4 Rôle infirmier dans un service de chirurgie.....	29
3.5 CONCEPTION DE LA MEDECINE	30
3.5.1 Définition	30
3.5.2 Compétences des médecins.....	32
3.5.3 Rôle médical	33
3.6 LE CONCEPT DE COMMUNICATION	36
4 METHODE	38
4.1 TYPE DE RECHERCHE.....	38
4.2 OUTILS D'INVESTIGATION ET CRITERES DE SELECTION	38
4.3 EVALUATION DU NIVEAU DE PREUVE DES ETUDES CHOISIES.....	40
4.4 PRINCIPES ETHIQUES POUR MA REVUE DE LA LITTERATURE	42
4.4.1 Véracité	42

4.4.2 Fidélité	42
4.4.3 Justice	42
4.5 TECHNIQUE D'ANALYSE.....	42
5 ANALYSE	44
5.1 ANALYSE DES RESULTATS SELON LES 10 INDICATEURS INCLUS DANS LES 4 DIMENSIONS DE LA COLLABORATION DU MODELE DE DANIELLE D'AMOUR	44
5.1.1 Avoir des buts et une vision en commun	44
5.1.1.1 Les buts en commun	44
5.1.1.2 Centré sur le client versus autres allégeances.....	45
5.1.2 L'internalisation	46
5.1.2.1 La connaissance mutuelle	46
Communication - Interactions	46
Gestion des conflits.....	48
Connaissance des compétences et des rôles - Formations internes sur la discipline infirmière et médicale.....	48
Formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études	51
Caractéristiques individuelles	53
Volonté - Engagement personnel	54
5.1.2.2 La confiance.....	55
5.1.3 La formalisation.....	57
5.1.3.1 Les outils de formalisation	57
Visites médicales.....	57
Standards et protocoles.....	57
5.1.3.2 L'échange d'informations.....	59
5.1.4 La gouvernance	61
5.1.4.1 Le rôle central.....	61
Engagement - Soutien de l'organisation	61
Philosophie	63
5.1.4.2 Le leadership	64
Développer des standards - Définir clairement les procédures	64
Gestion des problèmes	66
Evaluation	66
Encourager les rencontres et les discussions interprofessionnelles	66
5.1.4.3 Le soutien pour l'innovation.....	67
5.1.4.4 La connectivité (mise en relation)	68
5.2 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE – SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	69
5.2.1 Avoir des buts en commun	69
5.2.2 La connaissance mutuelle.....	71
5.2.3 La connectivité.....	77
5.3 MOYENS PROPOSÉS POUR AMÉLIORER LA COLLABORATION SELON LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ANALYSÉS	78
5.3.1 Moyens en lien avec les buts en commun.....	78
5.3.2 Moyens en lien avec la connaissance mutuelle	78
5.3.3 Moyens en lien avec la connectivité	80
5.4 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE MA RECHERCHE	80
6 DISCUSSION	82
6.1 PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES : RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE, LA FORMATION, ET LA RECHERCHE EN SUISSE	82
6.1.1 Recommandations pour la pratique afin de favoriser et/ou d'améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en Suisse.....	82
6.1.2 Recommandations pour la formation.....	84
6.1.3 Recommandations pour les recherches futures.....	84

6.2 EVALUATION DE LA VALIDITE INTERNE	85
6.2.1 Choix du thème et problématique	85
6.2.2 Cadre opératoire.....	85
6.2.3 Méthodologie	86
6.2.4 Analyse	86
6.2.5 Atteinte des objectifs de recherche	87
6.3 EVALUATION DE LA VALIDITE EXTERNE.....	88
6.3.1 Fiabilité des résultats.....	88
6.3.2 Transférabilité des résultats	88
7 CONCLUSION	89
7.1 BILAN PERSONNEL	89
7.1.1 Facilités.....	89
7.1.2 Difficultés.....	89
7.1.3 Evaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage.....	89
7.2 BILAN PROFESSIONNEL	90
8 BIBLIOGRAPHIE	92
8.1 LIVRES.....	92
8.2 BROCHURES	92
8.3 ARTICLES SUR INTERNET	93
8.4 ARTICLES DE REVUE SCIENTIFIQUE	96
8.5 COURS DE LA HES-SO SOINS INFIRMIERS	96
9 ANNEXES	I
9.1 DESCRIPTIF DES COMPETENCES DES INFIRMIERES SELON LA HES-SO VALAIS-WALLIS	I
9.2 TABLEAU DES 4 DIMENSIONS DE LA COLLABORATION ET DES 10 INDICATEURS ASSOCIES, SELON DANIELLE D'AMOUR ..	IV
9.3 EXEMPLE D'EVALUATION DE LA COLLABORATION DANS UNE ORGANISATION DE SANTE (D'AMOUR ET AL., 2008, P.10)	IV
9.4 TABLEAU DECRIVANT LES 10 INDICATEURS DE LA COLLABORATION SELON DANIELLE D'AMOUR EN FONCTION DE LA TYPOLOGIE.....	V
9.5 TABLEAU RESUME DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR LES BASES DE DONNEES.....	VI
9.6 RECENSION DES ECRITS SCIENTIFIQUES	VII
9.7 GRILLES D'ANALYSE (VIDE) SELON LES 10 INDICATEURS INCLUS DANS LES 4 DIMENSIONS DE LA COLLABORATION DU MODÈLE DE DANIELLE D'AMOUR	XV
9.8 GRILLE DE SYNTHÈSE DES 8 ARTICLES SELON LES 10 INDICATEURS DE LA COLLABORATION DE DANIELLE D'AMOUR	XVI
9.9 TABLEAU RESUMANT TOUS LES ECRITS SCIENTIFIQUES	XX
9.10 MODELE DE COLLABORATION EN TANDEM, SANS ET AVEC UTILISATION DE CONSULTANTS (INTEGRES AU MODELE). XXIV	

1 Introduction

Le travail de bachelor s'inscrit dans le programme de mes études en soins infirmiers à la HES-SO Domaine Santé & Travail social, à Sion. Il s'agit d'un travail de recherche initiale dans le but d'obtenir mon diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers.

Après avoir effectué cinq stages dans différents milieux pratiques, j'ai choisi le thème de la collaboration entre les infirmières¹ et les médecins. En observant fréquemment des infirmières qui sont mécontentes de la collaboration avec les médecins², je me suis demandé quels seraient les moyens d'améliorer l'efficacité de la collaboration et aussi la satisfaction professionnelle des infirmières. Je me suis intéressé particulièrement aux moyens qu'il serait possible de mettre en place dans des services de chirurgie, car c'est dans ces types de service que j'ai observé une plus grande insatisfaction professionnelle des infirmières.

De nombreuses études montrent un lien entre la collaboration et la qualité des soins. La relation professionnelle infirmière-médecin est complexe car elle a évolué à travers les époques pour donner aux infirmières du XXIème siècle un rôle propre. Les représentations sociales et culturelles de la profession infirmière ont cependant peu changé. A travers ma recherche, j'aimerais amener une base théorique scientifique, qui pourrait servir de fil rouge à une discussion entre les directeurs, les infirmières, et les médecins, afin d'évaluer la possibilité de changements qui favoriseraient la collaboration infirmière-médecin.

Dans ma recherche, j'ai décidé d'étudier la collaboration sous un angle théorique, afin d'explorer les études qui ont été faites. Il s'agit donc d'une revue de la littérature, avec un paradigme constructiviste. J'ai trouvé les huit articles scientifiques retenus dans les bases de données scientifiques de Pubmed, Cinahl, et Health Source: Nursing/Academic Edition.

¹ Dans ce travail, j'utiliserai les termes « infirmière » et « infirmier » sans distinction de genre.

² Le contenu de ce travail n'engage que l'auteur.

1.1 Questions de départ et motivations

1.1.1 Questions de départ

Le thème de la collaboration infirmière-médecin peut être abordé sous différents angles. J'ai posé trois questions de départ qui m'ont permis d'axer ma recherche de manière assez large, puis après avoir défini la problématique je pourrai formuler une question spécifique de recherche. Mes questions de départ sont les suivantes :

-Quelle est l'importance d'une collaboration efficace entre les infirmières et les médecins dans la pratique ?

-Quelles sont les causes d'une non-collaboration ? Quelles en sont les conséquences pour les soignants et pour les patients ?

-Quels sont les moyens permettant une collaboration entre les infirmières et les médecins dans un service de chirurgie ?

1.1.2 Motivations personnelles

Durant l'un de mes stages, j'étais dans un service de chirurgie générale. Les infirmières étaient très compétentes, elles avaient beaucoup de connaissances, qu'elles utilisaient, mais elles étaient mises en retrait lors de prises de décisions, et il n'y avait pas ou peu de collaboration, mais simplement de la délégation de la part des médecins. Personnellement je me suis senti frustré, car ce n'est pas ma conception de la collaboration, et j'ai senti un manque de reconnaissance de la profession infirmière, donc ma future profession.

Quand je m'imagine travailler en tant qu'infirmier, j'ai envie de penser que mon avis professionnel sera pris en compte, et selon moi une collaboration permet aussi un meilleur climat de travail, une communication entre professionnels, sans quoi la profession infirmière perdrait vite de son intérêt. Car selon moi, l'un des intérêts de la profession infirmière est la relation humaine, la communication ; et comme pour toute profession, il est important que les infirmières se sentent reconnues pour leurs compétences et qu'elles participent aux décisions. J'aimerais donc faire une revue de la littérature en lien avec ce thème.

Dans le but de respecter l'authenticité de ma recherche, j'ai identifié mes pré-construits au sujet de la collaboration infirmière-médecin :

a) Le rôle infirmier a constamment évolué, particulièrement les 30 dernières années et je pense que l'organisation de certains services n'a pas suivi l'évolution.

b) En général, dans les milieux où les infirmières doivent effectuer une formation postgrade (soins intensifs, urgences, soins palliatifs, pédiatrie, ...), les compétences infirmières sont bien reconnues, et il y a une véritable collaboration.

c) Et selon moi c'est en chirurgie que la collaboration est la moins développée. Cela résulte probablement du fait que les infirmières ont peur de s'exprimer avec les chirurgiens car ils attachent moins d'importance à la communication infirmière-médecin que les infirmières.

1.1.3 Motivations socioprofessionnelles, économiques, et politiques

La profession infirmière, malgré la reconnaissance de compétences spécifiques officiellement (Plan d'Etudes Cadre de la HES-SO Soins infirmiers, 2008), a gardé pour les clients son étiquette du passé, c'est-à-dire l'image de l'infirmière qui obéit au médecin (In Albon, *Le regard du client sur la profession infirmière*, 2009, p.59-63).

Il est certain que la pose de diagnostics médicaux, la décision des traitements ou d'examen à effectuer, relèvent de compétences médicales, mais il faut aussi mettre en valeur les compétences infirmières et les utiliser. Cette recherche servira à trouver des moyens de collaborer de façon optimale (augmenter la complémentarité), cela donnera des clés pour favoriser la collaboration infirmières-médecins.

Une étude récente a montré que la collaboration infirmière-médecin a des répercussions sur la qualité des soins : une collaboration perçue comme efficace amène une amélioration de la qualité des soins, et une diminution des coûts non nécessaires (Choi & Pak, *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006).

Une non-collaboration entraîne une frustration des infirmières qui se sentent non reconnues. Les infirmières accordent une grande importance à la collaboration infirmière-médecin, qui est un facteur déterminant pour le choix du lieu de travail et la rétention des infirmières dans un service ou un hôpital (Thomson, *Nurse-Physician collaboration : a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*. 2007). Lorsqu'on observe qu'en Suisse nous manquons d'infirmières (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé*, p.9, 2009), il est

important de tenir compte de ce facteur pour la rétention des infirmières, qui fait aussi partie des facteurs déterminants pour le choix du lieu de travail.

Il faut donc trouver des moyens de collaborer en pluridisciplinarité, puis essayer de les appliquer. On aborde beaucoup la pluridisciplinarité dans les soins en incluant les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychothérapeutes (...), mais je pense qu'il est important de s'intéresser particulièrement à la collaboration infirmière-médecin. Il existe de nombreuses recherches sur la collaboration infirmière-médecin (77 résultats sur Pubmed le 20.06.10 avec texte intégral gratuit), mais elles sont peu mises en évidence en Suisse. Je pense que ma recherche peut apporter des réponses claires et basées sur des études antérieures, dans le but d'améliorer la collaboration infirmières-médecins, et aussi la qualité des soins.

1.2 Données historiques sur la profession médicale et infirmière

1.2.1 Bref historique de la profession de médecin

Les origines de la médecine datent de la préhistoire (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Les êtres humains préhistoriques pratiquaient une médecine instinctive, non fondée sur des connaissances physiopathologiques. Leur savoir était surtout pratique. Ils pouvaient par exemple faire des réductions de fractures et des amputations, et utilisaient certaines plantes comme traitement. Les médecins pratiquaient aussi des rites influencés par leurs croyances.

Dans l'antiquité, la médecine reposait sur des connaissances plus théoriques (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Il y avait plusieurs types de médecines, qui évoluaient selon les époques, les régions du monde, les croyances : la médecine chinoise s'est développée dès 2698 avant Jésus-Christ (J.-C), la médecine égyptienne a débuté en 2000 avant J.-C. La transmission du savoir se faisait principalement par oral, de maître à disciple, souvent de père en fils. Le médecin était encore peu reconnu dans la société.

Dans la société mésopotamienne, le médecin n'avait aucun privilège, et pouvait même avoir des sanctions en cas d'échec thérapeutique (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004) : par exemple, si un médecin sauvait un œil menacé par un abcès, il était rémunéré pour son action, mais s'il avait crevé l'œil au cours de l'opération, on lui coupait les mains. Certains actes chirurgicaux étaient effectués par des prêtres et aussi des barbiers.

La médecine était très liée aux croyances, parfois associée à la magie et aux divinités, jusqu'au V^{ème} siècle avant J.-C. qui a marqué le début d'une médecine plus rationnelle, ancrée dans la philosophie grecque, et le début de la profession médicale occidentale (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Le médecin le plus connu de l'antiquité grecque était Hippocrate (460 avant J.-C. – 377 avant J.-C.), qui était à l'origine d'un serment qui a été récité jusqu'au XVIII^{ème} siècle par tous les médecins occidentaux. Il a fait une synthèse de toutes les connaissances médicales antérieures. Hippocrate a aussi fixé des règles pour la chirurgie, et insisté sur l'importance de l'anamnèse médicale. Il a élaboré le concept de quatre éléments fondamentaux qui constituent le corps humain (le feu, l'eau, la terre, et l'air), ce qui lui a servi de base pour la pratique. Les médecins grecs pratiquaient des dissections, mais leurs connaissances en physiologie du corps humain demeuraient lacunaires.

Dans la société romaine, les médecins avaient un statut relativement bas, car ils exerçaient un travail manuel, ce qui était considéré comme dégradant par les Romains de classe supérieure (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Les médecins étaient souvent des esclaves grecs, et exerçaient leur savoir uniquement sur les gladiateurs ou les autres esclaves. Progressivement ils ont acquis une reconnaissance officielle, et des privilèges sociaux tels que l'exemption d'impôts, ils étaient aussi dispensés d'obligations militaires, et étaient les seuls étrangers qui n'ont pas été expulsés en 46 avant J.-C.

La christianisation de l'Europe a entraîné des soins médicaux basés sur des principes d'humanité, et au début du Moyen Age, le rôle de médecin était surtout exercé par les moines qui savaient lire et écrire le latin, c'était le début des hôpitaux (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). L'Eglise interdisait la dissection, proposait l'application de reliques de saints comme traitement. Dès le XI^{ème} siècle, il y avait la création d'écoles de médecine ouvertes aux laïcs ; parallèlement la médecine arabe s'est aussi développée, et a amené des connaissances plus poussées en physiologie, en chirurgie, et en hygiène notamment. La chirurgie était exercée par des barbiers et des barbiers-chirurgiens (ils n'avaient donc pas de formation médicale), et elle était dévalorisée par les médecins et l'Eglise, car « l'Eglise a horreur du sang » (Halioua, 2004).

A la renaissance, les médecins ont gagné leur titre de savants, et il y avait une grande accumulation de connaissances (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Les médecins gagnaient bien leur vie, contrairement aux chirurgiens, dont le métier manuel était dénigré par des médecins qui s'estimaient plus cultivés parce qu'ils parlaient le

latin. Il y a aussi eu un grand progrès dans la compréhension des maladies psychiatriques.

Au XVII^{ème}, XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle, la médecine a fait de grands progrès en physiologie humaine, il y a eu de nombreuses découvertes (agents infectieux, traitements), grâce à des progrès technologiques (microscopie, moyens d'investigation). Il y a aussi eu un essor de la chirurgie, avec la création de l'Académie Royale de Chirurgie en 1731 en France, et la reconnaissance de la chirurgie en tant que domaine médical (Halioua, *Histoire de la médecine*, 2004). Au XX^{ème} siècle, les progrès ont continué dans tous les domaines de la médecine, la technologie a trouvé de plus en plus sa place dans les hôpitaux. Les connaissances médicales étant extrêmement étendues, cela a rendu nécessaire l'élaboration de spécialisations médicales, parfois on parle d'hyper-spécialisation.

1.2.2 Bref historique de la profession d'infirmière

Les premières infirmières ont été reconnues en tant que telles en 1880 (Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière [GRIPI], *Historique de la profession d'infirmière*, pp. 13-23, 1986), mais le rôle infirmier a des racines historiques plus lointaines. Les origines du rôle soignant peuvent être rattachées aux origines des hôpitaux. Des hospices et des maisons charitables ont été créés sous l'impulsion de l'Eglise au cours des premiers siècles après Jésus-Christ, mais le premier hôpital a été créé en 400, sa mission était l'accueil des pauvres et des infirmes (Halioua, *Histoire de la profession de la médecine*, 2004).

Dès les débuts du Moyen Age, le rôle soignant était assuré par des sœurs et des frères (religieux) dévoués, qui travaillaient gratuitement, par vocation et par charité (GRIPI, *Historique de la profession d'infirmière*, pp. 13-23, 1986). Ils avaient un rôle de surveillance et d'aide aux infirmes, et apportaient un soutien spirituel. Ils étaient parfois secondés par des serviteurs ou servantes (rémunérés) qui considéraient leur tâche comme un métier ordinaire. Ces derniers se sont révélés mauvais dans leur rôle, et dès le XVII^{ème} siècle, les hôpitaux ont fait appel à des congrégations religieuses. Le christianisme a pris une place importante dans les hôpitaux et les soins : l'hôpital appartenait à l'Eglise, il était soumis à la tutelle administrative de l'évêque. En 1789, la révolution française a permis une nationalisation des hôpitaux, et leur direction a été confiée aux municipalités, mais le rôle soignant était encore assuré par des sœurs hospitalières. Le mot « infirmière » est apparu quelques années après la révolution, et la fonction infirmière était assurée par des serviteurs laïcs, qui travaillaient sous la

direction des sœurs hospitalières. Le rôle infirmier consistait à aider, seconder et assister. Les sœurs imposaient une règle de vie austère aux infirmiers et aux malades.

Les sœurs prenaient beaucoup de pouvoir dans les institutions et étaient considérées comme un obstacle à l'amélioration des soins, elles ont progressivement été remplacées par des laïcs (GRIPI, *Historique de la profession d'infirmière*, pp. 13-23, 1986). Entre la fin du XIX^{ème} et le début du XX^{ème} siècle, il y a eu la naissance de la profession infirmière. En France, les premiers cours de formation et les premières écoles d'infirmières se sont organisées à l'initiative des médecins. Le but était d'avoir du personnel compétent et fidèle, en soulignant les limites du rôle infirmier avec des règles morales, dont l'obéissance et la soumission au médecin. Ces nouvelles infirmières recrutées de manière intensive étaient nourries, logées, et habillées par l'hôpital, et elles recevaient un très petit salaire ; leur vie entière était réglée par l'institution, elles n'avaient pas de vie personnelle, le célibat leur était imposé. La première référence infirmière a été Florence Nightingale dès 1856 (Seppey, *L'histoire des soins infirmiers*, septembre 2007), en Angleterre, elle a développé la spécificité des soins infirmiers et du rôle de l'infirmière.

En Suisse romande, Madame de Gasparin a fondé la première école d'infirmière laïque dans le monde (Seppey, *L'histoire des soins infirmiers*, septembre 2007), en 1859 à Lausanne (actuelle école *La Source*). La Croix-Rouge, fondée par Henri Dunant en 1863, a joué un grand rôle dans le développement des soins infirmiers. La Croix-Rouge suisse était responsable de la reconnaissance des écoles d'infirmières, et fixait les règlements pour la formation infirmière jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle. En parallèle, la reconnaissance du travail féminin salarié s'est développée, car auparavant les femmes devaient rester mères au foyer. Il y a aussi eu une meilleure reconnaissance salariale, et les infirmières n'étaient plus obligées de rester célibataires.

Entre la fin du XX^{ème} et le début du XXI^{ème} siècle, le rôle infirmier a énormément évolué, grâce aux nouvelles techniques, aux progrès thérapeutiques, et surtout grâce au développement des sciences infirmières avec la recherche en soins infirmiers. Les compétences infirmières spécifiques sont maintenant reconnues.

1.3 Compétences développées

Compétence 5

Contribuer à la recherche en soins et en santé.

-s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (Travail de Bachelor) :

Dans la réalisation de ce projet, je pourrai développer mes compétences dans le domaine de la recherche en soins infirmiers. Je pourrai donc développer mes connaissances et mes compétences en méthodologie de recherche. C'est ma première recherche, il est donc précisé qu'il s'agit d'une recherche initiale, qui s'inscrit dans le cadre de mes études en soins infirmiers.

Ce travail est en lien avec une problématique que j'ai observée dans certains lieux de stages. A travers une revue de la littérature, j'ai pour objectif d'amener une base théorique sur les moyens d'améliorer la collaboration entre les infirmières et les médecins. C'est une problématique très ancienne, et dont les composantes sociales et culturelles sont importantes, je ne prétends pas ici amener une solution parfaite, mais trouver des moyens pour améliorer la collaboration, et pouvoir les proposer dans une institution ou un service par la suite.

Compétence 7

Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire.

-s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels :

Mon thème est directement lié à la difficulté pour les infirmières de s'engager dans un travail d'équipe interdisciplinaire avec les médecins et de participer aux processus décisionnels. A travers cette recherche, j'aimerais trouver des moyens qui favorisent la collaboration infirmière-médecin et la participation de l'infirmière dans les processus décisionnels. La problématique est liée à la non-utilisation optimale de cette compétence infirmière dans les services de chirurgie particulièrement.

Compétence 9

Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

-suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession :

Dans la politique en matière de santé, la pratique basée sur des résultats probants est exigée par la LAMal. Les enjeux pour la profession infirmière en sont multiples : une meilleure reconnaissance sociale de la profession, une rationalisation des pratiques de soins, des exigences de formation plus élevées, et aussi une plus grande part d'autonomie dans le rôle infirmier étant donné un champ de compétences élargi (cf. annexe 9.1 : Descriptif des compétences, niveau expertise). Il y a une grande évolution des compétences infirmières, et ma recherche me permettra de trouver des moyens pour favoriser l'utilisation de ces compétences infirmières en collaboration avec les médecins.

-s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière :

En cherchant des moyens de favoriser l'utilisation et la valorisation du rôle infirmier, j'aimerais contribuer au développement et la visibilité de la profession infirmière. Je reconnais toutefois que cette contribution comporte quelques limites, car il s'agit de ma première recherche, et je traite le thème de manière théorique à travers une revue de la littérature.

1.4 Objectifs personnels d'apprentissage

1. Dans la réalisation de ce travail de recherche, je pourrai analyser les données recueillies dans la revue de la littérature, selon une technique d'analyse pertinente.
2. A la fin de ma recherche, je saurai faire une auto-évaluation critique de ma recherche, en me basant sur des critères d'évaluation pertinents.
3. A la fin de ma recherche, je serai capable d'expliquer les enjeux de la collaboration infirmière-médecin, et les éléments qui favorisent la collaboration dans un service de chirurgie.
4. A la fin de ma recherche, je serai capable d'argumenter l'importance de la collaboration dans les services de chirurgie.

2 Problématique

2.1 Problématique actuelle

En Suisse, en 2000, il y avait 59'833 infirmiers (-ères) et 23'138 médecins (Office Fédéral de la Statistique [OFS], *Personnel de la santé selon la profession exercée*, 2010). La pénurie de personnel infirmier se profile, en raison de l'augmentation de la demande due au vieillissement de la population suisse (OFS, *Le Panorama du thème « population »*, 2009) : entre 1900 et 2008, la proportion de personnes âgées de plus de 64 ans a progressé de 5.8% à 16.6%, dont une augmentation importante de la proportion de personnes de plus de 80 ans qui représentait en 2008 4.7% de la population.

De plus, le personnel infirmier est majoritairement féminin (72% de femmes en 2005) selon l'OFS (L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005, *Personnes actives selon le sexe*, p.11, 2007), et reste relativement peu d'années dans le monde du travail, en raison d'une priorité accordée à la vie de famille plus marquée chez les femmes, qui arrêtent souvent de travailler dans le but de s'occuper des enfants. Il y a aussi un grand écart entre les besoins de personnel soignant et le nombre de personnes diplômées en moyenne chaque année entre 2000 et 2009 (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS]. *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé*, 2009) : 4'494 professionnels de soins au niveau tertiaire sont nécessaires, et seuls 2'279 diplômes sont décernés chaque année.

L'une des mesures proposées dans le but de pallier à ce manque de personnel est le maintien du personnel. Si l'on parvient à prolonger la vie professionnelle de 1 an, cela diminuera les besoins de relève en professionnels de soins de 5% pour une carrière de 20 ans et de 10% pour une carrière de 10 ans. Sept facteurs ont été identifiés afin de favoriser le maintien du personnel : **une répartition des rôles, des tâches et des responsabilités conforme aux compétences** ; une charge de travail adaptée et une répartition équitable des tâches ; **la reconnaissance et la valorisation du travail par les collaborateurs et par les supérieurs hiérarchiques** ; **la motivation par une bonne direction et un travail d'équipe satisfaisant** ; des offres de développement du personnel, notamment grâce au perfectionnement ; des modèles de travail appropriés, permettant en particulier de concilier vie familiale et vie professionnelle ; la

promotion de la santé (CDS, *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé*, p.12, 2009).

Le concept de « Magnet Hospitals », hôpitaux aimants, qui attirent et retiennent leur personnel, a été développé par l'académie américaine des infirmières (American Academy of Nurses [AAN]) en 1980. Ce concept a été adopté par le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), et 14 critères ont été identifiés comme étant des forces attractives pour le personnel infirmier (Penseyres, *Présentation du concept « MAGNET HOSPITAL »*, pp.1-2, 2010):

1. *Leadership infirmier d'exceptionnelle qualité.*
2. ***Structure organisationnelle avec prises de décisions basées dans les unités.***
3. ***Style de gestion participative.***
4. ***Politique du personnel reconnaissant et valorisant la formation et l'expertise des infirmières.***
5. *Qualité des soins supérieure.*
6. *Modèles de soins professionnels.*
7. ***Niveau d'autonomie approprié.***
8. *Mécanismes d'assurance-qualité actifs.*
9. *Consultation mutuelle possible et autres ressources.*
10. ***Rapport positif avec les communautés environnantes [autres professionnels].***
11. *Image positive des soins infirmiers dans l'institution.*
12. *Rôle d'enseignantes pour les infirmières.*
13. ***Bonnes relations infirmières-médecins.***
14. *Opportunités de développement de la carrière professionnelle.*

On peut noter l'importance de la relation infirmière-médecin, de la collaboration interprofessionnelle, et la facilitation de cette collaboration par des mesures organisationnelles (valorisant le rôle infirmier), dans la rétention de personnel infirmier. De nombreuses études existent sur la satisfaction (et l'insatisfaction) des infirmières, particulièrement en lien avec le stress et le burn-out (8788 résultats sur Pubmed Central avec les mots clés « satisfaction nurses », le 30 avril 2010). Quant aux publications en lien avec le rôle infirmier, l'accent est mis sur le rôle autonome de l'infirmière, afin de mettre en avant le rôle propre infirmier (19 résultats de Travaux de fin d'études niveau Bachelor sur RERO avec les mots clés « rôle infirmier », le 30 avril 2010).

Le concept des hôpitaux aimants et les critères de force d'attraction sont peu mis en avant dans la littérature francophone, et méritent qu'on s'y attarde. Une étude américaine montre que la collaboration infirmière-médecin est un facteur déterminant pour le choix du lieu de travail (Thomson, *Nurse-Physician collaboration : a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*, 2007).

L'interdisciplinarité est vue comme un facteur déterminant pour la qualité des soins : diminution des coûts, meilleure qualité des soins, diminution de la morbidité et de la mortalité. Il y a aussi un lien fort entre la collaboration et la durée de l'hospitalisation (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008). Les infirmières qui travaillent dans un environnement où il y a collaboration, font moins de burn-out, et le recrutement et la rétention des infirmières y sont plus élevés, que là où il n'y pas de collaboration. Cependant dans la collaboration, les deux acteurs doivent se mettre d'accord sur les rôles de chacun, et l'infirmière seule ne peut pas favoriser la collaboration.

Les infirmiers témoignent d'une attitude globalement plus positive pour la collaboration médico-infirmière que les médecins (Pouliquen, *Ressenti de la collaboration médico-infirmière dans le contexte péri-opératoire, une étude dans un hôpital du Middle-West américain*, 2008). Pouliquen (2008) émet les conclusions suivantes : il reste beaucoup à faire pour développer la collaboration ; elle doit être institutionnalisée, en reconnaissant officiellement les différents acteurs, et en établissant des protocoles et des codes de conduite relationnelle ; elle doit être organisée sur la base d'un partenariat ; il doit y avoir des formations continues et des ateliers en commun, ainsi que des expériences d'accompagnement des uns dans les tâches des autres. La collaboration infirmière-médecin est influencée par la connaissance réciproque des rôles et des compétences de chacun.

Choi & Pak relèvent l'importance du travail en collaboration et ses avantages (*Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy : 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006) : accroît l'apprentissage et le développement des personnes et des organisations ; favorise une meilleure utilisation des ressources et planification pour l'avenir ; amène une diminution des coûts non nécessaires, entraîne l'amélioration de l'efficacité au travail et de la qualité, et favorise la communication et le partage de connaissances.

Les infirmières ne mettent pas suffisamment en évidence leur rôle et leur importance auprès des médecins (Thomson, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical*

Units, 2008), il y a un manque de communication au sujet des rôles et de la collaboration. Sur une échelle de 1 à 6, le score des infirmières est de 2.4 et 2.8 sur 6 sur les sujets suivants (plus le score est bas, plus le niveau de collaboration est bas) : 1. questionnement envers les médecins pour connaître leurs attentes à propos du degré d'investissement dans la prise de décision, et 2. négociation pour définir la responsabilité de chacun dans l'information au patient.

Dans ma pratique, j'ai surtout observé un manque de collaboration dans les services de chirurgie, mais cela est peu documenté. Une étude de Bags & Schmitt réalisée auprès de médecins aux soins intensifs en 1997 (citée dans : Thomson, *Nurse-Physician collaboration : a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*, Review of the littérature, 2007), révèle qu'ils perçoivent moins de connaissances au sujet des pathologies chez les infirmières en soins généraux (qui travaillent en chirurgie ou en médecine) que chez les infirmières en soins intensifs. La connaissance perçue est décrite comme une condition importante pour collaborer, car elle favorise la relation de confiance, et l'utilisation d'un même langage professionnel permet une communication constructive et la compréhension mutuelle.

Ainsi, il y a des conditions pour qu'une collaboration soit efficace et plusieurs avantages d'une collaboration efficace ont été identifiés.

2.2 Spécificité d'un service de chirurgie

Les unités hospitalières ont chacune leurs spécificités. Les diagnostics médicaux, les soins, la prise en charge (plus aiguë ou plus chronique), et l'approche thérapeutique sont très variables. La description formulée ci-dessous provient de mes observations durant deux stages dans des services de chirurgie, car je n'ai pas trouvé de documents officiels qui décrivent précisément le fonctionnement d'un service de chirurgie, en ayant cherché sur les sites des grands hôpitaux de Suisse romande, ni sur les bases de données recommandées (Medline, Cinahl, Pubmed, BDSP).

Dans un service de chirurgie, il y a des imprévus tout au long de la journée (et de la nuit), des patients opérés d'urgences, des changements de priorités pour les patients, les médecins et les infirmières, cela demande de grandes capacités d'adaptation, et de gestion du stress. Les services de chirurgie sont des services de soins aigus, c'est-à-dire où les patients sont hospitalisés durant une courte période en raison d'un problème chirurgical, et la surveillance doit être régulière et individuelle afin d'assurer la sécurité des patients. Le fonctionnement est souvent réglé par des protocoles de soins établis par les chirurgiens-chefs.

Les chirurgiens sont peu présents dans le service, car ils sont en train d'opérer. Ce sont les infirmières qui assurent une surveillance adaptée afin d'offrir une prise en charge de qualité, et font appel aux médecins lorsqu'elles le jugent nécessaire. Elles ont plus souvent des interactions avec les médecins-assistants qu'avec les chefs de clinique ou les médecins-chefs.

2.3 Question spécifique de recherche

Ma question spécifique de recherche est : Quels indicateurs influencent la collaboration infirmière-médecin dans un service de chirurgie ?

2.4 Limites de la recherche

Ma recherche consiste à explorer les études préexistantes sur le thème de la collaboration infirmière-médecin. D'après mes recherches actuelles, la question de la collaboration est peu documentée en Suisse romande, donc je vais utiliser des études réalisées dans d'autres pays aussi. Les écarts entre ce qui est documenté et la réalité des hôpitaux en Suisse romande seront critiqués dans l'analyse et dans la discussion.

Le but de ma recherche est d'apporter une base théorique fondée sur des résultats probants, portant sur les moyens de favoriser la collaboration infirmière-médecin. Les données recueillies seront uniquement théoriques, il n'y aura pas de recueil ou analyse de données empiriques.

2.5 Objectifs de la recherche

1. Identifier les différentes composantes de la collaboration, et analyser comment elles peuvent contribuer à une collaboration efficace dans un service de chirurgie.
2. Identifier les moyens qui peuvent être mis en place pour améliorer l'efficacité de la collaboration.
3. Proposer des pistes de recherches ultérieures.

2.6 Hypothèses

1. *La collaboration infirmière-médecin dépend de la connaissance réciproque des rôles et des compétences de chacun, leur capacité à communiquer, et leur capacité à résoudre les conflits.*

Pour collaborer, il est nécessaire de connaître les compétences de l'autre professionnel, son rôle dans le service et envers les patients. Les conflits sont normaux

dans tout travail d'équipe, il convient que les deux professionnels apprennent à gérer les conflits sainement, en évitant des rapports de pouvoir qui obligeraient l'un à se soumettre à l'autre. Dans la capacité à gérer les conflits, la communication joue un rôle important ; cette dernière permet aussi l'échange d'informations au sujet des patients (observations infirmières, diagnostics médicaux), la création d'une relation professionnelle et humaine.

2. Des facteurs externes influencent la collaboration : l'organisation des services de soins (ex : visite médicale quotidienne programmée à une heure précise, participation active de l'infirmière souhaitée et favorisée), le type de service de soins (présence des médecins dans le service non-stop ou pas), le cadre légal qui régit les rôles de chacun.

Une visite médicale programmée permet de poser un cadre qui rend la collaboration « obligatoire », de plus si l'infirmière a la possibilité de participer à la visite médicale (selon la dotation en personnel du service), elle pourra échanger ses observations et ses évaluations avec les médecins. Le cadre légal peut aider à clarifier les devoirs de chacun, ainsi un texte de loi sur les rôles et les limites des rôles de chacun permet de donner une plus grande importance à la collaboration, et peut-être une meilleure prise en compte dans la pratique.

3. Les infirmières ne mettent pas suffisamment en valeur leur rôle propre auprès des médecins, et n'expliquent pas l'importance des soins infirmiers (et des outils utilisés : démarche de soins infirmiers) dans la prise en charge des patients.

En expliquant leur rôle propre, et en mettant l'accent sur l'importance des soins infirmiers, les infirmières s'affirmeront en tant que professionnelles responsables et compétentes, elles seront plus reconnues en tant que telles aussi.

3 Cadre opératoire

Je présente ici les différents concepts en lien avec ma recherche. D'abord je définis différents concepts en lien avec la collaboration, puis le Système Conceptuel d'Imogène M. King pour la collaboration interpersonnelle, et le Modèle de Collaboration de Danielle D'Amour. Je développe aussi la conception des soins infirmiers et la conception de la médecine car elles permettent de bien définir les deux disciplines selon les buts, les valeurs, les compétences, et les rôles des infirmières et des médecins. Ensuite je définis le concept de communication, car c'est un facteur important dans la collaboration.

3.1 Le concept de collaboration

3.1.1 Définitions

Ci-dessous, je définis différents concepts proches de la collaboration, afin de montrer les distinctions et les similitudes entre eux.

- Collaboration :

Participation à un travail avec une ou plusieurs personnes (Larousse, 2006, pp.282-283).

Interactions entre l'infirmière et le médecin qui permettent aux connaissances et compétences des deux professions d'influencer « en synergie » les soins faits aux patients (Weiss & Davis, 1985, cité dans : Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008).

- Coopération :

Action de coopérer (agir conjointement avec quelqu'un) (Larousse, 2006, p.334). Dans ma recherche, ce concept n'est pas approprié car je cherche à analyser la collaboration de manière globale, et pas seulement dans les interventions communes infirmière-médecin.

- Discipline :

La discipline scientifique est une approche des présupposés, des savoirs (connaissances, compétences) construites et standardisées, par une communauté scientifique qui, d'une part se reconnaît comme telle, d'autre part est reconnue comme telle, par la société (selon Maingain, Dufour, Fourez) (citée dans ARSI, *Concepts en sciences infirmières*, 2009, p.194).

- Multidisciplinarité :

La multidisciplinarité se construit sur la connaissance de différentes disciplines mais reste dans le cadre de ces domaines (Choi & Pak, *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy : 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006).

- Interdisciplinarité :

L'interdisciplinarité analyse, synthétise et harmonise les liens entre les disciplines dans un tout coordonné et cohérent (Choi & Pak, 2006).

- Transdisciplinarité :

La transdisciplinarité intègre les sciences naturelles, sociales, et médicales, dans un contexte d'humanité, et de cette manière transcende leurs cadres traditionnels (Choi & Pak, 2006).

- Pluridisciplinarité :

Le mot pluridisciplinarité est utilisé pour désigner la collaboration entre plusieurs disciplines de manière générale, lorsque nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour affirmer qu'il s'agit, d'inter-, multi-, ou transdisciplinarité (Choi & Pak, 2006).

L'ARSI (*Concepts en sciences infirmières*, 2009, p. 194) donne deux autres définitions de l'interdisciplinarité :

-L'interdisciplinarité se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures (selon Berger).

-L'interdisciplinarité émerge face à la conscience des limites d'une approche disciplinaire et face à un besoin de se donner une représentation commune, dans un contexte, en vue d'un projet commun (selon Maingain, Dufour, Fourez, 1983).

Le travail interdisciplinaire se construit donc autour d'un projet commun, il nécessite la présence de plusieurs disciplines qui sont complémentaires, différentes, et sans prédominance de l'une par rapport à l'autre. Il faut alors considérer les soins infirmiers comme une discipline à part entière, et légitime. Quant au travail d'équipe, il se construit par le dialogue, les interactions, et la décision d'un but commun, l'identification et le sentiment d'appartenance à l'équipe ; il fait partie de l'interdisciplinarité. La collaboration fait aussi partie de l'interdisciplinarité, car les

disciplines infirmière et médicale doivent obligatoirement collaborer pour échanger au sujet des patients. Il est important que chaque professionnel reconnaisse ses propres limites et l'importance de l'autre professionnel. L'interdisciplinarité permet d'apporter différentes perspectives à un problème complexe uniquement, afin de le cerner totalement (Choi & Pak, *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006), elle n'est pas utile pour des problèmes simples. De plus, l'interdisciplinarité n'est pas sans risques (Charles, *La place de l'interdisciplinarité dans les soins*, p.10, 2004), la multiplication des intervenants peut entraîner une fragmentation de la prise en charge, et induire une confusion des rôles.

Le concept d'interdisciplinarité est important dans ce travail, car il est inclu dans le thème de ma recherche. Dans ma recherche j'utiliserai uniquement les termes d'interdisciplinarité et de collaboration de manière égale, car ce sont les concepts qui correspondent le mieux à mon thème.

3.2 Système Conceptuel d'Imogène M. King

Imogène M. King (1923-2007) a présenté pour la première fois son système conceptuel en 1964 dans *Nursing Theory - Problems and Process*, et c'est en 1981 qu'elle introduit la Théorie de l'Atteinte des Buts dans *A Theory for Nursing : Systems, Concepts, Process*. Il y a eu très peu de changements dans son système conceptuel et sa théorie par la suite (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, pp. 88-119).

J'ai choisi ce modèle car il permet d'analyser les interactions personnelles à travers trois systèmes : le système personnel (individuel), le système interpersonnel (interactions, communication), et le système social (contexte dans lequel se déroule l'interaction). Etant donné que ma recherche porte sur la collaboration professionnelle, j'utiliserai le terme système interprofessionnel au lieu de système interpersonnel. En effet, dans l'analyse de ce modèle, Fawcett conclut qu'il peut être utilisé pour étudier des systèmes de soins, et que l'objectif ultime du Système Conceptuel de King est de déterminer les effets sur l'atteinte des buts, lors d'un choix de buts communs et de la mise en place d'interventions infirmières en lien avec ces buts (*Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, p.104).

La théorie de l'atteinte des buts est décrite en termes d'interaction infirmière-patient, mais on peut utiliser cette théorie pour étudier l'interaction infirmière-médecin centrée sur le patient (buts pour le patient) (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge*,

Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, 2005, pp.88-119). Le patient n'est souvent pas inclus dans le processus de collaboration, et c'est l'infirmière qui fait le lien entre le patient et le médecin ; cela nous montre déjà un des rôles infirmiers.

3.2.1 Systèmes d'interactions

King utilise une perspective holistique pour définir les systèmes d'interactions, qu'elle définit comme des « tous » (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, pp.93-99) : ils sont ouverts, dynamiques (changements et réajustements continus), et en interaction les uns avec les autres.

Chaque système possède plusieurs dimensions, cependant le classement des différentes dimensions par système est parfois arbitraire, car les systèmes sont tellement inter-reliés qu'une dimension peut se retrouver dans un système ou un autre (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, p.95) :

Système personnel (individus) : perception, soi (pensées et émotions, conscience d'exister), croissance et développement, image corporelle, temps, espace personnel, et apprentissage (pensée critique, connaissances, conceptualisation).

Système interprofessionnel (groupes) : interaction (processus de perception et de communication entre deux personnes ou entre une personne et l'environnement, orienté vers un but), communication (verbale et non-verbale), transaction (processus d'interaction orienté vers un but), rôle (qui est attendu et défini par le système social et que la personne accepte), stress (permet une dynamique dans l'échange d'information, peut être constructif ou destructif), coping (stratégies d'adaptation ou de « faire face » au stress).

Système social (société) : organisation, autorité (processus transactionnel, la personne soumise à l'autorité accepte ce rôle), pouvoir, statut, prise de décision, contrôle.

De plus, King définit d'autres métaconcepts dans son Système Conceptuel (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, pp.93-99). Le métaconcept **environnement** est défini par les concepts *environnement interne* (source de stress ou ressource) et *environnement externe* (changements qui exigent des réajustements, source de stress ou ressource aussi).

Le métaconcept de **soins infirmiers** est défini par les concepts *action, réaction, processus d'interaction* (partager des informations, communiquer, identifier les problèmes et définir un but précis, explorer et négocier les moyens d'atteindre le but fixé, décider ou accepter).

3.2.2 Théorie de l'atteinte des buts

La théorie de l'atteinte des buts a été développée par Imogène M. King et cette théorie est importante dans ma recherche, car la collaboration doit s'articuler autour de buts en commun. L'atteinte des buts est un processus dynamique et interactif, avec des changements et des réajustements continus, et ne doit pas être vu comme un processus linéaire (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, p.102). On peut cependant représenter schématiquement les différentes étapes de l'atteinte des buts :

1. Choix d'un but commun : nécessite une communication ouverte et un processus d'interaction ; il faut se mettre d'accord sur le but visé, en se basant sur les caractéristiques du patient, ses problèmes, et ses perturbations de la santé, en incluant les aspects éthiques de la situation.

2. Exploration des moyens de l'atteindre : phase de planification, les différents moyens d'atteindre le but fixé sont explorés.

3. Un accord est trouvé sur les moyens d'atteindre le but fixé : phase de planification, les différents moyens sont discutés et négociés, un accord est trouvé.

4. Transaction : mise en place des moyens, processus de transaction (dynamique, changements, réajustements).

5. Atteinte des buts : évaluation des conséquences, déterminer si le but a été atteint en fonction de l'état de santé du patient ou de sa capacité à fonctionner dans les rôles sociaux ; si le but n'est pas atteint, il faut en déterminer les raisons.

Il n'est probablement pas nécessaire que les trois personnes soient en interaction au même moment (médecin, infirmière, patient), il se peut que les rôles soient définis de telle sorte que seuls le patient et l'infirmière soient en interaction (ce qui est souvent le cas dans un service de chirurgie). Le médecin reçoit ensuite des transmissions claires de la part de l'infirmière, qui aura aussi la responsabilité d'évaluer l'état de santé et de

participer à la prise de décision (changements de traitements, retour à domicile, convalescence, etc.) en accord avec le patient aussi.

Dans le modèle de la collaboration de Danielle D'Amour (décrit ci-dessous), la théorie de l'atteinte des buts et le système d'interactions sont décrits de manière plus spécifique dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle dans les organisations de santé.

3.3 Modèle de collaboration de Danielle D'Amour

Danielle d'Amour est enseignante et chercheuse en soins infirmiers, à l'université de Montréal au Canada. En 2005, elle définit les bases conceptuelles pour la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu, *The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks*). A travers une autre étude en 2008, elle valide son modèle de la collaboration interprofessionnelle dans les organisations de santé et propose une typologie de la collaboration (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez, Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*). Ce modèle peut être utilisé dans une recherche pour déterminer l'intensité de la collaboration (cf. annexe 9.3), mais aussi dans la pratique pour mettre en place des interventions afin d'améliorer la collaboration. Il s'insère dans la théorie de l'atteinte des buts et le système d'interactions d'Imogène M. King, et permet d'analyser plus spécifiquement la collaboration interprofessionnelle. C'est pourquoi dans l'analyse j'utiliserai le modèle de la collaboration de Danielle D'Amour.

3.3.1 Concepts principaux identifiés

Danielle D'amour et al. définissent la collaboration à travers 5 concepts sous-jacents : partager, partenariat, pouvoir, interdépendance, et processus (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu, *The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks*, 2005).

Partager : dans un processus de collaboration, on observe qu'il faut partager les responsabilités, la prise de décision, la philosophie de soins, les valeurs, les données, le planning et les interventions.

Partenariat : relations collégiales, authentiques et constructives, communication ouverte et honnête, confiance mutuelle, respect, être conscient et valoriser la contribution des autres professionnels, poursuivre des buts communs.

Pouvoir : pouvoir partagé, pouvoir basé sur la connaissance et l'expérience plutôt que sur la fonction ou le titre, interaction, relations.

Interdépendance : dépendance mutuelle, requiert que les professionnels soient plus interdépendants qu'autonomes, conduit parfois à une action collective.

Processus : négociation, compromis lors de prises de décisions, planning et interventions partagés, viser l'amélioration des soins en reconnaissant les qualités et les compétences des autres professionnels.

3.3.2 Quatre dimensions de la collaboration

Selon ce modèle (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008), la collaboration peut être analysée à travers quatre dimensions incluant 10 indicateurs. Il y a deux dimensions relationnelles (buts et vision en commun ; internalisation) et deux dimensions organisationnelles (formalisation ; gouvernance) qui influencent la collaboration. Elles sont reliées les unes aux autres (cf. annexe 9.2), et sont le reflet du processus de la collaboration. Ces dimensions peuvent aussi être influencées par des facteurs externes tels que les ressources humaines, les contraintes et les politiques financières.

1. Avoir des buts et une vision en commun signifie que les buts communs existent, l'équipe se les approprie, mais aussi qu'il y a une reconnaissance des divergences (de motifs ou d'allégeances) et une diversité des attentes en regard de la collaboration (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008).

Les indicateurs associés à cette dimension sont :

- a) Les buts : avoir des buts communs est essentiel pour le processus de collaboration.
- b) Centré sur le client versus autres allégeances (obligations institutionnelles, ou hiérarchiques) : répondre aux besoins des clients est un objectif sur lequel tous les professionnels peuvent se mettre d'accord. Il y a parfois des allégeances différentes (clientèle, profession, organisations, intérêts personnels, etc.) qui entrent en jeu, alors il est important de pouvoir négocier, afin d'éviter des comportements opportunistes et la perte de vue de l'objectif central.

2. L'internalisation (ou intériorisation) est la prise de conscience des professionnels de leurs interdépendances et de l'importance de celles-ci, ce qui sous-entend une

forme d'appartenance, une connaissance des valeurs de l'un et de l'autre et une confiance mutuelle (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008).

Les indicateurs associés à l'internalisation sont :

- a) La connaissance mutuelle : il faut se connaître personnellement afin de connaître les valeurs et le niveau de compétence de l'autre ; et se connaître professionnellement signifie connaître le cadre de référence disciplinaire, l'approche des soins, et le champ d'application professionnelle de l'autre. Il est donc important de favoriser les interactions formelles et/ou informelles interprofessionnelles.
- b) La confiance : la collaboration n'est possible que lorsqu'il y a la confiance en les compétences de l'autre et sa capacité à assumer des responsabilités. La confiance se construit à partir d'évaluations mutuelles qui sont échangées et discutées ; lorsque les professionnels ne se connaissent pas bien, ils ont tendance à éviter la collaboration.

3. La formalisation est la structure dans laquelle se construit la collaboration, elle comprend une documentation des procédures désirées et leur utilisation, et clarifie les attentes et les responsabilités (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008).

Les indicateurs associés à la formalisation sont :

- a) Les outils de formalisation : permet aux professionnels de savoir ce qui est attendu et ce qu'ils peuvent attendre des autres. Il existe différents outils : protocoles, systèmes d'informations, consensus interorganisationnels, etc. Cependant, les données antérieures suggèrent que la collaboration est plus influencée par les consensus qui émergent de la formalisation que par le degré de formalisation.
- b) L'échange d'informations : utilisation appropriée des infrastructures d'information (colloques, visites médicales structurées, transmissions écrites et orales). Cela permet une complémentarité, mais aussi d'évaluer l'autre professionnel en fonction de ce qu'il transmet, cela est décrit comme un aspect important pour établir des relations de confiance.

4. La gouvernance comprend les fonctions du leadership qui soutiennent la collaboration, elle donne une ligne de conduite et aide les professionnels à mettre en pratique les changements en lien avec la collaboration (D'Amour, Goulet, Labadie, San

Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008).

Les indicateurs associés à la gouvernance sont :

- a) Le rôle central : il faut une direction explicite qui a un rôle de guide, qui s'implique et joue un rôle stratégique et politique pour soutenir la mise en place et la continuité du processus de collaboration.
- b) Le leadership : management de proximité, le rôle de leader peut être tenu par des chefs mandatés pour cette fonction ou par des professionnels qui prennent cette initiative par eux-mêmes. Il est important que le pouvoir ne soit pas entre les mains d'une seule personne, car chacun des collaborateurs doit pouvoir faire entendre ses opinions et participer à la prise de décisions.
- c) Le soutien pour l'innovation : la collaboration amène à de nouvelles activités, et par conséquent à des changements dans la manière de travailler et le partage des responsabilités. Ces innovations doivent être développées, mises en place, et soutenues par les directeurs. Il faut aussi la mise en place d'un nouveau processus d'apprentissage (cours sur les autres disciplines, ou sur la collaboration, par exemple).
- d) La connectivité (mise en relation) : il faut que les professionnels soient en relation et que les discussions soient possibles afin de travailler de manière constructive (ajustements, résolution de problèmes, information et feedback, colloques). Cela permet d'interagir, de mettre en place et de maintenir un processus de collaboration qui convient aux professionnels qui en font partie.

3.3.3 La typologie de la collaboration

Danielle D'Amour et al. (*A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008) proposent une typologie de la collaboration basée sur les 10 indicateurs d'une collaboration efficace (cf. annexe 9.4).

Il y a trois niveaux de collaboration :

1. Collaboration potentielle ou latente.
2. Collaboration en développement.
3. Collaboration active.

Le niveau 1 est le niveau le plus bas, et le niveau 3 est niveau le plus haut, c'est-à-dire celui qui devrait être visé (D'Amour et al., 2008, p.6).

3.4 Conception des soins infirmiers

3.4.1 Définitions

*On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes, selon le Conseil International des infirmières [CII] (citée dans : ARSI, *Concepts en sciences infirmières*, p.204, 2009).*

Ce concept est central dans ma recherche, car il met en évidence le rôle infirmier dans son intégralité. Le rôle autonome est important car il contribue à la reconnaissance des soins infirmiers en tant que discipline à part entière.

*Selon l'Organisation Mondiale de la santé [OMS] (citée dans : ARSI, *Concepts en sciences infirmières*, p.204, 2009), la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles, et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code déontologique très strict (...). Les infirmières encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.*

Les concepts essentiels en soins infirmiers sont : la personne, la santé, l'environnement, et les soins infirmiers. La discipline infirmière définit la personne comme un être bio-psycho-socio-spirituel/culturel.

Les soins infirmiers font partie des sciences humaines, ils exigent un code déontologique clairement établi et strict, et des principes éthiques qui permettent de guider les professionnels dans les situations complexes : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, et la justice. L'infirmière tend aussi à développer et à défendre des valeurs fondamentales, telles que la vie, la liberté, l'humanité, l'individualité, et la communauté (Association Suisse des Infirmiers - Infirmières [ASI], *L'éthique dans la pratique des soins*, 2006).

Selon Imogene M. King, le but des soins infirmiers est : *aider les individus, les familles, les groupes, et les communautés, à atteindre, maintenir, et retrouver la santé, de*

manière à ce qu'ils puissent fonctionner dans leur rôles respectifs, ou de les aider à mourir avec dignité (Fawcett, 2005, p.89).

3.4.2 Compétences des infirmières

En Suisse, les Hautes Ecoles Spécialisées [HES] et l'Association Suisse des Infirmiers (-ères) [ASI] définissent la profession infirmière (cf. annexe 9.1) à travers neuf compétences professionnelles spécifiques (Plan d'Etudes Cadre de la Hes-so Soins infirmiers, 2008).

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins.
2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.
4. Evaluer ses prestations professionnelles.
5. Contribuer à la recherche en soins et en santé.
6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé.
7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire.
8. Participer aux démarches qualité.
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

3.4.3 Rôle infirmier

Le rôle infirmier inclut de nombreuses compétences : connaissances de pathologies, de traitements, de psychologie et de relation thérapeutique, connaissances pratiques (soins de base et soins techniques), compétences infirmières spécifiques (démarche de soins).

En Suisse, la Conférences de Recteurs de Hautes Ecoles Spécialisées [KFH] a défini en 2009 les rôles infirmiers pour le niveau Bachelor, selon un modèle similaire à celui des rôles médicaux définis en 2000 (cf. ci-dessous : 3.5.3. Rôle médical) par le groupe de travail de l'Université Royale des Médecins et Chirurgiens du Canada (*Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*).

La KFH a défini les rôles infirmiers ainsi (Ledergerber, Mondoux & Sottas, *Compétences finales pour les professions de la santé HES Annexe*, pp.35-41) :

- 1. Expert en soins infirmiers :** *Les infirmiers effectuent les activités liées à leur profession et assurent le leadership de leur champ disciplinaire au sein du contexte socio-sanitaire et sont habilités à expliciter un jugement professionnel.*
- 2. Communicateur :** *Les infirmiers facilitent les relations et le rapport de confiance avec les personnes et transmettent des informations pertinentes.*
- 3. Collaborateur :** *Les infirmiers participent efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle.*
- 4. Manager :** *Les infirmiers exercent leur leadership professionnel en contribuant à l'efficacité des organisations tout en développant leur propre carrière professionnelle.*
- 5. Promoteur de la santé (Health advocate) :** *Les infirmiers s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients et des collectivités.*
- 6. Apprenant et formateur :** *Les infirmiers démontrent, de manière continue, un engagement professionnel fondé sur une pratique réflexive, ainsi que sur l'utilisation, la création et la diffusion de données probantes.*
- 7. Professionnel :** *Les infirmiers s'engagent pour la santé et la qualité de vie de la personne et de la société, ainsi que pour une pratique respectueuse de l'éthique et un engagement envers leur propre santé.*

En France, le rôle infirmier est réglé par la loi. Le Neurès et Siebert (*Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*, 2009) définissent le rôle infirmier, selon la loi française, en trois dimensions : rôle propre infirmier, rôle prescrit, et rôle en collaboration.

Rôle infirmier autonome :

C'est la fonction autonome de l'infirmier, reconnue par les textes régissant l'exercice de la profession, lui permettant de prendre des initiatives et d'accomplir les soins qu'il (elle) juge nécessaire dans son champ de compétences (Le Neurès & Siebert, 2009, p. 58). Le rôle propre englobe les soins infirmiers en dehors de prescription médicale, c'est-à-dire qu'ils sont mis en place et réalisés par les infirmiers de manière autonome.

Dans la démarche de soins, l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre des interventions et les évalue.

Les infirmiers ont donc un rôle d'intervention par différents actes, mais aussi un rôle réflexif en utilisant la démarche de soins. A titre d'exemples, l'infirmière a un rôle éducatif, un rôle de prévention des risques, et un rôle de compensation des déficits des personnes dans leurs activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène, mobilité, alimentation, élimination, administration de médicaments).

Selon l'ARSI (*Concepts en sciences infirmières*, 2009, p.84), *l'autonomie est le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales.*

Pour les infirmiers, il s'agit d'avoir une identité propre aux soins infirmiers, de suivre un code déontologique infirmier. Les infirmiers et infirmières doivent aussi respecter leurs limites professionnelles, avoir conscience de leur rôle propre et des relations d'interdépendance avec les médecins. Avoir un rôle propre signifie aussi avoir une part de responsabilité, car l'autonomie comprend la capacité de décider seul.

Le concept de rôle autonome est important car il aide à mettre en lumière les compétences et les responsabilités des infirmières, d'analyser la complémentarité médico-infirmière en mettant en valeur l'importance des soins infirmiers.

Rôle prescrit :

Le rôle prescrit comprend tous les soins infirmiers nécessitant une prescription médicale qui doit être précise (qualitative et quantitative), écrite (sauf en cas d'urgence), datée et signée (Le Neurès & Siebert, *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*, 2009). Parfois il s'agit d'un protocole médical précis et préalablement établi que les infirmiers doivent suivre à la lettre, ils ont cependant comme rôle la vérification du protocole (contenu et forme), et peuvent parfois proposer des changements dans le protocole. Les interventions nécessitent la présence d'un médecin pour certains soins ou protocoles complexes et qui ont un haut risque de porter préjudice à la vie du patient ; lorsqu'il s'agit de prescriptions ou de protocoles simples, les interventions sont uniquement infirmières.

Rôle en collaboration :

Ce rôle résulte du rôle propre et du rôle prescrit (Le Neurès & Siebert, *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*, 2009). Les infirmiers exécutent les soins prescrits en réfléchissant aux buts de ces soins, à leur efficacité, à leurs risques, et utilisent la démarche de soins pour répondre au mieux aux besoins de la personne. Ils peuvent proposer les actions suivantes : compenser les effets des pertes, entretenir les capacités préservées, encourager la reconquête de l'image du corps et de l'estime de soi, soutenir et accompagner les malades et proches dans les étapes de fin de vie. Dans la mesure où les soins sont dirigés vers une personne unique, il est essentiel que les médecins et les infirmiers collaborent : les médecins ont les compétences diagnostiques et décisionnelles quant aux traitements, et les infirmiers participent activement à l'évaluation de l'état des patients, la proposition de changements, la prévision des suites de traitements (aide à domicile, réadaptation, soins en ambulatoire).

3.4.4 Rôle infirmier dans un service de chirurgie

Cette description repose sur mes observations durant mes deux stages dans deux services de chirurgie. Le Centre Médico-Chirurgical de l'Europe à Port Marly, en France, donne une description similaire des responsabilités de l'infirmière en chirurgie (*Recrutement métier infirmière diplômée d'état - chirurgie, offre d'emploi infirmier IDE, infirmière IDE*, 2005), en y ajoutant plus précisément les tâches administratives et d'entretien du matériel. Ici je décris uniquement le rôle soignant de l'infirmière.

L'infirmière organise la journée en fonction du plan du bloc opératoire (ordre de passage des patients au bloc). Elle s'occupe de la préparation du patient avant l'opération : contrôles des paramètres vitaux, rasage de la zone qui sera opérée, rassurer le patient avant l'opération et le soutenir, administrer la prémédication (si le patient en a besoin), veiller à retirer les prothèses dentaires, auditives, et les piercings ou boucles d'oreilles, conduire le patient au bloc opératoire après avoir vérifié son identité. L'infirmière peut aussi informer le patient et sa famille sur le déroulement de l'opération.

A la fin de l'opération, l'infirmière va chercher le patient en salle de réveil, écoute attentivement les transmissions orales de l'infirmière anesthésiste, amène le patient dans l'unité de chirurgie, et effectue des contrôles régulièrement : la fréquence des contrôles peut varier selon l'état du patient, au début toutes les 15-30 minutes, puis l'infirmière évalue si les surveillances peuvent être espacées ou si au contraire elles

doivent être plus rapprochées. Les surveillances varient en fonction de l'opération : douleurs, paramètres vitaux, sondes éventuelles, drains, pansements, évaluation clinique globale du patient. L'infirmière évalue principalement les risques hémorragiques, compressifs (syndrome des loges), les décompensations cardiaques et respiratoires, l'état neurologique. Elle a ainsi une grande responsabilité, car ces risques peuvent mettre en danger la santé, voire la vie des patients. En lien avec le cadre légal et professionnel, l'infirmière est toujours tenue de transmettre par écrit et par oral ses observations, ses actions, et évaluations, elle établit aussi un plan de soins, et des diagnostics infirmiers en partenariat avec la clientèle. Les patients ayant subi une chirurgie sont fragiles et requièrent une surveillance régulière.

Comme pour les autres unités de soins, l'infirmière en chirurgie exécute différentes tâches telles que l'administration de médicaments (sous différentes formes galéniques), la réfection de pansements, les soins d'hygiène et de confort, etc. Elle a aussi un rôle éducatif qui prend de plus en plus d'importance en raison de la diminution des journées d'hospitalisation : ainsi l'enseignement thérapeutique doit être fait de manière efficace et dans de brefs délais. Elle assure aussi la coordination du départ du patient : mise à jour du dossier de soins, explication des traitements, remettre les documents médicaux et les affaires personnelles, organiser le transport, organiser des soins à domicile si besoin. L'infirmière d'un service de chirurgie participe aussi à l'encadrement et la formation d'étudiantes infirmières.

3.5 Conception de la médecine

3.5.1 Définition

*La médecine s'occupe de l'interaction entre la maladie et la santé. Elle a pour vocation de soigner les malades ou, à tout le moins, de soulager leurs souffrances. Elle définit à cet effet ses propres valeurs, missions et instruments. Le traitement et la prise en charge des malades, la recherche et l'enseignement sont ses trois principaux domaines d'activité. La médecine s'insère toujours dans des structures sociales données et dans un système de santé qui l'influence, mais qu'elle contribue aussi à influencer. Pour pouvoir mener à bien ses missions, la médecine a besoin d'entrer en partenariat avec d'autres groupes sociaux. Elle est donc aussi une composante de l'économie et de la politique (Rapport d'un groupe d'experts de l'Académie suisse des sciences médicales [ASSM], de la Fédération des médecins suisses [FMH] et des cinq Facultés de médecine, *Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle : projet "La médecine en Suisse demain"*, 2004, p.20).*

Les concepts principaux définissant la médecine sont : la santé, la maladie, la médecine, l'activité médicale, les soins (Rapport d'un groupe d'experts de l'ASSM, de la FMH et des cinq Facultés de médecine, *Buts et missions de la médecine au début du 21e siècle : projet "La médecine en Suisse demain"*, 2004). De plus, il y a trois dimensions sous-jacentes à la médecine : la dimension biosomatique, la dimension psychique, et la dimension sociale (incluant la dimension culturelle, écologique, anthropologique, et les sciences de la communication).

Ainsi, la médecine et les soins infirmiers sont définis par des concepts similaires (santé, soins), mais aussi des concepts propres à chacune des disciplines. Cependant, elles semblent partager une vision commune sur l'humain, cela leur permet de guider leurs pratiques respectives et de travailler de manière cohérente.

Quant aux valeurs, *l'exercice des professions paramédicales est régi par les mêmes bases légales et éthiques que celles qui s'appliquent à l'activité médicale et aux soins* (Rapport d'un groupe d'experts de l'ASSM, de la FMH et des cinq Facultés de médecine, 2004, p.23). Les valeurs de la médecine incluent des principes déontologiques stricts et des principes éthiques qui sont le respect de la dignité humaine, le respect de l'autonomie des patients, la primauté du bien-être des patients, le principe de non-malfaisance, et la solidarité (contrôle des coûts, éviter les coûts inutiles).

Selon le Rapport du groupe d'experts de l'ASSM, de la FMH et des cinq Facultés de médecine (2004), les buts de la médecine sont :

1. *Préserver l'intégrité physique, ainsi que favoriser et – dans toute la mesure du possible – restaurer la capacité fonctionnelle somatique, psychique et sociale.*
2. *Favoriser la croissance physique et psychique, ainsi qu'un développement tout au long de la vie.*
3. *Soulager les douleurs et souffrances physiques et psychiques.*
4. *Prendre en charge et soigner les personnes malades, en tenant compte de leur environnement.*
5. *Sauvegarder et préserver la vie.*
6. *Préserver la santé, ce qui inclut la prévention des maladies et des accidents, et optimiser les conditions de vie et d'environnement.*

Dans ce document il n'est pas fait mention d'une médecine qui a pour but de guérir la personne (les soins infirmiers ayant pour but de prendre soin de la personne). Probablement cette vision de la médecine est actuellement désuète, et le développement de la médecine palliative a contribué à cette évolution. Cela nous montre qu'en théorie, les deux disciplines sont tout à fait compatibles l'une avec l'autre, les conceptions sont liées mais pas identiques, les valeurs et les buts sont partagés.

3.5.2 Compétences des médecins

Les universités suisses de médecine ont mandaté en 2000 l'Université Royale des Médecins et Chirurgiens du Canada (The Royal Collège of Physicians and Surgeons of Canada [RCPSC]) pour qu'elle définisse les objectifs de formation des médecins en tenant compte des changements récents dans la pratique médicale et chirurgicale (Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools, *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*, 2000). Une seconde édition du catalogue a été publiée en 2007 comportant quelques changements, mais où les compétences générales restent les mêmes.

Les compétences générales visées au terme des six années de formation universitaire sont décrites ci-dessous. Je n'ai pas retenu les compétences spécifiques des chirurgiens (spécialisés) décrites par ce groupe de travail, car elles sont le reflet des actes chirurgicaux effectués au bloc opératoire (capacité à opérer), alors que ma recherche porte sur la collaboration dans le service de chirurgie où sont prodigués les soins pré- et post-opératoires.

1. Chercher à connaître l'histoire de vie et des maladies du patient de manière précise et pertinente, en communiquant avec le patient et en utilisant d'autres sources (famille, soignants, autres).
2. Effectuer un examen clinique de qualité.
3. Analyser et interpréter les données afin d'établir des diagnostics différentiels et le diagnostic principal, et planifier une prise en charge.
4. Effectuer les procédures demandées et organiser des investigations plus approfondies.
5. Démontrer une gestion appropriée des données médicales (paramètres vitaux, résultats d'analyses de laboratoire, examen clinique) et des informations.
6. Offrir des soins médicaux de bonne qualité et assurer la sécurité du patient.

7. Effectuer les prescriptions en veillant à la sécurité du patient (prescriptions claires sans ambiguïté, signées, datées, en tenant compte du dosage recommandé et des risques).
8. Favoriser le contrôle des infections (diminuer leur propagation, utiliser les mesures recommandées).
9. Promouvoir la santé des patients et de la communauté.
10. Obtenir des informations pertinentes au sujet des moyens diagnostiques et thérapeutiques, et les appliquer dans la pratique clinique.

Il y a trois types de médecins dans un service de chirurgie, avec des degrés de compétences différents. Les médecins-assistants de chirurgie possèdent les compétences de base décrites ci-dessus, et selon le nombre d'années d'assistantat en chirurgie ils participent aux actes chirurgicaux (actes simples au début, puis vers la fin des quatre ans d'assistantat opération complète sous supervision). Les médecins-assistants sont les plus présents dans les services, et moins souvent au bloc opératoire, ils sont encore en formation. Les chefs de clinique de chirurgie sont des médecins ayant réussi la formation spécialisée en chirurgie et pouvant opérer. Enfin, les médecins-chefs sont les responsables médicaux du service de chirurgie, ils décident du type d'opération et du mode opératoire, enseignent aux chefs de clinique et aux médecins-assistants, ils opèrent et/ou supervisent d'autres médecins, participent et/ou mènent des recherches dans le domaine chirurgical.

Dans ma recherche, j'utiliserai le terme de médecin, quel que soit le degré de formation, car ces trois types de médecins font partie du groupe professionnel « médecins » travaillant en chirurgie, de manière similaire aux infirmières en soins généraux, cliniciennes, ou cheffes d'unités de soins, qui font partie du groupe professionnel « infirmières » de ce service. De plus, il existe des interactions entre tous ces professionnels qui sont reliées et influencées mutuellement, il faut prendre en compte tous les acteurs qui interagissent et collaborent.

3.5.3 Rôle médical

Le groupe de travail de l'Université Royale des Médecins et Chirurgiens du Canada (*Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*, 2000) a défini les rôles des médecins en six grands axes (communication, collaboration, management, promotion de la santé, apprenant et formateur, professionnel), qui forment un axe central : expert médical. Je développerai plus en détails les

compétences sous-jacentes aux rôles de communication et de collaboration. Je décris uniquement le rôle médical en général, et pas leur rôle spécifique dans un service de chirurgie, car ils sont superposables à l'intérieur du service, seul un élément diffère à l'extérieur du service : le chirurgien opère au bloc opératoire, cela requiert des techniques d'opération spécifiques à chaque intervention, mais il n'y a pas d'interaction entre les médecins et les infirmières du service de chirurgie au bloc opératoire.

1. Communication : Le médecin favorise la relation patient-médecin et les échanges dynamiques qui ont lieu avant, pendant, et après l'entrevue médicale.

a. Met précisément à jour et synthétise les informations importantes, et les perspectives des patients, des familles, des collègues, et autres professionnels.

b. Transmet précisément les informations pertinentes et donne des explications aux patients et aux familles, aux collègues et autres professionnels ; favorise la compréhension commune des questions, des problèmes, et participe au développement d'un plan de soins commun :

- Le médecin encourage la discussion et la participation dans la prise de décision.
- Le médecin communique de manière efficace avec tous les membres de l'équipe afin d'assurer une compréhension commune des problèmes des patients et de favoriser la continuité des soins.

c. Transmet de manière orale et écrite les informations au sujet des entrevues médicales (examens cliniques).

2. Collaboration : Les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins afin d'offrir au patient des soins optimaux.

a. Consulte son superviseur, d'autres médecins, et les professionnels de soins, permettant une bonne collaboration dans le but d'offrir des soins optimaux et d'assurer la sécurité des patients :

- Le médecin reconnaît ses limites d'expertise et décide de manière appropriée si et quand d'autres professionnels sont nécessaires à la contribution de la prise en charge d'un patient.
- Le médecin demande et accepte d'être évalué sur la qualité de son travail par les patients et les collègues, il s'y adapte, y compris lorsqu'il s'agit de remarques négatives.

b. Le médecin contribue efficacement aux autres activités de l'équipe interdisciplinaire :

- Le médecin montre des compétences de travail en équipe, et décrit son rôle et ses responsabilités dans l'équipe.
- Le médecin soutient le personnel infirmier dans la conception et la mise en place de critères d'appel au sujet de ses patients.
- Le médecin cherche à favoriser la discussion dans la prise de décision avec les collègues et autres professionnels.
- Le médecin montre une compréhension de la nécessité de travailler de manière collective pour la prise en charge des individus et pour la santé, de promouvoir des interventions qui requièrent une approche multidisciplinaire, en partenariat avec le patient et la population.

3. Management : Les médecins participent activement à l'organisation du système de soins, organisent des soins durables, prennent des décisions en fonction des ressources, et contribuent à l'efficacité du système de santé.

4. Promotion de la santé : Les médecins utilisent de manière responsable leur expertise et leur influence afin de promouvoir la santé de chaque patient, des communautés, et des populations.

5. Apprenant et formateur : Les médecins démontrent un engagement permanent à apprendre, et aussi à créer, partager, appliquer, et traduire de nouvelles connaissances médicales.

6. Professionnel : Les médecins sont engagés pour la santé et le bien-être des individus et de la société, avec une éthique professionnelle, et des standards élevés de comportements personnels.

7. Expert médical : Les médecins intègrent tous leurs rôles, appliquent la connaissance médicale, les compétences cliniques, et les attitudes professionnelles afin de fournir des soins centrés sur le patient. Être un expert médical est le rôle central du médecin.

3.6 Le concept de communication

Selon Imogène M. King (Fawcett, *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005), la communication est le vecteur par lequel les relations humaines se développent et se maintiennent. C'est un processus par lequel l'information est donnée d'une personne à une autre, soit directement lors de rencontres en face à face, soit indirectement au moyen du téléphone, de la télévision, ou de l'écriture.

La communication possède deux dimensions : verbale et non-verbale (Michellod, *Les bases de la communication interpersonnelle*, cours de communication à l'école d'infirmiers de Sion, 2007).

La communication verbale représente les mots et leur signification, elle est consciente et volontaire. Quant à la communication non-verbale, elle représente tout ce qui est inconscient et qui ne peut donc pas être contrôlé (Michellod, 2007), elle comprend : l'apparence corporelle, la posture, les gestes, le visage (émotions, regard), le toucher, le paralangage (timbre de voix, débit, intensité, ton, intonations), les silences, l'utilisation des objets, l'utilisation du temps et de l'espace (DeVito, Chassé & Vezeau, *La communication interpersonnelle*, 2000). De plus, 60 % de la communication est non-verbale, donc le non-verbal revêt une grande importance dans la communication et les relations interpersonnelles.

Il y a quatre caractéristiques de la communication interpersonnelle (Michellod, *Les bases de la communication interpersonnelle*, cours de communication à l'école d'infirmiers de Sion, 2007) :

1. Nous ne pouvons pas ne pas communiquer (le silence et l'évitement sont aussi une forme de communication).
2. Nous communiquons à deux niveaux : niveau du contenu et niveau relationnel, qui indiquent comment le contenu doit être compris et comment est définie la relation entre les deux personnes concernées (exemples : « je voulais juste te taquiner », « je suis sérieux », ou « c'est un ordre »). Ainsi, le type de communication entre le médecin et l'infirmière nous renseigne sur le type de relation qu'il existe entre eux : relation et attitudes professionnelles, relations amicales, relation hiérarchiques (infirmière subordonnée au médecin), ou relation de séduction parfois.
3. La communication est un processus continu, il est difficile de définir un début et une fin, une cause et une conséquence. Cela entraîne qu'il ne suffit pas de communiquer ponctuellement de manière efficace, mais de façon continue.

4. La communication se fait d'égal à égal ou à la verticale. Dans une relation d'égal à égal, il y a un respect mutuel et un sentiment de partenariat. Dans les relations inégales, la personne qui est dans une position hiérarchique supérieure définit la relation alors que l'autre la subit. Dans la pratique, j'ai pu observer parfois une relation de subordination de l'infirmière au médecin, il n'y a donc pas de sentiment de partenariat dans ce cas.

Dans la communication, il existe de nombreux obstacles, dont les malentendus, les préjugés, et la méconnaissance mutuelle. Afin d'assurer une communication efficace, trois facteurs sont importants : la clarté du message, la prise en compte des intérêts et des attitudes du récepteur, et la qualité de la relation établie (Michellod, *Les bases de la communication interpersonnelle*, cours de communication à l'école d'infirmiers de Sion, 2007). Ainsi le concept de communication est étroitement lié au concept de collaboration, car la communication est un pilier central de la relation. On peut définir la communication à travers différents adjectifs : elle peut être directe (face à face) ou indirecte (télécommunications, transmissions écrites), verbale et non-verbale, ouverte ou fermée, d'égal à égal ou verticale, efficace ou inefficace.

4 Méthode

4.1 Type de recherche

Il s'agit d'une revue de la littérature, avec un paradigme constructiviste (Loiselle & Profetto-McGrath, *Méthodes de recherche en sciences infirmières*, 2007). Ma recherche vise à trouver des études empiriques et des revues de la littérature sur les indicateurs permettant d'influencer positivement la collaboration infirmière-médecin dans un service de chirurgie.

4.2 Outils d'investigation et critères de sélection

Ma recherche étant une revue de la littérature scientifique, j'ai utilisé les bases de données scientifiques recommandées suivantes : CINAHL, Cochrane Library, Medline (OvidSp), Pubmed, Saphir, Health Source: Nursing/ Academic Edition, BDSP (cf. annexe 9.5 : Résumé de la démarche de recherche documentaire). En effet cela me permet d'avoir des sources documentaires avec un bon niveau de fiabilité.

J'ai effectué les recherches avec les mots clés suivants dans le titre : « nurse physician collaboration » ou « nurse physician interdisciplinarity » ou « nurse physician communication », excepté « pediatric, home, palliative, diabete, intensive » dans le titre.

Deux limites ont été posées : études publiées entre 2005 et 2010, et texte intégral disponible. J'ai choisi de ne chercher qu'avec des mots clés en anglais, car durant la phase d'exploration de ma recherche, j'ai observé qu'il y avait peu ou pas du tout de recherches en français sur ces bases de données en lien avec mon thème de recherche.

Pour cette recherche documentaire, j'ai choisi d'utiliser trois concepts, car ils font partie de mon cadre opératoire : la collaboration, l'interdisciplinarité, et la communication ; et afin de respecter le contexte de collaboration entre médecin et infirmière (et pas un autre type de collaboration), j'ai aussi introduit les termes « nurse physician » dans les critères de recherche. Quant aux termes que j'ai mis dans la case « excepté », ils m'ont permis un gain de temps.

Ainsi j'ai obtenu 63 résultats, dont plusieurs fois les mêmes résultats sur plusieurs bases de données. J'ai ensuite trié ces résultats selon les critères d'exclusion afin de diminuer les biais.

Les critères d'exclusion sont :

- N'a pas été menée dans un pays occidental (Europe ou Amérique du Nord). J'ai exclu les études menées dans d'autres pays car la culture influence les relations professionnelles et la collaboration, cela permet de diminuer les biais culturels. Je n'ai pas pu supprimer complètement ce biais car les études francophones et/ou suisses étaient extrêmement rares et ne répondaient pas à ma question de recherche.
- Ne porte pas sur la collaboration en elle-même mais sur les effets.
- Ne porte pas sur un service de chirurgie ou sur la collaboration en général.
- Echelles de mesure de la collaboration.
- Contient les mots « pediatric, home, palliative, diabete, intensive » malgré le filtre.
- Dans les résultats ou la conclusion : ne contient pas de recommandations pour la pratique spécifique à la collaboration.
- Ou bien, a déjà été retenue sur une autre base de données.

Beaucoup de ces articles étaient intéressants (11), mais étant limité dans le temps pour en effectuer l'analyse, j'ai sélectionné les quatre articles les plus pertinents, et les plus aptes à répondre à ma question de recherche suite à une lecture des résumés. Je n'ai gardé que quatre articles de cette recherche documentaire, car j'avais trouvé quatre autres articles précédemment durant la phase exploratoire de mon thème de recherche, et ces derniers me paraissent plus pertinents. Pour trois de ces articles, la méthode utilisée était de type « boule de neige », c'est-à-dire que j'ai cherché sur Google le nom de l'auteur cité dans les références des études que j'avais lues, et puis exploré différents sites de manière aléatoire.

L'auteur A. H. Rosenstein (*Professional Communication and Team Collaboration*, 2005) était cité dans *Nurse-Physician Collaboration on Medical-Surgical Units* (Nelson, King & Brodine, 2008). Quant à D. D'Amour (*The determinants of successful collaboration : a review of theoretical and empirical studies*, 2005), elle était référencée dans les documents que j'ai utilisés pour définir le cadre opératoire. Et la deuxième partie de l'étude de Choi & Pak (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, éducation and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement*, 2007), je l'ai trouvée après avoir lu la première partie (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006). Ces trois études sont fiables, car elles sont aussi publiées sur

Pubmed (cf. tableau 2 : Evaluation du niveau de preuve des écrits scientifiques : Source « Pubmed » entre parenthèses, car ces quatre derniers articles ont été trouvés aléatoirement, mais sont aussi publiés sur Pubmed), et satisfont les critères d'exclusion et les limites de la recherche (publiées entre 2005 et 2010).

Le dernier article, je l'ai trouvé de manière aléatoire en cherchant sur Pubmed « nurse physician » dans le titre, durant la phase exploratoire avec les limites suivantes : la caractéristique « Humans » cochée, et publication durant les 5 dernières années : *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations* (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis, Wiesman, 2007). Ce dernier article me permet d'avoir des éléments de réponse sur la communication.

4.3 Evaluation du niveau de preuve des études choisies

Le niveau de preuve permet de rendre compte de la fiabilité, de la transférabilité, de la crédibilité, et de l'objectivité des études. J'utiliserai cette évaluation dans la discussion de la validité de ma recherche. Il existe une classification des niveaux de preuve de 1 (niveau maximum) à 6 (niveau minimum) (Schoepf, *Méthodologie Bachelor 08, Revue de la littérature & Recherche en Soins Infirmiers*, 2010).

Tableau 1 : Classification des niveaux de preuve.

Niveaux de preuve	Critères
Niveau 1	-Essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables. -Méta-analyse d'une multitude d'études expérimentales à l'aveugle, contrôlées. -Analyse de décision.
Niveau 2	-Diverses études à l'aveugle, contrôlées.
Niveau 3	-Études quasi expérimentales.
Niveau 4	-Étude rétrospective de cohorte (historique). -Études de cas-témoin. -Études non expérimentales.
Niveau 5	-Pas de groupe de sujets contrôlés. -Séries de patients, rapports de cas. -Évaluation de programmes.
Niveau 6	-Opinions de spécialistes reconnus, de comités d'experts, manuels de cours.

Tableau 2 : Evaluation du niveau de preuve des écrits scientifiques retenus.

Titre de l'étude – Année – Type d'article	Source	Niveau de preuve
Nurse-Physician Collaboration : A Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians in The Medical-Surgical Patient Settings (2007) Recherche empirique, Est des Etats-Unis (USA)	Health Source: Nursing/Academic Edition	4
Nurse-Physician Collaboration on Medical-Surgical Units (2008) Recherche empirique, San Diego, Californie, ouest des USA	Cinahl	4
Tandem Practice Model: A Model for Physician–Nurse Practitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery (2005) Recherche empirique, Arizona, ouest des USA	Pubmed	4
The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies (2005) Revue de la littérature, Montréal, Canada	(Pubmed) - aléatoirement	5
Professional Communication and Team Collaboration (2005) Article basé sur des recherches, Côte ouest des USA	(Pubmed) aléatoirement	6
Nurse Physician Workplace Collaboration (2005) Article basé sur des recherches, Minnesota, nord des USA	Cinahl	6
Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement (2007) Revue de la littérature, Ottawa, Canada	(Pubmed) - aléatoirement	5
Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations (2008) Article basé sur des recherches, Wisconsin, nord-est des USA	(Pubmed) - aléatoirement	6

4.4 Principes éthiques pour ma revue de la littérature

4.4.1 Véracité

Dans cette revue de la littérature, je m'engage à utiliser les données recueillies telles qu'elles sont présentées, sans y soustraire ou y ajouter des éléments. Il est important pour la validité de la recherche que les données analysées le soient de manière consciencieuse.

4.4.2 Fidélité

Il s'agit de fidélité envers les sources et les auteurs des recherches qui seront analysées : ne pas déformer ce qui est écrit, utiliser les données contradictoires de manière critique et pertinente.

4.4.3 Justice

Comme pour tout travail de recherche, il est important de respecter les droits d'auteurs, et donc de ne pas faire de plagiat. J'indiquerai les références des différentes sources utilisées.

4.5 Technique d'analyse

Dans cette recherche, je vais analyser les articles retenus selon le modèle de collaboration Danielle D'Amour, car il me permet d'effectuer une analyse à travers les 10 indicateurs du concept de collaboration.

Dans les 8 articles de recherche que j'ai retenus, il y a 2 études menées dans des services de chirurgie sur un échantillonnage de médecins et d'infirmières en soins généraux, 1 étude menée dans un service de chirurgie mais avec un échantillonnage de médecins et d'infirmières de pratique avancée. Quant aux 5 autres articles, il s'agit de revues de la littérature sur la collaboration en milieu de soins de manière générale et/ou théorique (cf. annexe 9.6 : Recension des écrits scientifiques). Les données entre les études menées dans les services de chirurgie et les revues de la littérature peuvent toutes deux être analysées selon les quatre dimensions de la collaboration ; je présenterai tout de même les résultats des recherches empiriques en premier, car ils offrent des réponses directement en lien avec le service de chirurgie.

J'utiliserai une grille d'analyse des 10 indicateurs inclus dans les 4 dimensions de la collaboration selon D'Amour pour chaque étude (cf. annexe 9.7), ce qui me permettra

de rassembler les données de manière logique et cohérente afin d'en faire l'analyse. Je réaliserai aussi un tableau qui synthétise les 8 articles de recherche selon les 10 indicateurs de la collaboration selon D'Amour (cf. annexe 9.6).

Je présenterai une analyse descriptive et explicative des articles selon les 10 indicateurs inclus dans les 4 dimensions du modèle de la collaboration de Danielle D'Amour. Puis je tenterai de répondre à ma question spécifique de recherche à travers une synthèse des résultats, et je vérifierai mes hypothèses. Ensuite, je nommerai les perspectives professionnelles de ma revue de la littérature : je proposerai des moyens dans le but d'améliorer la collaboration.

Tableau 3 : Les 4 dimensions et les 10 indicateurs associés du concept de collaboration selon Danielle D'Amour :

4 Dimensions	10 Indicateurs associés aux dimensions
1) Avoir des buts et une vision en commun	1. Les buts en commun 2. Centré sur le client versus autres allégeances
2) Internalisation	3. La connaissance mutuelle 4. La confiance
3) Formalisation	5. Les outils de formalisation 6. L'échange d'informations
4) Gouvernance	7. Le rôle central 8. Le leadership 9. Le soutien pour l'innovation 10. La connectivité (mise en relation)

5 Analyse

5.1 Analyse des résultats selon les 10 indicateurs inclus dans les 4 dimensions de la collaboration du modèle de Danielle D'Amour

5.1.1 Avoir des buts et une vision en commun

5.1.1.1 Les buts en commun

L'étude menée dans un service de médecine-chirurgie générales, de Nelson, King, et Brodine (*Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008), suggère d'avoir comme but commun la qualité des soins au patient.

Quant à l'étude menée dans un service de neurochirurgie (Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005), elle présente la collaboration médecin-infirmière de pratique avancée selon le modèle de collaboration en tandem (cf. annexe 9.10). Ils partagent les mêmes buts afin d'assurer des résultats optimaux. Dans ce contexte, les infirmières sont spécialisées, donc les données sont peu comparables à un service où les infirmières ont uniquement une formation en soins généraux ; mais c'est intéressant de voir le fonctionnement d'un tel service de chirurgie. Les infirmières de pratique avancée sont spécialisées et remplacent certaines fonctions du médecin (examen clinique, prescriptions de certains traitements, par exemple). Les composantes de ce modèle sont : le patient, le médecin, l'infirmière. Parfois, pour des patients en état critique, peuvent s'ajouter d'autres médecins spécialistes sur le modèle, mais ils sont tous en interaction les uns avec les autres et avec le patient, l'infirmière et le médecin, et leur but en commun est la santé du patient.

Les articles de revue de la littérature rapportent des résultats similaires et concluent qu'avoir un but et une vision en commun est très important pour collaborer (Choi & Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007 ; Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Les auteurs Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis, et Wiesman (*Nurse-Physician Relations and Role Expectations*, 2007), disent que la médecine et les soins infirmiers

sont deux domaines assez différents, donc cela requiert des efforts pour avoir une vision en commun.

La collaboration fait partie d'un système dans lequel les employés travaillent pour le bien d'un but, en ayant un objectif commun, et qui travaillent ensemble pour atteindre cet objectif, selon Deming (cité dans : O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Etant donné la complexité croissante des systèmes de soins actuels et des situations de soins (O'Daniel & Rosenstein, 2005), une approche interdisciplinaire devrait être appliquée comme modèle pour le travail d'équipe (O'Daniel & Rosenstein, 2005). En effet, l'approche interdisciplinaire est caractérisée par la formulation de buts communs, à la différence de l'approche multidisciplinaire dans laquelle chaque membre de l'équipe formule des buts pour le patient séparément et n'est responsable que des actions reliées à sa propre discipline. Les patients trouvent que la communication est plus facile avec une équipe en cohésion, plutôt qu'avec une équipe où personne ne sait ce que fait l'autre professionnel (O'Daniel & Rosenstein, 2005).

Il faut cependant être vigilant afin d'éviter les chevauchements trop nombreux dans le plan de soins entre les disciplines, chaque professionnel doit connaître ses propres limites et les limites des autres, ce qui peut devenir une source de mésentente interpersonnelle, à cause d'un esprit de compétitivité. Dans un travail de collaboration interdisciplinaire, les conflits surgissent souvent en raison d'une divergence de buts entre les disciplines (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Les infirmières sont centrées sur la prise en soins globale du patient et le travail d'équipe, alors que les médecins perçoivent les soins au patient uniquement d'un point de vue centré sur la médecine. Ainsi le processus de collaboration requiert une grande volonté à collaborer et des efforts de compréhension entre les professionnels des deux disciplines.

5.1.1.2 Centré sur le client versus autres allégeances

Le modèle de collaboration en tandem est centré sur le patient (Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005). Le médecin spécialisé et l'infirmière de pratique avancée travaillent en collaboration pour donner des soins orientés vers le patient. Selon l'état du patient (plus ou moins critique), le rôle du médecin sera plus ou moins important que celui de l'infirmière. Il n'est pas fait mention d'autres allégeances, économiques, hiérarchiques, ou intérêts personnels. Donc les

soins sont décrits comme centrés sur le patient, mais on ne sait pas si face à d'autres allégeances, les soins seraient toujours centrés sur le patient.

L'article de Lindeke et Sieckert (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005), basé sur une revue de la littérature, met l'accent sur un point essentiel : il faut que le but commun soit le bien-être du patient. Cependant, il faut d'abord que les disciplines se mettent d'accord sur la définition du bien-être du patient. Le bien-être étant individuel, seul le patient est apte à définir ce qu'est le bien-être pour lui. Lindeke et Sieckert (2005) recommandent que le patient (et les familles, dans la mesure du possible) soient vus comme des participants au processus de groupe afin qu'ils puissent exprimer ce qu'est le bien-être pour eux. Ainsi, être centré sur le patient versus autres allégeances, signifie aussi laisser le patient s'exprimer et prendre part au processus décisionnel. Cela nous ramène aussi au principe éthique de l'autonomie dans le domaine des soins infirmiers.

5.1.2 L'internalisation

5.1.2.1 La connaissance mutuelle

La connaissance mutuelle est un indicateur important pour une collaboration efficace. A partir des articles analysés, j'ai regroupé cinq facteurs qui influencent la connaissance mutuelle, qui peuvent donc améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie : la communication et les interactions ; la connaissance des compétences et des rôles de chacun et les formations internes sur la discipline médicale et infirmière ; la formation sur la collaboration durant les études ; les caractéristiques individuelles ; et la volonté et l'engagement personnel.

Communication - Interactions

Pour se connaître, les professionnels ont besoin de communiquer. Nelson, King, et Brodine ont prouvé qu'il y avait un manque de communication entre les médecins et les infirmières dans les services de médecine-chirurgie où ils ont mené leur étude (*Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008). Il y a peu de questionnement de la part des infirmières envers les médecins pour connaître leurs attentes à propos du degré d'investissement dans la prise de décision, et peu de négociation pour définir la responsabilité de chacun dans l'information au patient. De plus, les infirmières perçoivent une différence de pouvoir entre elles et les médecins, et n'osent pas prendre part aux processus décisionnels.

Les médecins peuvent avoir l'impression que la communication et la collaboration sont efficaces, alors que les infirmières perçoivent des problèmes de communication (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Lorsqu'il y a une différence hiérarchique, les professionnels en haut de la hiérarchie (ici les médecins) peuvent paraître inapprochables, et les professionnels qui sont en bas de la hiérarchie (ici les infirmières) peuvent se sentir intimidés et inconfortables pour parler des problèmes des patients : cela peut entraîner une diminution des interactions nécessaires pour assurer l'administration des traitements adéquats, et donc augmenter les risques pour le patient. Dans la vraie collaboration, telle que définie dans le cadre opératoire, le pouvoir doit être mutuel et égal (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008 ; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005 ; O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Les infirmières ont aussi une responsabilité dans cela, car la manière dont elles se présentent aux médecins influence les relations de collaboration (Nelson, King & Brodine, 2008). Certains auteurs recommandent que certaines infirmières prennent des cours et s'entraînent pour améliorer leurs compétences d'assurance et d'estime de soi (Lin et al. 2004, cité dans : Nelson, King & Brodine, 2008). Il faut tout de même tenir compte du fait que la confiance en soi et l'estime de soi dépendent de divers déterminants (expériences de toute la vie, éducation, etc.), des cours peuvent aider, mais n'apportent pas de changement radical immédiat.

De plus, l'estime de soi et l'assurance doivent être basées sur des connaissances professionnelles approfondies et une évaluation précise des patients dont les infirmières s'occupent. O'Daniel et Rosenstein présentent un moyen de communiquer efficacement durant la visite médicale en utilisant les compétences infirmières (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005): utilisation du SBAR (Situation, Background/contexte, Assessment/analyse, Recommandation) pour présenter le patient. J'ai décrit le SBAR ci-après dans l'indicateur des échanges d'informations.

Afin d'optimiser la complémentarité interdisciplinaire infirmière-médecin, les compétences infirmières doivent être utilisées de manière optimale, un rôle professionnel infirmier basé sur des preuves et une meilleure pratique doivent se développer, en incluant les aspects dépendants, inter-dépendants, et indépendants de leur fonction (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician*

Work Relations and Role Expectations, 2008). Il est important de noter l'importance des trois aspects du rôle infirmier, alors que dans la pratique actuelle, les infirmières veulent toujours tendre vers plus d'autonomie, et il y a très peu de recherches sur le rôle infirmier dépendant du médecin et le rôle infirmier inter-dépendant avec le médecin.

Gestion des conflits

Les compétences en matière de résolution de conflits et en communication sont très importantes (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008), car les conflits sont naturels, mais il faut savoir les gérer afin de maintenir de bonnes relations professionnelles (Nelson, King & Brodine, 2008). Lindeke et Sieckert en arrivent à la même conclusion (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005) : les conflits sont normaux en raison de la diversité des points de vue venant des différentes disciplines, il faut que les professionnels apprennent à les gérer de manière respectueuse. Il faut aussi accepter le fait que les médecins et les infirmières ne seront pas toujours d'accord, et ne pas chercher à les forcer de se mettre d'accord, la notion de liberté est importante. Lindeke et Sieckert (2005) expliquent que les conflits peuvent être bénéfiques : sans conflits, les pensées créatives et/ou contradictoires seraient supprimées dans le but de maintenir les consensus et la paix, la pensée de groupe serait ainsi perdue ; et sans conflit, les relations seraient plates et inefficaces. Il faut tout de même rester vigilant afin d'identifier le moment où un consensus devient impossible, et agir rapidement en analysant les problèmes de communication sous-jacents, en se basant sur les faits plutôt que les opinions, et favoriser une communication ouverte.

Connaissance des compétences et des rôles - Formations internes sur la discipline infirmière et médicale

Lorsque les rôles de chacun sont clairement définis, la collaboration est efficace et permet une meilleure prise en charge des patients, un gain de temps et d'argent, et une continuité dans la prise en charge (Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005). Dans le contexte de collaboration en tandem (cf. annexe 9.10), les rôles ont été clairement définis, les médecins et les infirmières connaissent très bien les compétences et les rôles de chacun dans la prise en soins des patients. Un des rôles de l'infirmière de pratique avancée est d'effectuer une tournée du matin pour voir tous les patients avec le neurochirurgien et discuter des changements, puis une tournée de l'après-midi avec le neurochirurgien pour échanger au sujet des résultats obtenus, des progrès et du plan de soins. L'infirmière de pratique avancée examine

régulièrement le patient, elle en informe le neurochirurgien si nécessaire, et elle joue un rôle très important dans l'enseignement au patient.

La revue de la littérature de Choi et Pak confirme que la clarté des rôles permet une connaissance mutuelle nécessaire pour collaborer, et que la communication est importante afin de partager les données et les connaissances et d'évaluer ensemble les situations de soins (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007). De plus, Choi et Pak (2007) recommandent une évaluation mutuelle de manière constructive parmi les membres de l'équipe, afin de favoriser la collaboration. Cela paraît difficilement applicable dans les services de soins actuels en Suisse, et on peut imaginer qu'il faudrait éviter d'oser évaluer un membre de l'équipe de travail. Le fait de discuter des problèmes éventuels et d'essayer de trouver des solutions ensemble semble plus réaliste dans les services de chirurgie des hôpitaux en Suisse.

Dans l'étude de Hojat et al. effectuée en 2001 au Mexique (citée dans l'étude de Thomson, *Nurse-Physician collaboration: a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*, 2007), les auteurs recommandent l'éducation interprofessionnelle (cours sur les rôles de chacun), afin que chacun connaisse le rôle de l'autre. Ce moyen proposé pour améliorer la collaboration est tout à fait pertinent et pourrait être appliqué en Suisse dans un service de chirurgie, cela permettrait de former les médecins et les infirmières sur les rôles et les compétences de chacun, et ces séances de formation peuvent aussi permettre à chacun des professionnels d'exprimer ses attentes de la part de l'autre professionnel.

Nelson, King, et Brodine rapportent des résultats similaires et recommandent que les infirmières et les médecins reçoivent une formation sur la contribution unique de chacun dans une offre en soins de qualité (*Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008). La formation sur la collaboration est présentée comme une clé pour l'amélioration des relations médecin-infirmière. Un autre article recommande d'effectuer des jeux de rôles en utilisant des scénarios de cas (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008), cela permet une meilleure compréhension de la pratique de l'autre en se mettant à sa place, ce qui améliore les relations interprofessionnelles.

O'Daniel et Rosenstein recommandent des formations sur plusieurs sujets : la dynamique d'équipe, la prise de décision en équipe, les compétences en

communication, les convenances au téléphone, l'expérience de la subordination, l'expérimentation de la diversité, la gestion des conflits, la gestion du stress, et tout autre cours nécessaire pour favoriser un fonctionnement d'équipe et une communication plus efficaces (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Les cours devraient être donnés à tous les membres de l'équipe : médecins, médecins en formation, infirmières, étudiantes infirmières, et tout autre professionnel qui a des contacts avec le patient et joue un rôle dans les soins au patient. Quant aux auteurs San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, et Ferrada-Videla, ils recommandent des formations dans le but d'améliorer les connaissances interdisciplinaires, c'est-à-dire des formations sur les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs, et les perspectives théoriques des professionnels des autres disciplines (*The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Ces deux dernières recommandations sont à prendre en compte, la première sert surtout à améliorer l'ambiance de travail et la communication, qui ont aussi un impact sur la collaboration, et la deuxième est plus centrée sur la collaboration.

Lindeke et Sieckert (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005), mettent l'accent sur l'importance des expériences formatrices, planifiées, réparties de manière stratégiques, et qui peuvent servir de base aux attitudes de collaboration et construire des compétences de communication. Les formations sur le travail interdisciplinaire ont prouvé leur efficacité dans le développement de compétences de collaboration (Hojat et al., 2001 ; Sternas, O'Hare, Lehman & Milligan, 1999, cité dans : Lindeke & Sieckert, 2005). Lindeke et Sieckert (2005) présentent une stratégie de formation intéressante pour faire prendre conscience des rôles de chacun dans la prise en soins des patients : les infirmières et médecins-assistants sont mis par deux et doivent changer de rôle durant huit heures. En travaillant ensemble dans les conditions des infirmières, les médecins vivent et voient directement les fonctions, les perspectives, et les contributions propres des soins infirmiers. Les auteurs précisent l'importance de l'expérience clinique, car les cours à l'école seuls ne peuvent pas changer les comportements (Lindeke & Sieckert, 2005).

Un exemple original en Russie est cité dans l'étude de Thomson (*Nurse-Physician collaboration: a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*, 2007) : les responsables ont fait travailler des étudiants en médecine après trois années d'étude de médecine en tant qu'infirmiers afin de pallier le manque d'infirmiers ; ils ont remarqué que cela a amélioré leurs connaissances de la profession

infirmière, cela les a amenés à mieux comprendre les infirmières, la communication était améliorée, et les infirmières ont dit que ces médecins (ayant travaillé comme infirmiers durant une période) reconnaissent plus facilement l'importance du rôle de l'infirmière dans les résultats positifs pour le patient. Cela est inimaginable tel quel en Suisse actuellement, car les programmes de formation des médecins et des infirmières sont très différents, et il s'agit de deux disciplines distinctes, donc un médecin ne saurait pas utiliser la démarche infirmière de soins par exemple. L'idée de se mettre à la place de l'autre est intéressante car cela permettrait une meilleure compréhension des priorités et des problèmes de l'autre professionnel, mais elle est irréalisable dans les hôpitaux suisses ; il est difficile d'imaginer un étudiant ayant fait trois ans d'études de médecine travaillant comme infirmier, car il ne connaîtrait pas encore certaines pathologies, n'aurait aucune expérience pratique, et ne connaîtrait pas la démarche de soins infirmiers.

Les résultats de l'étude de Thomson révèlent que les infirmières ont des attitudes plus positives que les médecins pour la collaboration (*Nurse-Physician collaboration: a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting*, 2007). Les infirmières accordent plus d'importance à la collaboration infirmière-médecin que les médecins. En comparant les scores des attitudes des médecins et des infirmières, les deux types de professionnels ont des attitudes positives pour la formation et le travail d'équipe, et l'autonomie des infirmières, mais il semblerait que la dominance des médecins en tant que chefs décisionnels soit toujours marquée. Selon Thomson (2007), les médecins et les infirmières sont prêts à suivre des formations communes afin de mieux collaborer. Il y a un autre item sur lequel les médecins et les infirmières ont exprimé des attitudes positives : soigner (infirmières) versus guérir (médecin) : même si cette distinction caricaturale des deux disciplines est aujourd'hui désuète selon les définitions des deux disciplines que j'ai présentées dans mon cadre opératoire, on peut interpréter cela comme la connaissance du rôle de chacun, ce qui est un facteur important pour une collaboration efficace.

Formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études

Selon Glen (1999, cité dans : San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005), il y a un grand besoin de formation pour permettre aux étudiants de reconnaître les valeurs et les responsabilités des deux professions. Actuellement, les systèmes professionnels et éducationnels ont tendance à valoriser la professionnalisation, qui est caractérisée par l'accomplissement de la domination, l'autonomie et le contrôle, plutôt que la collégialité et la confiance (Freidson, 1986, cité

dans : San Martin Rodriguez et al., 2005). Le processus de professionnalisation est considéré comme contraire à la collaboration. En effet, la collaboration dépend de la reconnaissance mutuelle des professionnels de leur interdépendance autant que l'acceptation de « zones grises », où leurs contributions respectives peuvent se chevaucher, alors que les dynamiques de professionnalisation conduisent à une différenciation des professionnels et à des comportements territoriaux au sein de l'équipe (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Certains médecins ont le sentiment que la collaboration est un moyen de saper leur rôle autoritaire au sein de l'équipe (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Une formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études permettrait d'agir en amont du problème, afin de clarifier les contributions de chaque discipline, et de mettre en valeur les deux disciplines.

Actuellement, durant leurs études, les professionnels sont immergés dans les philosophies, les valeurs, les perspectives théoriques de base inhérentes à leurs professions respectives (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005) et à une véritable culture professionnelle (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008), ce qui influence leurs perceptions de rôles et de compétences. Lindeke et Sieckert parlent de socialisation professionnelle, qui peut représenter un vrai défi pour une collaboration efficace (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005) : par exemple, les infirmières sont typiquement socialisées pour soutenir les consensus, alors que les médecins se focalisent plus sur la prise de décision. La socialisation des étudiants étant spécifique à chaque discipline, elle peut ne pas insister sur la force des autres disciplines ou sur les compétences de collaboration renforcées. L'importance de la collaboration n'est pas suffisamment soulignée dans les formations des médecins en particulier (Casanova et al., 2008). Les médecins ont souvent des attentes qui suggèrent que les infirmières sont une extension d'eux, ce qui ne correspond plus aux compétences et aux rôles infirmiers actuels en occident. Les infirmières doivent aussi se remettre en question, car elles tendent toujours plus vers l'autonomie dans la pratique de soins infirmiers, alors que la collaboration et l'autonomie très poussée sont incompatibles selon Casanova et al. (2008).

Il est important d'adapter les formations aux changements professionnels récents, caractérisés par une complexité croissante des systèmes et des situations de soins,

qui exigent une prise en charge interdisciplinaire, et donc une collaboration interdisciplinaire solide afin d'assurer une bonne qualité de soins et la sécurité des patients. Les cours durant les études de médecine ou de soins infirmiers devraient permettre une bonne compréhension de la pratique des autres professionnels, une prise de conscience et une valorisation de la contribution des autres professionnels, et une adhésion à une logique de collaboration (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Cela permettrait d'inscrire les soins médicaux et infirmiers dans une logique de collaboration dès le début, et influencerait positivement les perceptions des rôles entre les professionnels des deux disciplines.

Caractéristiques individuelles

La collaboration et la communication sont aussi liées aux caractéristiques individuelles des membres de l'équipe interdisciplinaire (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005 ; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Lindeke et Sieckert (2005) décrivent trois dimensions individuelles des professionnels qui influencent la collaboration: l'intelligence émotionnelle, la compréhension de l'autre, et la prévention de l'épuisement émotionnel. L'intelligence émotionnelle se caractérise par une connaissance de soi, l'ambition de s'améliorer continuellement et la mise à jour des connaissances en sachant que la perfection n'est pas atteignable, la capacité à être toujours positif, humble, et à accepter les échecs lorsqu'ils surviennent, puis de corriger les erreurs. La compréhension de l'autre se manifeste par une adaptation commune de la planification du travail et une flexibilité (Choi & Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007), permettant de s'adapter aux autres professionnels et aux changements continus de priorités durant les journées. La prévention de l'épuisement émotionnel consiste à observer les symptômes individuels d'un épuisement (par exemple : fatigue, troubles du sommeil, irritabilité, oublis fréquents, difficultés à se concentrer), afin de prendre des mesures et éviter la péjoration de l'épuisement émotionnel en burn-out. Lindeke et Sieckert (2005) décrivent l'épuisement comme un facteur important pour la communication et les interactions interprofessionnelles, car l'épuisement émotionnel rend la communication difficile. Il est vrai que cela a une grande importance dans la collaboration : les professionnels de santé en épuisement psychologique adoptent soit une attitude de retrait et d'inhibition, participent moins activement au plan de soins, soit une attitude de

braquage, voire agressive. On observe parfois dans la pratique que les chirurgiens travaillent beaucoup (heures supplémentaires) et ont peu de repos (gardes de nuit), ils sont aussi confrontés à la mort (mort réelle d'un patient durant l'opération, ou stress intense et permanent durant l'opération dû à la peur que le patient décède), ce qui peut aboutir à un épuisement professionnel. L'importance de la prévention du burn-out est donc tout à fait pertinente dans les services de chirurgie. Les infirmières sont aussi sujettes au burn-out, et doivent faire attention aux premiers signes d'épuisement. Pour prévenir le burn-out, les organisations de santé et les responsables de services doivent aussi prévoir une dotation en personnel suffisante pour éviter l'accumulation d'heures supplémentaires et les charges de travail immenses, des temps de repos adéquats, et une attitude non punitive.

Deux autres caractéristiques individuelles qui influencent la collaboration sont décrites : le genre (car la majorité des infirmières sont des femmes, et la majorité des médecins sont des hommes), et la culture (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Les caractéristiques culturelles sociales dues à l'environnement de travail et/ou les caractéristiques culturelles individuelles des professionnels venant de différents pays du monde, influencent le processus de collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005), car leurs expériences professionnelles ont été très différentes, et les relations infirmière-médecin ne sont pas les mêmes dans tous les pays. Certaines cultures peuvent avoir des valeurs culturelles qui vont à l'encontre de l'esprit de collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005), par exemple la subordination des infirmières aux médecins. Les professionnels doivent ainsi faire des efforts pour mieux se comprendre et s'adapter à leur environnement de travail.

Volonté - Engagement personnel

Même si on essaie de mettre en œuvre des structures et des standards pour développer la collaboration, la collaboration reste par nature quelque chose de volontaire (D'Amour et al., 1999 , cité dans : San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Il faut donc que les professionnels désirent collaborer. La volonté dépend de plusieurs facteurs, dont la formation professionnelle, l'expérience antérieure dans des situations similaires, et la maturité personnelle (Henneman et al., cité dans : San Martin-Rodriguez et al., 2005).

De plus, il faut que les professionnels démontrent un engagement personnel en vue de collaborer (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005 ; O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005 ; Choi & Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007), car cela favorise les échanges, la communication, l'auto-évaluation, et aussi la confiance mutuelle (Choi & Pak, 2007). Une formation sur la collaboration, les avantages de la collaboration, les attitudes qui favorisent la collaboration pourrait servir de moteur à la volonté et à l'engagement. Une des attitudes à avoir est le respect mutuel, qui est présenté comme un déterminant important de la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). En effet, le respect implique la connaissance et la reconnaissance de la complémentarité des contributions des différents professionnels de l'équipe, et améliore ainsi le climat de travail.

Les infirmières ne se sentent pas toujours suffisamment respectées dans leur travail par les médecins. Lindeke et Sieckert (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005) conseillent aux infirmières d'arrêter de rendre les autres professionnels responsables de leurs problèmes infirmiers quotidiens (dire que c'est à cause du médecin, de la physiothérapeute, de l'assistante sociale, des administrateurs), car cela est considéré comme non productif et non professionnel. En effet, le fait d'agir comme des opprimés n'encourage pas les autres professionnels à respecter les infirmières, ni à leur faire confiance (Roberts, 1999, cité dans : Lindeke & Sieckert, 2005). Le respect se gagne par la volonté et le courage de partager les responsabilités pour les résultats en matière de santé pour les patients. En montrant leurs compétences en soins infirmiers et en collaboration, une confiance en leurs contributions et une confiance en soi, elles pourront acquérir le respect dans l'équipe.

5.1.2.2 La confiance

Selon l'étude de San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, et Ferrada-Videla (*The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005), la plupart des chercheurs considèrent la confiance comme la clé de voûte de la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de soins. La confiance n'existe pas d'office, il faut la construire, et cela nécessite du temps, des efforts (engagement personnel), de la patience, et de la confiance en soi. Choi et Pak expliquent qu'il faut la preuve d'un respect mutuel et une communication ouverte efficace pour établir un lien

de confiance (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007).

Trois autres articles soulignent l'importance de la confiance dans la collaboration, sans l'expliquer davantage : Lindeke et Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005 ; O'Daniel et Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005 ; Choi et Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007.

Le fait d'avoir vécu des expériences antérieures positives en lien avec la confiance et la démonstration de confiance envers les autres aident à finaliser la construction de la confiance interprofessionnelle. Ainsi, la confiance en soi et en les autres dépend de la compétence (capacités et connaissances) et de l'expérience (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Les professionnels font donc davantage confiance aux autres professionnels qui sont compétents et qui ont une plus grande expérience.

Cela nous amène au fait que les médecins auront plus tendance à collaborer avec les infirmières les plus expérimentées et compétentes du service. Avoir uniquement des infirmières très expérimentées et très compétentes dans toutes les équipes relève cependant de l'utopie, car pour avoir de l'expérience, les infirmières doivent bien commencer quelque part. De plus, il existe des infirmières moins expérimentées, mais qui sont beaucoup plus compétentes que d'autres qui sont expérimentées. Selon moi, l'expérience acquise en commun aide à instaurer une relation de confiance médecin-infirmière, mais le facteur déterminant pour la confiance est la compétence. En montrant et en affirmant leurs compétences infirmières, ces dernières pourront établir des liens de confiance, car les médecins connaîtront le domaine de compétence des infirmières avec lesquelles ils travaillent, et auront confiance en leur jugement professionnel. La formation sur les deux disciplines (médicale et infirmière) aide à connaître en théorie ce que devrait être une infirmière et un médecin, mais pour établir une confiance réciproque, il faut aussi démontrer ces compétences dans la pratique.

5.1.3 La formalisation

5.1.3.1 Les outils de formalisation

Visites médicales

L'un des outils de formalisation est la tournée de tous les patients avec le médecin (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005 ; Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005 ; Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Dans la collaboration en tandem, les tournées du matin servent à planifier les priorités, et coordonner la prise en charge, et celles de l'après-midi servent à évaluer les mesures mises en place (Herrmann & Zabramski, 2005). Cette organisation permet une régularité et une rigueur dans la prise en charge, car tout est évalué le jour même, donc cela permet une prise de décision plus rapide, et aide à tendre vers des soins optimaux. De plus, l'organisation de tournées sert de cadre permettant au processus de collaboration de se mettre en place.

Une organisation régulière de visites médicales est possible dans les services de chirurgie ayant une, voire deux spécialités chirurgicales (comme dans l'étude de Herrman & Zabramski, 2005), mais lorsqu'il y a plusieurs types de chirurgies dans un même service, cela devient difficile (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008), car chaque médecin s'occupe de ses patients en fonction du planning du bloc opératoire, et il est difficile d'avoir une heure fixe pour les visites médicales. Cependant il vaut la peine d'essayer d'organiser une visite médicale chaque matin, car la sécurité des patients sera meilleure ainsi.

Standards et protocoles

Lorsque les attentes et les responsabilités sont clairement définies comme c'est le cas dans le modèle de collaboration en tandem (cf. annexe 9.10, tiré de : Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005), la collaboration est plus efficace. Cependant, pour définir les responsabilités et les rôles de chacun, il faut se baser sur des consensus entre les deux disciplines tel que c'était le cas dans la mise en place du modèle de collaboration en tandem, afin d'éviter que l'un impose sa discipline selon ses priorités.

Les outils de formalisation permettent d'établir un cadre pour le travail en collaboration. La standardisation du travail et des compétences professionnelles des membres de l'équipe est décrite comme l'un des outils principaux de formalisation, et elle peut se faire au moyen de protocoles interprofessionnels et de règles de fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Ces mesures permettent que les rôles de chacun soient clairs (division du travail claire), et peuvent aussi être utilisées afin d'analyser une situation complexe et problématique, afin de déterminer si les règles de fonctionnement établies ont été respectées.

Il est judicieux de s'assurer que les procédures de prise de décision soient claires et connues pour tous les professionnels de l'équipe de soins avant la mise en place d'un tel projet (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). O'Daniel et Rosenstein donnent quelques exemples d'outils formels qui peuvent aider la mise en place, l'évaluation, et l'amélioration d'un processus de collaboration, ils recommandent une planification adaptée à des groupes cibles, l'organisation de réunions de départements, la nomination de comités d'intervention, l'utilisation de rapports d'incidents, d'outils d'évaluation, et de boîtes à suggestions. Dans le contexte des hôpitaux nord-américains très formalisés, ces outils sont adéquats, mais pour les hôpitaux suisses ils doivent être évalués et adaptés afin de convenir à la société et à la culture suisse, qui n'a pas besoin d'autant de formalisation.

Pour collaborer efficacement, il faut aussi utiliser une documentation unifiée et standardisée (San Martin-Rodriguez et al., 2005), afin que les infirmiers aient accès aux données des médecins, mais aussi que les médecins aient accès aux données des infirmières. Dans les services de chirurgie dans lesquels j'ai effectué mes stages, les soins infirmiers sont documentés chronologiquement, mais pas de manière ciblée, et donc pour y trouver une information il faudrait lire tous les rapports écrits de toutes les infirmières, donc ce document n'est pas utilisable concrètement. L'accès rapide et facilité aux informations au sujet des patients est fortement demandé par les médecins (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). La mise en place d'une documentation infirmière standardisée, synthétique et ciblée, peut permettre à un accès plus rapide aux données recueillies et à l'évaluation du patient par l'infirmière ; cela permettra aussi d'améliorer la visibilité du travail infirmier, et de renforcer sa valorisation.

5.1.3.2 L'échange d'informations

L'infirmière est plus souvent en contact avec les patients, et peut ainsi avoir accès à des données complémentaires qui aident à une prise en charge optimale. Il est important de voir que dans le contexte de la collaboration en tandem médecin-infirmière de pratique avancée (Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005), l'infirmière a un rôle autonome plus étendu, mais elle communique ses observations et ses actions au médecin (exemple : enseignement au patient). Ainsi développer le rôle infirmier autonome ne signifie pas agir chacun de son côté, l'échange d'informations est primordial. Chaque profession de soins a des informations dont l'autre a besoin pour pratiquer efficacement (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Dans l'intérêt de la sécurité des soins au patient, aucune profession ne peut agir seule, développer de bonnes connaissances de collaboration est donc essentiel.

O'Daniel et Rosenstein insistent sur l'importance de la standardisation des outils de communication (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). En raison de la complexité croissante des soins médicaux et des échanges d'informations complexes qu'elle requiert dans un court laps de temps, l'utilisation de techniques de communication structurées permet d'avoir une structure logique et exacte, afin de faciliter la compréhension entre les professionnels, et d'éviter de s'attarder sur des détails superflus en oubliant des informations essentielles. De plus, les infirmières et les médecins ont souvent des styles de communication différents, en partie dus à l'expérience. Les infirmières apprennent à être plus descriptives des situations cliniques, alors que les médecins apprennent à être très concis. Des outils de communication standardisés sont très efficaces pour diminuer ces différences. L'utilisation d'un langage en commun facilite la collaboration.

Les techniques ont été inspirées d'études sur l'aviation, puis adaptées et testées dans les milieux de soins (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Ces deux domaines sont proches, car ils impliquent des situations où il y a une grande variété de circonstances, le besoin d'adapter les processus rapidement, un changement rapide de base de connaissances, et des professionnels très entraînés qui doivent avoir un jugement d'expert dans des situations dynamiques. O'Daniel et Rosenstein (2005) présentent quatre techniques de communication standardisées, mais seule une convient pour les médecins et les infirmières : le SBAR (**S**ituation : problème actuel ; **B**ackground/Contexte : spécificités

à prendre en compte, co-morbidités, traitements, évolution durant ces derniers jours ; **Assessment** : analyse brève du problème ; **Recommandation** : demande formulée clairement et calmement, recommandations pour la résolution du problème). Le SBAR a été développé par un médecin nommé Michael Leonard et ses collègues, et présente de nombreux avantages. C'est un outil facile à mémoriser, qui peut servir de base pour la communication interprofessionnelle. Il permet d'avoir une manière ciblée et facile pour les infirmières d'exprimer leurs attentes de la part du médecin, en lien avec le contenu de ce qui sera communiqué. De plus, le SBAR permet de développer les compétences réflexives rapides pour les cas d'urgence par exemple : l'infirmière, avant d'appeler le médecin pour un patient, fait elle-même une évaluation de la situation, et fournit ensuite l'analyse au médecin en utilisant la structure du SBAR ; cela suggère que l'infirmière soit compétente dans l'analyse de ce type de situations. Le SBAR en tant que tel convient plutôt pour les appels téléphoniques en cas de problème, pour les visites médicales, il est possible de l'adapter en BSAR afin d'avoir une suite logique selon la situation, ou de créer un autre outil de communication standardisé selon les besoins des professionnels.

Choi et Pak (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007) recommandent d'utiliser internet et les emails en tant que plateforme de soutien pour le travail pluridisciplinaire. Internet permet au médecin et aux infirmières de partager les mêmes informations (pathologies, examens de laboratoire, radiographies, graphique des paramètres vitaux), y compris à distance l'un de l'autre. Cela permet à l'infirmière d'avoir aussi accès aux données citées ci-dessus, et donc d'anticiper la prise en soins.

Cependant, Lindeke et Sieckert suggèrent un ensemble de règles à respecter dans l'utilisation de l'e-mail comme moyen de communication: il faut que le contenu soit bref, précis, clair, pertinent, et sans encombrement par des détails non nécessaires (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). De plus, il faut éviter d'utiliser des formules qui peuvent sembler non respectueuses, car elles peuvent fragiliser les relations de collaboration et de respect mutuel. Cela requiert une attention particulière lors de l'envoi de messages écrits, car sans la partie non-verbale de la communication, les messages peuvent être mal interprétés, la situation peut paraître plus ou moins grave qu'elle ne l'est, certaines formulations peuvent paraître insultantes. Il faut donc toujours se mettre à la place du receveur du message afin d'évaluer la clarté et l'exactitude du message.

Parfois, les environnements de soins stressants peuvent entraîner des comportements irrespectueux de la part des médecins envers les infirmières lorsqu'ils veulent obtenir des informations importantes (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Même si les médecins peuvent penser que des comportements irrespectueux peuvent être acceptables dans certaines situations, les infirmières n'ont pas du tout le même avis. De plus, lorsque les infirmières mettent en question les ordres médicaux écrits pour comprendre le contexte, les médecins perçoivent ce questionnement comme une entrave à leur autorité.

Il faut donc former ces médecins à la collaboration, et rappeler que les soins doivent être centrés sur le patient. Les comportements irrespectueux doivent être discutés, et l'infirmière doit être libre de pouvoir exprimer les problèmes de communication et de respect qu'elle peut rencontrer, les médecins aussi. L'utilisation de techniques de communication verbales appropriées (formulations interrogatives positives, basées sur des faits, et non agressives, non interrogatives négatives) peut aider à améliorer la qualité des échanges verbaux, et la relation entre les professionnels.

5.1.4 La gouvernance

5.1.4.1 Le rôle central

Engagement - Soutien de l'organisation

Une collaboration qui permet la résolution de conflits augmente la satisfaction, le recrutement et la rétention des infirmières. Cela requiert un engagement et un soutien importants de la part des responsables organisationnels (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005 ; Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Dans la revue de la littérature qui introduit l'étude de Nelson, King, et Brodine (*Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008), une étude de l'ANA (American Nurses Association, 2002) est citée : elle recommande le développement d'un environnement de soins qui soutient la prise de décision partagée et la collaboration. L' IOM (Institute of Medicine) a aussi recommandé que les organisations adaptent leurs structures afin de soutenir la collaboration, en encourageant les tournées interdisciplinaires (visites médicales) et en apportant une formation sur le processus de collaboration et un entraînement pour l'équipe.

Dans les systèmes de soins complexes et sophistiqués, la collaboration est souvent difficile (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Elle peut

sembler idéaliste, voire irréaliste. Cependant, les relations de collaboration valent la peine de faire des efforts car elles ont pour conséquences de meilleurs résultats pour les soins aux patients. Dans un climat de travail qui exige constamment l'efficacité, la maîtrise des coûts, et l'amélioration de la qualité des soins, la collaboration interprofessionnelle a besoin d'une réévaluation régulière du concept de collaboration entre infirmières et médecins, que seules les organisations de soins peuvent diriger. Les organisations peuvent examiner le partenariat, la communication, les perceptions et les attentes de rôles, pour les infirmières et les médecins (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Cette analyse peut aider à identifier les problèmes, et à déterminer les mesures à mettre en place pour améliorer ces aspects de la collaboration et de la communication.

En rassemblant les compétences, l'expérience et le jugement de différents professionnels, les organisations essaient de s'adapter à la complexité croissante des soins (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Les organisations doivent favoriser le développement d'une pratique en collaboration, en sachant que le processus de collaboration est aussi construit sur une base volontaire entre les professionnels. Cela implique des négociations interprofessionnelles, mais les gestionnaires doivent prendre des mesures de formation interprofessionnelles sur la collaboration, des mesures de réglementation, d'évaluation, et de gestion des problèmes dans le processus de collaboration. Ainsi, les directeurs administratifs et politiques doivent servir de guide, et mettre en place un cadre dans lequel le processus de collaboration est possible. Les déterminants individuels et interpersonnels jouent un rôle important dans le développement d'une pratique en collaboration, mais sans le soutien politique institutionnel, le processus de collaboration serait moyennement efficace, et fragile à long terme.

Selon la revue de la littérature de San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, et Ferrada-Videla (*The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005), la structure de l'organisation a une forte influence sur la collaboration. Certains auteurs disent qu'une collaboration interprofessionnelle réussie requiert une structure hiérarchique plus horizontale ; car les structures verticales (traditionnelles) ne permettent pas une prise de décision partagée et une communication directe, alors que les structures décentralisées et flexibles accentuent l'importance du travail d'équipe et soutiennent la prise de décision partagée, ce qui

favorise la collaboration. Cependant aucune étude empirique n'argumentait cette prise de position. De plus, il faut qu'il y ait des meneurs (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005), il me semble important que chaque acteur joue son rôle (professionnels, leaders, organisations), les organisations doivent garder un pouvoir afin de mener des projets au sein des équipes de professionnels, car il faut toujours au moins un leader dans une organisation, et ce leader doit avoir plus de pouvoir que les autres, autrement personne ne respecterait la hiérarchie.

La collaboration infirmière-médecin est satisfaisante lorsque la contribution au bien-être du patient est partagée (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Malheureusement la contribution des soins infirmiers n'est souvent pas facile à identifier. Les médecins ont souvent été vus comme les sources principales de revenus des hôpitaux, mais les infirmières sont aussi des sources de revenus, dans le sens qu'elles produisent un travail (les soins infirmiers). L'invisibilité des soins infirmiers est expliquée dans cet article par les différences de revenus, de genre, et de pouvoir.

On peut aussi relier l'invisibilité des soins infirmiers à un manque de valorisation des soins infirmiers par les infirmiers, mais aussi par les organisations, les revenus des infirmières étant souvent inférieurs à ce qui leur revient légalement en fonction du niveau d'études et des exigences professionnelles. On peut imaginer que l'une des mesures prises par l'organisation serait d'introduire dans la pratique des outils formels permettant de montrer le jugement clinique des infirmières (diagnostics infirmiers par exemple) afin d'utiliser de manière optimale les compétences infirmières (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005) ; il faudrait aussi adapter les revenus des infirmières conformément à leur niveau d'études afin de valoriser leur travail.

Philosophie

La philosophie de l'organisation et les valeurs inhérentes ont aussi un impact sur le degré de collaboration, elle doit soutenir la collaboration (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005 ; O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Une philosophie qui valorise la participation, l'égalité, la liberté d'expression, et l'interdépendance, est décrite comme essentielle pour le développement de la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le climat de travail joue un rôle déterminant dans le

développement de la collaboration entre médecins et infirmières. Un climat d'ouverture, d'intégrité, et de confiance, favorise les attitudes de collaboration.

5.1.4.2 Le leadership

Le leadership a un rôle très important pour favoriser une bonne collaboration. Il faut un bon chef d'équipe qui sert de guide, de soutien, et prend des mesures pour favoriser le travail d'équipe (Choi & Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007 ; Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Selon l'article de San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla (*The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005), la collaboration est essentiellement un processus interpersonnel qui requiert la volonté de collaborer, la confiance mutuelle, le respect mutuel, et communication. Mais ces conditions ne sont pas suffisantes, les déterminants organisationnels jouent un rôle essentiel, surtout en termes de gestion des ressources humaines, et de leadership efficace.

Développer des standards - Définir clairement les procédures

Les leaders doivent développer des standards sur la collaboration interprofessionnelle, incluant des règles et des procédures standards (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005), adaptées au service de soins. Les protocoles doivent décrire clairement les standards et les processus attendus pour agir face à des comportements perturbateurs, et définir les recommandations, les plans de suivi, et les actions à entreprendre en cas de résistance ou de refus de se soumettre à ces règles. Avant de mettre en place un tel projet, il est judicieux de s'assurer que tous les employés connaissent bien les règles et les procédures appliquées.

O'Daniel et Rosenstein recommandent la mise en place de rapports d'incidents en lien avec la collaboration, puis ces incidents seraient analysés et traités par un comité d'intervention interdisciplinaire, chargé de gérer ces problèmes (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Afin d'encourager les employés à rapporter les comportements perturbateurs (attitudes inappropriées, confrontation, conflits, etc.), les leaders devraient aborder les questions liées à la confidentialité, la peur de représailles, et le sentiment commun qu'il y a deux standards (médecin et infirmier) et que rien ne sera jamais réellement fait. Les moyens de faire les rapports devraient être facilités et soutenus par un environnement non punitif. Cette

idée comporte quelques limites inhérentes à la réalité des soins actuels, comme le nombre limité de médecins-chefs dans certaines spécialisations. Il devient donc très difficile d'introduire de telles exigences, car le risque serait de ne pas trouver d'autres médecins-chefs.

Les problèmes de position (hiérarchie, réputation, compétences spécifiques de certains médecins), le fait que ça doit être « approprié », la réceptivité des leaders, la peur des représailles, et l'hostilité, sont des obstacles importants (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). En plus de maintenir la confidentialité et réduire les risques de représailles, un des aspects essentiels du système de rapport des incidents est de reconnaître les plaintes et d'entreprendre des actions. Les réponses aux problèmes devraient être appropriées, franches, apporter le feedback nécessaire, et dans des délais raisonnables, afin que les employés gardent la confiance qu'ils ont en leurs employeurs. Il est clair que des mesures doivent être mises en place, les leaders cliniques et administratifs doivent donner le ton (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005) ; mais selon mon expérience durant mes stages, les mesures formelles d'évaluation, de rapports d'incidents, sont très mal perçues par les professionnels, et les « dénonciations » de problèmes internes à une équipe sont vues comme contraires à l'esprit d'équipe, et risquent de péjorer les relations de collaboration. La politique de tolérance zéro face aux comportements perturbateurs est clairement irréaliste.

L'introduction de procédures standards devrait se faire en se concentrant sur les domaines dans lesquels les changements peuvent amener des résultats mesurables d'une amélioration pour les patients dont les infirmières et les médecins s'occupent ensemble, plutôt que se concentrer sur ce qui, en surface, semble être des différences professionnelles irréconciliables (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Le fait que les professionnels aient en commun le désir personnel d'apprendre, et qu'ils aient les mêmes valeurs (satisfaire les besoins de leurs patients), est un bon départ.

Faire une analyse interne aidera à appuyer le sérieux de la situation et à apporter des solutions dans les domaines qui en ont besoin (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Les informations à analyser peuvent être obtenues à partir de méthodes formelles telles que les rapports d'incidents, les outils d'évaluation, l'adaptation du projet à des groupes cibles, les réunions de départements, les comités d'intervention, l'observation directe, les boîtes à

suggestions, et les téléphones. Quant aux méthodes informelles, telles que les rencontres quotidiennes ou les bavardages, elles peuvent aussi apporter des informations à prendre en compte et devraient être évaluées de manière plus approfondie quant aux sources, la validité, et la signification des événements pour déterminer les mesures à prendre.

Gestion des problèmes

Les leaders doivent mettre en place des mécanismes de gestion des conflits et des problèmes (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005) : médiateurs, comité neutre, discussions. En effet, il peut suffire d'une seule personnalité difficile pour défaire des relations de collaboration harmonieuses et efficaces (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Un leadership fort, courageux, et déterminé, peut gérer ce type de problèmes, et restaurer un climat de travail sain. Les leaders doivent pour cela être matures, avoir des attitudes positives, et inspirer la confiance et la sécurité.

Les comportements perturbateurs peuvent être de différents types : attitudes inappropriées, confrontation, conflits, abus verbaux parfois physiques, jusqu'au harcèlement sexuel (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Il est important que ces problèmes soient gérés, car ils sont très liés au turn-over des équipes de soins et aux résultats pour la santé des patients.

Evaluation

Lors de la mise en place d'un processus de collaboration, les leaders doivent aussi créer des mécanismes d'évaluation des résultats, afin d'évaluer la collaboration et de procéder à des ajustements si besoin (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005).

Encourager les rencontres et les discussions interprofessionnelles

Les leaders doivent encourager les rencontres et les discussions interprofessionnelles. Créer des opportunités pour que les différents groupes soient juste ensemble est décrit comme une stratégie très efficace pour améliorer la collaboration et la communication (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Ces interactions peuvent être formelles (visites médicales, colloques) ou informelles (manger ensemble à midi, ou soupers de fin d'année par exemple).

5.1.4.3 Le soutien pour l'innovation

Choi et Pak (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007) expliquent qu'il faut clairement un soutien de la hiérarchie, et la mise en place de moyens pour atteindre les objectifs fixés (exemple : dotation en personnel augmentée ou modifiée par exemple). Ils recommandent aussi d'augmenter les motivations du personnel concerné, par exemple avec des récompenses, ou simplement en expliquant l'objectif, le processus mis en place, et les raisons des modifications organisationnelles éventuelles.

Le soutien de l'administration est essentiel et comprend souvent des investissements financiers (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005 ; O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Les leaders doivent créer une organisation qui favorise la collaboration et offrir les moyens nécessaires à sa réalisation concrète (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Les moyens peuvent se traduire par une augmentation de la dotation en personnel, laissant ainsi aux professionnels médecins et infirmiers plus de temps pour interagir, et/ou un grand espace en commun où les professionnels peuvent interagir au lieu d'avoir uniquement des bureaux respectifs très éloignés. Afin de soutenir la collaboration, San Martin-Rodriguez et al. (2005) recommandent une organisation des services de soins en petites unités et l'utilisation des soins intégraux, car la collaboration y est meilleure.

L'adaptation de l'environnement est aussi une mesure qui vise à soutenir la collaboration (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005 ; Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). La recherche a montré que l'aménagement de l'espace sur le lieu de travail influence la productivité, les attitudes de travail, la confidentialité, et l'image professionnelle des soins de santé (Lindeke & Sieckert, 2005). Les espaces confortables et accueillants facilitent les discussions d'équipe. Pour aménager l'espace dans le lieu de travail, il faut considérer l'intimité, le contrôle du bruit, les places pour s'asseoir, et la commodité. Cette indication peut être utile pour la construction de nouveaux hôpitaux, mais il est très difficile de changer l'environnement de travail dans les hôpitaux existants.

5.1.4.4 La connectivité (mise en relation)

La connectivité est décrite comme un facteur important pour une collaboration efficace (Nelson, King, & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008 ; Herrmann, Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005). Choi et Pak concluent qu'il faut une proximité physique (bureaux à proximité) ou virtuelle (liens avec les moyens électroniques) des membres de l'équipe (*Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement*, 2007).

Le fait de partager un espace et de travailler dans une proximité physique réduit la territorialité professionnelle et les comportements ancestraux de compétitivité et de séparation des groupes d'infirmières et de médecins, et facilite la collaboration (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Le partage d'informations doit se faire dans un climat d'ouverture, la communication doit être régulière (plusieurs fois par jour selon l'état de santé des patients) et ouverte (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Les problèmes de communication peuvent être potentiellement évités lorsque les deux parties communiquent face à face. Cela permet aux deux parties de poser des questions pertinentes, et de discuter des alternatives de soins (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Il faut donc faciliter une proximité physique interprofessionnelle, afin de permettre plus d'échanges et de discussions d'équipe.

Pour collaborer efficacement, il faut avoir suffisamment de temps pour échanger les informations, développer les relations interpersonnelles et aborder les questions d'équipe (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Souvent dans les services de soins aigus, il y a peu de temps pour échanger. Les rencontres sont brèves, car les médecins n'ont pas le temps, et beaucoup d'infirmières travaillent à temps partiel (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Le défi est donc de faire en sorte que la plupart des interactions permettent d'utiliser au mieux les connaissances et les compétences des membres de l'équipe et de produire des résultats positifs pour la santé du patient ; cela est possible à l'aide d'outils de communication standardisés permettant la transmission brève et précise d'informations au sujet des patients.

5.2 Réponse à la question de recherche – Synthèse de la revue de la littérature

Suite à l'analyse des résultats ci-dessus, j'ai réalisé une grille de synthèse des résultats de tous les articles scientifiques analysés (cf. annexe 9.8). Une collaboration parfaitement efficace semble nécessiter la présence des 10 indicateurs, car ils sont tous décrits au moins deux fois dans les huit articles analysés. En sachant que la perfection est difficilement réalisable, j'ai essayé de trouver les trois indicateurs principaux d'une collaboration efficace, en comptant le nombre d'articles dans lesquels chaque indicateur est décrit comme important pour la collaboration.

Les trois indicateurs les plus fréquents dans la littérature sont (cf. annexe 9.8) : avoir des buts en commun (dans 7 articles sur 8), la connaissance mutuelle (dans 8 articles sur 8), et la connectivité (dans 7 articles sur 8). Les autres indicateurs de la dimension de gouvernance et de la dimension de formalisation sont aussi fréquents dans la littérature (dans 3 à 5 articles sur 8). La confiance est aussi un indicateur fréquent dans la littérature (dans 5 articles sur 8), et elle peut être reliée à la connaissance mutuelle, car si les professionnels se connaissent bien personnellement et professionnellement, ils ont plus de facilité à se faire confiance. L'indicateur de la focalisation sur le patient vs autres allégeances, est très peu représenté en tant que tel dans la littérature, ce qui ne signifie pas pour autant que cet indicateur n'influence pas la collaboration, le nombre d'articles analysés étant petit, il n'est pas suffisamment significatif statistiquement.

Afin d'apporter une réponse synthétique à ma question de recherche, je me suis appuyé sur les trois indicateurs les plus fréquents, à partir desquels je développerai les moyens d'améliorer la collaboration en lien avec chacun de ces trois indicateurs.

5.2.1 Avoir des buts en commun

Le processus de collaboration entre les infirmières et les médecins peut se mettre en place lorsque ces derniers travaillent ensemble en ayant les mêmes buts. Deux études menées dans les services de chirurgie (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008 ; Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005) et les cinq articles de revues de la littérature confirment l'importance clé des buts en commun dans le processus de collaboration. En effet, la collaboration interdisciplinaire se construit autour de buts en commun qui doivent être centrés sur le patient. Parfois d'autres intérêts peuvent entrer en jeu (la profession, les

organisations, les intérêts personnels, etc.), d'où l'importance de pouvoir communiquer et discuter ensemble afin d'éviter de perdre de vue l'objectif central (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008). Selon la théorie de l'atteinte des buts d'Imogène M. King, le processus de l'atteinte des buts commence par le choix de buts en commun, qui nécessite une communication ouverte et des interactions entre les professionnels afin qu'ils puissent échanger leurs points de vues, en se basant sur la caractéristiques et les besoins des patients (Fawcett, *Contemporaray Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, p.102).

Pour collaborer en ayant des buts en commun, une approche interdisciplinaire est recommandée, car elle repose justement sur la formulation de buts en commun, à la différence d'une approche multidisciplinaire caractérisée par la formulation séparée de buts par chaque discipline pour le patient (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). L'approche interdisciplinaire permet une coordination d'équipe et une cohérence de la prise en charge (Choi & Pak, *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and poilcy : 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, 2006). Une étude recommande de fixer la santé du patient comme but en commun (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008) ; il serait judicieux de formuler des buts pour chaque patient de manière individualisée et en collaboration avec le patient, afin de respecter son autonomie (principe éthique dans les soins infirmiers) et de réellement répondre à ses attentes en matière de prise en soins, car c'est ce qui est requis dans les définitions des compétences, des rôles, et des buts de la médecine et des soins infirmiers.

Le modèle de la collaboration en tandem médecin-infirmière de pratique avancée, centré sur le patient (Herrmann & Zabramski, *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*, 2005), peut être utile comme exemple afin que la collaboration médecin-infirmière en soins généraux soit basée sur des buts en commun et centrée sur le patient, car les rôles de chacun y sont clairement définis (y compris le rôle du patient), et l'autonomie du patient est respectée (cf. annexe 9.10). Le contexte de cette étude correspond à un milieu de soins aigus spécialisé en neurochirurgie aux Etats-Unis, situé dans un grand hôpital, caractérisé par des hospitalisations et des opérations programmées et d'urgence, similaire aux grands services de chirurgie que l'on peut rencontrer en Suisse. En raison

de la différence culturelle, et des différences professionnelles qui peuvent exister entre ces deux pays, les résultats ne sont pas transférables à la Suisse, cependant, il serait intéressant de s'interroger si une telle organisation est possible en Suisse dans les services de chirurgie, et sur les avantages et les inconvénients de ce modèle de collaboration.

Il existe des différences entre la discipline médicale et la discipline infirmière, qui peuvent se manifester par des buts divergents pour le patient, et donc générer des conflits ; les professionnels doivent alors faire preuve d'engagement et de volonté à collaborer afin de parvenir à des consensus (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008). Les différences n'ont pas été explicitées dans cet article, mais selon les définitions de mon cadre opératoire (conception des soins infirmiers et conception de la médecine), il existe des différences entre la discipline médicale et la discipline infirmière au niveau des compétences et des rôles (complémentaires), mais les valeurs et les buts sont les mêmes (respect de la dignité humaine, de l'autonomie, primauté du bien-être des patients, principe de non-malfaisance, solidarité). Il faut donc toujours se rappeler que le patient est au centre des préoccupations des médecins et des infirmières, et que la collaboration est un moyen d'assurer une prise en charge optimale du patient, en faisant appel à la complémentarité des compétences et des rôles.

5.2.2 La connaissance mutuelle

La connaissance mutuelle est un indicateur principal pour une collaboration efficace. A partir des articles analysés, j'ai regroupé cinq facteurs qui influencent la connaissance mutuelle, et peuvent donc améliorer la collaboration. Dans ce chapitre, j'argumente brièvement l'importance de chacun de ces facteurs, afin d'éviter de trop répéter ce qui est argumenté dans l'analyse. Selon le modèle de Danielle D'Amour (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*, 2008), il y a deux dimensions organisationnelles de la collaboration (la formalisation et la gouvernance) qui influencent la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de soins et déterminent le cadre dans lequel se construit le processus de collaboration ; mais ce sont surtout les deux dimensions relationnelles (avoir des buts et une vision en commun, et l'internalisation) qui influencent directement les relations interprofessionnelles. La connaissance mutuelle est primordiale dans le travail en collaboration, car elle permet à chacun de savoir quelles attentes il peut avoir de l'autre professionnel, en se basant sur les champs de compétences et les limites des rôles de

chacun. Les relations sont aussi influencées par le type de communication, la qualité et la fréquence des interactions, la manière de gérer les conflits, et la volonté et l'engagement individuel à collaborer.

Communication - Interactions

Pour se connaître, les professionnels ont besoin de communiquer. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du concept de partenariat, sous-jacent au concept de collaboration, qui inclut une communication ouverte et honnête, le respect et la confiance mutuelle, des relations collégiales, et une prise de conscience de la contribution de l'autre professionnel dans la prise en charge (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu, *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*, 2005). Ainsi, la communication revêt un rôle important dans les interactions et la collaboration infirmière-médecin.

La littérature montre qu'il existe des problèmes de communication entre les infirmières et les médecins, même si ces derniers ne perçoivent pas toujours les problèmes (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Afin d'améliorer la communication (et aussi la collaboration), les infirmières doivent affirmer leurs compétences et leur rôle auprès des médecins. Cela requiert un développement de connaissances professionnelles approfondies et une évaluation précise des patients dont elles s'occupent, l'utilisation de leurs compétences de manière optimale, et la capacité à assurer un rôle professionnel basé sur des preuves. Un article décrit une différence de pouvoir perçue de la part des infirmières, qui ont parfois peur de s'exprimer avec les médecins (O'Daniel & Rosenstein, 2005). En montrant leur expertise dans le domaine des soins infirmiers et leur confiance en elles-mêmes, les infirmières obtiendront plus de respect de la part des médecins, et la communication et la collaboration seront améliorées.

Les services de chirurgie étant des milieux de travail stressants, dans lesquels les professionnels ont peu de temps pour interagir et communiquer, il est important de développer des outils de communication standardisés (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005), qui permettent d'avoir un langage commun et de partager des informations de manière pertinente, rapide, exacte, et efficace. En effet, les temps d'interaction entre infirmières et médecins étant courts, il est important d'utiliser de manière efficiente ce court laps de temps d'interaction pour partager les informations. Le SBAR (Situation/problème, Background/contexte, Assessment/analyse, Recommandation) semble être un outil de

communication intéressant, mais il reste à évaluer s'il correspond aux besoins et aux exigences des professionnels dans les services de chirurgie concernés ; de plus, le SBAR (ou tout autre outil de communication standardisé basé sur l'expertise professionnelle) suggère que l'infirmière soit compétente dans l'analyse des situations de soins. Si dans un service de chirurgie les infirmières expriment un manque de connaissances ou de compétences en matière d'examen clinique, il faut d'abord évaluer les besoins en formation complémentaire de ces dernières, organiser les formations internes adaptées, afin qu'elles assument pleinement le rôle infirmier tel qu'il est décrit en théorie.

Gestion des conflits

Les conflits sont naturels et lorsqu'ils sont gérés de manière respectueuse, ils peuvent aboutir à des solutions créatives émergeant de discussions d'équipe dans un climat d'ouverture et d'écoute (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Il ne faut pas que les professionnels se forcent à être d'accord, car la liberté est importante, mais s'ils font face à des désaccords majeurs et que la discussion stagne, il faut agir rapidement, analyser les problèmes sous-jacents, et communiquer ouvertement. La communication ouverte fait partie du concept de partenariat qui sert à définir la collaboration (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, *The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks*, 2005). Dans les cas où la négociation est bloquée, il faut pouvoir se concentrer sur les intérêts du patient avant tout, ce qui peut aider à recadrer l'attention sur un consensus entre les professionnels, cela demande un engagement personnel volontaire de la part de chacun.

Connaissance des compétences et des rôles - Formations internes sur la discipline infirmière et médicale

La connaissance des compétences et des rôles de chacun est très importante pour le processus de collaboration, selon les huit articles analysés (cf. annexe 9.6 : Recension des écrits scientifiques ; et annexe 9.8 : Grille de synthèse des 8 articles selon les 10 indicateurs de la collaboration de Danielle D'Amour).

Dans le cas où on observe des problèmes de collaboration entre les infirmières et les médecins dans les services de chirurgie dus à un problème de connaissance mutuelle, les auteurs des articles analysés recommandent des formations internes. Tous les thèmes de formation présentés dans la littérature peuvent aider à améliorer la collaboration. Seuls les thèmes de formation suivants permettent d'influencer spécifiquement la connaissance mutuelle : les formations sur la contribution unique de

chacun dans une offre en soins de qualité (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008), et les formations sur les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs, et les perspectives théoriques des professionnels des autres disciplines (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Les formations permettent de clarifier les attentes entre les professionnels et de valoriser la contribution de chacun dans la prise en charge des patients.

Les formations représentent un moyen très efficace pour améliorer la connaissance mutuelle entre les médecins et les infirmières dans les services de chirurgie (Nelson, King & Brodine, *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*, 2008), et donc d'améliorer la collaboration entre ces professionnels. Ce type de formations peut très bien être organisé dans les hôpitaux suisses actuels. Ces séances de formation peuvent aussi être une occasion de communiquer, d'échanger, et d'exprimer les attentes face aux professionnels de l'autre discipline.

Les stratégies de formation peuvent être variées et différentes en fonction des pays, des hôpitaux, des services, des besoins des professionnels, et des contraintes économiques (temps et argent) : les cours théoriques destinés à tous les professionnels de l'équipe (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005), les jeux de rôles à partir de situations fictives (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008), ou les changements de rôles entre le médecin et l'infirmière durant une journée de travail (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005).

Formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études

Actuellement, durant leurs formations respectives, les médecins et les infirmières sont immergés dans leurs disciplines professionnelles respectives (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). De plus, les systèmes de formation valorisent la professionnalisation, qui est contraire à la collaboration, car la professionnalisation entretient des valeurs de domination, d'autonomie et de contrôle, plutôt que des relations de collégialité (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le concept de collaboration est plus basé sur le pouvoir partagé, l'interdépendance et la collégialité (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, *The*

conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks, 2005).

Une formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études permettrait d'agir en amont du problème, afin de clarifier les contributions de chaque discipline, d'inscrire les soins médicaux et infirmiers dans une démarche en collaboration, et de mettre en valeur les deux disciplines (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Cela permettrait aux professionnels de comprendre la valeur de l'autre discipline, et aussi de les rassurer car ils verraient que chacun a aussi son rôle spécifique et qu'il n'y a pas besoin de se sentir en compétition.

L'importance de la collaboration n'est pas suffisamment soulignée dans les formations des médecins en particulier (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008), il faudrait évaluer si c'est différent dans les universités de médecine en Suisse, car l'article de Casanova et al. (2008) est américain. Normalement, selon le programme de formation des médecins dans les universités suisses adopté en l'an 2000, la collaboration fait partie des six rôles des médecins en formation (Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools, *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*, 2000). Les formations des infirmières doivent aussi être observées avec ce regard critique, car dans la formation que j'ai reçue, l'autonomie de la pratique des soins infirmiers était fortement mise en avant, alors que la collaboration et l'autonomie très poussée sont incompatibles (Casanova et al., 2008).

Il faudrait évaluer si les cours reçus par les infirmières et les médecins durant leurs formations sont suffisants, et s'ils portent sur la collaboration uniquement ou s'ils portent aussi sur les deux disciplines (médicale et infirmière). Si c'est le cas, cela signifie qu'un grand pas est déjà fait, si ce n'est pas le cas, il faudrait y remédier. Les cours durant les études de médecine ou de soins infirmiers devraient permettre une bonne compréhension de la pratique des autres professionnels, une prise de conscience et une valorisation de la contribution des autres professionnels, et une adhésion à une logique de collaboration (Casanova, Day, Dorpat, Hendricks, Theis & Wiesman, *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*, 2008).

Caractéristiques individuelles

La collaboration et la communication sont aussi liées aux caractéristiques individuelles des membres de l'équipe interdisciplinaire (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005 ; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Imogène M. King parle de Système personnel qui caractérise les individus et qui comprend la perception, le soi, la croissance et le développement, l'image corporelle, le temps, l'espace personnel, et l'apprentissage (Fawcett, *Contemporaray Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 2005, p.95). C'est important de rappeler que chaque individu a un vécu différent qui peut influencer ses perceptions, ses attitudes, ses pensées, ses comportements, ses relations interprofessionnelles, et donc la collaboration. Les trois dimensions individuelles des professionnels décrites par Lindeke et Sieckert (2005) semblent influencer la connaissance mutuelle et la collaboration, mais seule la compréhension de l'autre l'influence directement, car elle amène à une adaptation des professionnels les uns aux autres et améliore leurs relations professionnelles. L'intelligence émotionnelle appartient à chaque individu, elle peut évoluer avec l'expérience, mais finalement nous ne pouvons pas contrôler nos émotions. Quant à la prévention du burn-out, elle influence d'abord et surtout la prévention des maladies liées au travail, et dans une moindre mesure la promotion d'une collaboration efficace. Néanmoins, ces caractéristiques sont à prendre en compte dans la compréhension de l'autre et permettent d'éviter que les préjugés prennent le dessus dans les relations de collaboration entre médecins et infirmières.

Le genre et la culture interviennent aussi dans le processus de collaboration. Certaines caractéristiques culturelles peuvent conduire à des divergences de points de vue et d'attentes de rôles, les professionnels doivent faire des efforts pour mieux se comprendre et s'accepter.

Volonté - Engagement personnel

Même si on essaie de mettre en œuvre des structures et des standards pour développer la collaboration, la collaboration reste par nature quelque chose de volontaire (D'Amour et al., 1999 , cité dans : San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005). Plusieurs facteurs peuvent amener les médecins et les infirmières à vouloir collaborer : la formation professionnelle incluant des cours sur l'autre discipline et sur la collaboration interdisciplinaire, l'expérience antérieure

positive dans des situations similaires, et la maturité personnelle (Henneman et al., cité dans : San Martin-Rodriguez et al., 2005). La volonté et l'engagement se manifestent par une attitude de respect et d'ouverture d'esprit, dont les professionnels doivent faire preuve. Certaines infirmières se plaignent car elles ne se sentent pas suffisamment respectées, Lindeke et Sieckert conseillent aux infirmières de ne pas agir comme des opprimés, car ce n'est pas professionnel, ni productif, mais plutôt de gagner le respect en montrant leurs compétences en soins infirmiers et en démontrant une confiance en leurs contributions et une confiance en soi (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005).

5.2.3 La connectivité

La connectivité est la mise en relation des professionnels, et est décrite comme un facteur important d'une collaboration efficace. La proximité physique est décrite comme très importante. Le fait de partager un espace et de travailler dans une proximité physique réduit la territorialité professionnelle et la compétitivité interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, 2005).

De plus, il faut avoir suffisamment de temps pour échanger les informations, développer les relations interpersonnelles et aborder les questions d'équipe (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Dans les services de soins aigus comme la chirurgie, où il y a peu de temps pour échanger et où les rencontres sont brèves, il faut faire en sorte que la plupart des interactions permettent d'utiliser au mieux les connaissances et les compétences des médecins et des infirmières (Lindeke & Sieckert, *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Le développement d'outils de communication standardisés peut aider à atteindre cet objectif (O'Daniel & Rosenstein, *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Le partage d'informations doit se faire dans un climat d'ouverture et de manière régulière : au minimum une fois par jour pour les services de soins aigus comme la chirurgie.

En conclusion, les trois indicateurs principaux développés ci-dessus influencent la collaboration : avoir des buts en commun, la connaissance mutuelle, et la connectivité. Ci-après je nomme les différents moyens qui permettent de favoriser et/ou d'améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie selon la littérature.

5.3 Moyens proposés pour améliorer la collaboration selon les écrits scientifiques analysés

A partir de la synthèse de mon analyse, j'ai nommé ci-dessous les moyens d'amélioration de la collaboration en lien avec les trois indicateurs principaux d'une collaboration efficace, tels qu'ils ont été décrits dans la littérature que j'ai analysée. Dans la discussion, j'argumenterai les différents moyens proposés pour améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en Suisse.

5.3.1 Moyens en lien avec les buts en commun

1. Adopter une approche interdisciplinaire dans la pratique : formulation de buts en commun.
2. Formuler des buts pour chaque patient de manière individualisée et en collaboration avec le patient, afin de respecter son autonomie.
3. Le modèle de la collaboration en tandem médecin-infirmière de pratique avancée, centré sur le patient peut servir de base à une réflexion : s'interroger sérieusement si une telle organisation est possible en Suisse dans les services de chirurgie, et sur les avantages et les inconvénients de ce modèle de collaboration.
4. Les professionnels doivent faire preuve d'engagement et de volonté à collaborer.

5.3.2 Moyens en lien avec la connaissance mutuelle

Communication - Interactions

1. Les infirmières doivent développer des connaissances approfondies en matière de santé et d'examen clinique, acquérir et montrer leur expertise dans le domaine des soins infirmiers.
2. En développant des connaissances approfondies, elles doivent s'affirmer et avoir confiance en elles-mêmes et en leur contribution à la prise en soins de qualité des patients.
3. Il faut développer des outils de communication standardisés qui permettent de transmettre les informations de manière précise et exacte en faisant appel à l'expertise des professionnels.
4. Si dans un service de chirurgie les infirmières expriment un manque de connaissances ou de compétences en matière d'examen clinique, il faut d'abord évaluer les besoins en formation complémentaire de ces dernières, organiser les

formations internes adaptées, afin qu'elles assument pleinement le rôle infirmier tel qu'il est décrit en théorie.

Gestion des conflits

1. Gestion des conflits de manière calme et respectueuse.

Connaissance des compétences et des rôles - Formations internes sur la discipline infirmière et médicale

1. Il faut organiser des formations internes sur la contribution unique de chacun dans une offre en soins de qualité, et sur les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs, et les perspectives théoriques des professionnels des autres disciplines. Cela requiert le soutien de la hiérarchie (investissements en temps et en argent).

2. Les stratégies de formation peuvent être variées et différentes en fonction des pays, des hôpitaux, des services, et des besoins des professionnels : les cours théoriques destinés à tous les professionnels de l'équipe, les jeux de rôles, les changements de rôles entre le médecin et l'infirmière durant une journée de travail.

Formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études

1. Instaurer ou améliorer la formation sur la collaboration interdisciplinaire durant les études, afin qu'elle permette de clarifier les contributions de chaque discipline, d'inscrire les soins médicaux et infirmiers dans une démarche en collaboration, et de mettre en valeur les deux disciplines.

2. Il faudrait évaluer si les cours reçus par les infirmières et les médecins durant leurs formations sont suffisants, et s'ils portent sur la collaboration uniquement ou s'ils portent aussi sur les deux disciplines (médicale et infirmière). Si ce n'est pas le cas, il faudrait y remédier.

Caractéristiques individuelles

1. Dans la pratique, les infirmières et les médecins doivent éviter que les préjugés prennent le dessus dans les relations de collaboration entre eux, et faire des efforts pour mieux se comprendre.

Volonté - Engagement personnel

1. Les infirmières et les médecins doivent manifester de la volonté et de l'engagement personnel afin de collaborer efficacement.

5.3.3 Moyens en lien avec la connectivité

1. Dans l'environnement de travail, il faut favoriser la proximité des bureaux des infirmiers et des médecins. La création d'un espace en commun pour tous les professionnels aide à créer des relations entre les professionnels.
2. Il faut avoir suffisamment de temps pour échanger les informations, développer les relations interpersonnelles et aborder les questions d'équipe. Il faut donc faire en sorte que les médecins disposent d'un temps de disponibilité entre deux interventions chirurgicales pour faire une visite médicale.
3. Etablir un climat d'ouverture et une communication de manière régulière entre les médecins et les infirmières : au minimum une fois par jour pour les services de soins aigus comme la chirurgie.
4. Il faut faire en sorte que la plupart des interactions permettent d'utiliser au mieux les connaissances et les compétences des médecins et des infirmières. Le développement d'outils de communication standardisés peut aider à atteindre cet objectif.

5.4 Vérification des hypothèses de ma recherche

1. *La collaboration infirmière-médecin dépend de la connaissance réciproque des rôles et des compétences de chacun, leur capacité à communiquer, et leur capacité à résoudre les conflits.*

Cette hypothèse a été vérifiée à travers la synthèse de l'indicateur « connaissance mutuelle ». En effet, la littérature décrit bien l'importance de la connaissance mutuelle dans le processus de collaboration. Les connaissances basées sur des cours au sujet des deux disciplines, la capacité à communiquer de manière ouverte et à gérer les conflits influencent la collaboration.

2. *Des facteurs externes influencent la collaboration : l'organisation des services de soins (ex : visite médicale quotidienne programmée à une heure précise, participation active de l'infirmière souhaitée et favorisée), le type de service de soins (présence des médecins dans le service non-stop ou pas), le cadre légal qui régit les rôles de chacun.*

Dans l'analyse des résultats, la connectivité, le rôle central des organisations et le leadership sont décrits comme des indicateurs importants d'une collaboration efficace. En effet, la mise en relation, le temps disponible (dépendant de l'organisation des services), le nombre d'interactions, influencent la collaboration. De plus, c'est la direction et l'administration des institutions qui gèrent les moyens financiers, elles organisent la prise en soins des patients en mettant en place des cadres légaux de

droits et d'obligations pour les professionnels, et décident de la dotation en personnel, des formations complémentaires à mettre en place, etc. Les infirmières et les médecins sont forcément liés à l'environnement dans lequel ils travaillent, ils ne peuvent pas être isolés de toute influence extérieure. Les systèmes personnels, interprofessionnels, et sociaux interagissent et s'influencent mutuellement.

3. Les infirmières ne mettent pas suffisamment en valeur leur rôle propre auprès des médecins, et n'expliquent pas l'importance des soins infirmiers (et des outils utilisés : démarche de soins infirmiers) dans la prise en charge des patients.

Cette hypothèse a pu être vérifiée partiellement à travers l'analyse des résultats de la littérature. En effet, selon, les études analysées, les infirmières ne montrent pas suffisamment leurs compétences et leur expertise en soins infirmiers, elles devraient avoir plus confiance en leurs contributions à une prise en soins de qualité, et s'affirmer auprès des médecins avec des connaissances approfondies en matière de santé. Cependant, rien n'était décrit explicitement dans la littérature en lien avec les outils utilisés par les infirmières de manière autonome.

6 Discussion

6.1 Perspectives professionnelles : recommandations pour la pratique, la formation, et la recherche en Suisse

Ma revue de la littérature s'appuie sur des écrits scientifiques du Canada et des Etats-Unis. Le contexte des services de chirurgie dans lesquels les infirmières et les médecins travaillent en Suisse est différent de celui des pays d'Amérique du Nord. En effet il y a des différences politiques et institutionnelles (politiques de santé et système d'assurances sociales différents), légales (compétences, rôles, et droits des infirmières plus vastes pour les infirmières de pratique avancée aux Etats-Unis et au Canada), géographiques et démographiques (en Amérique du Nord, les hôpitaux s'occupent de patients venant d'un territoire beaucoup plus vaste qu'en Suisse). De plus, certains moyens décrits dans la littérature d'Amérique du Nord sont déjà mis en place en Suisse (visites interdisciplinaires). Toutes ces différences peuvent conduire à des propositions biaisées ou trop simplistes. Afin de proposer des moyens pour favoriser et/ou améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en Suisse, j'ai demandé à une Infirmière Cheffe de Service (ICS) une évaluation des moyens proposés par la littérature en regard de son expérience dans la pratique dans les hôpitaux suisses: je lui ai envoyé par mail un résumé de ma recherche, et les moyens décrits dans la littérature que j'ai analysée, en ayant déjà surligné huit recommandations qui me semblaient les plus pertinentes, afin qu'elle évalue la pertinence de ces moyens pour les services de chirurgie dont elle est responsable. En effet, sa longue expérience dans le domaine des services de chirurgie en tant qu'infirmière et en tant que responsable de service accroît la fiabilité de ses recommandations. De plus, elle en a discuté avec une autre infirmière responsable de chirurgie (Infirmière Cheffe de Département) et m'a transmis par mail la confirmation de six recommandations sur huit que j'avais déjà mis mises en évidence ; ci-dessous, je présente celles que nous avons jugées pertinentes pour la pratique.

6.1.1 Recommandations pour la pratique afin de favoriser et/ou d'améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en Suisse

1. Les infirmières doivent développer des connaissances approfondies en matière de santé et d'examen clinique, acquérir et montrer leur expertise dans le domaine des soins infirmiers. En effet, les compétences individuelles sont un facteur clé pour une

collaboration efficace et une relation professionnelle de confiance. Le travail interdisciplinaire s'appuie sur l'expertise de chaque professionnel dans son domaine, il faut donc que les infirmières développent cette expertise dans le domaine des soins infirmiers.

2. En développant des connaissances approfondies, elles doivent s'affirmer et avoir confiance en elles-mêmes et en leur contribution à la prise en soins de qualité des patients. Il faut que les infirmières évitent les réponses du type « j'étais en congé » ou « je ne sais pas » ou « ce n'est pas mon patient », car cela détruit toute la crédibilité des infirmières. Elles doivent avoir une attitude globale plus professionnelle et s'affirmer en tant que professionnelles expertes en soins infirmiers.

3. Il faut organiser des formations internes sur la contribution unique de chacun dans une offre en soins de qualité, et sur les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs, et les perspectives théoriques des professionnels des autres disciplines. Les deux infirmières interrogées insistent sur l'importance d'organiser des formations interdisciplinaires, permettant la confrontation des problématiques, le développement d'un langage commun, et une pratique thérapeutique commune basée sur les compétences de chacun (ex : prise en charge de la douleur). Cela requiert le soutien de la hiérarchie (investissements en temps et en argent). La stratégie de formation la plus adaptée est l'organisation de cours théoriques destinés à tous les professionnels de l'équipe. Quant aux jeux de rôles et/ou les changements de rôles entre le médecin et l'infirmière durant une journée de travail, les deux infirmières responsables interrogées estiment que cela requiert trop de temps et de ressources, c'est difficilement réalisable, et culturellement pas adapté.

4. Dans l'environnement de travail, il faut favoriser la proximité des bureaux des infirmiers et des médecins. La création d'un espace en commun pour tous les professionnels aide à créer des relations entre les professionnels. La proximité favorise les relations de collégialité.

5. Il faut avoir suffisamment de temps pour échanger les informations, développer les relations interpersonnelles et aborder les questions d'équipe. Il faut donc faire en sorte que les médecins disposent d'un temps de disponibilité entre deux interventions chirurgicales pour faire une visite médicale. La question du temps doit être discutée avec les supérieurs hiérarchiques des infirmières et des médecins, car cela demande une organisation différente, qui ne peut se faire sans l'accord de la direction des institutions. Il faut argumenter ces changements en expliquant les effets positifs sur la prise en charge des patients, la satisfaction des patients et des professionnels. Le

temps de la visite médicale permet aussi de garder à l'esprit que les soins doivent être centrés sur le patient, et non uniquement sur le problème de santé du patient.

6. Les infirmières et les médecins doivent manifester de la volonté et de l'engagement personnel afin de collaborer efficacement. En effet, le patient doit rester au centre des préoccupations des médecins et des infirmières, leur collaboration doit permettre une prise en charge optimale de celui-ci.

Les infirmières cheffes et moi avons jugé que les autres moyens proposés par la littérature semblent moins pertinents ou moins adaptés à la culture suisse.

6.1.2 Recommandations pour la formation

Concernant les recommandations pour la formation, les ICS (Infirmières Cheffes de Service) ne se sont pas prononcées, car leur fonction est surtout liée à la pratique ou aux formations continues, mais pas aux formations de base. Ci-dessous, j'ai identifié par moi-même deux mesures à prendre pour les formations qui me semblent très importantes et adaptées à la réalité de la formation des médecins et des infirmières en Suisse.

1. Il faut instaurer ou améliorer les formations sur la collaboration interdisciplinaire durant les études, afin qu'elle permette de clarifier les contributions de chaque discipline, d'inscrire les soins médicaux et infirmiers dans une démarche en collaboration, et de mettre en valeur les deux disciplines.

2. En sachant que des cours sur la collaboration interdisciplinaire sont prévus dans la formation des médecins au moins depuis l'an 2000 selon le groupe de travail de l'Université Royale des Médecins et Chirurgiens du Canada (*Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*), il faudrait évaluer si les cours reçus par les infirmières et les médecins durant leurs formations sont suffisants, et s'ils portent sur la collaboration uniquement, ou s'ils portent aussi sur la discipline infirmière pour les futurs médecins et sur la discipline médicale pour les futures infirmières. Si ce n'est pas le cas, il faudrait y remédier, afin de favoriser la connaissance mutuelle.

6.1.3 Recommandations pour les recherches futures

Etant donné que ma revue de la littérature est basée uniquement sur des écrits nord-américains, et qu'il n'y a pas de recherche publique sur la collaboration infirmière-médecin en chirurgie en Suisse, ma première recommandation pour la recherche est de mener des recherches empiriques sur ce thème. En effet, il est possible que des

institutions suisses aient déjà effectué des recherches internes sur la collaboration infirmière-médecin en chirurgie, mais sans les rendre publiques. Il faut que ces études soient basées sur un échantillonnage suffisamment significatif permettant la saturation des données et qu'elles soient effectuées auprès des deux professionnels (infirmières et médecins). Les sujets de recherche peuvent être la description de la collaboration, l'évaluation des perceptions de la collaboration, les moyens de favoriser la collaboration, etc.

Ma deuxième recommandation serait d'interroger les médecins et les infirmières sur leurs rôles mutuels autonomes, interdépendants, et dépendants. Cela permettrait d'analyser si les infirmières et les médecins interrogés sont conscients de leur dépendance et de leurs interdépendances mutuelles, et de la part d'autonomie de chacun.

6.2 Evaluation de la validité interne

6.2.1 Choix du thème et problématique

Il est vrai que j'ai choisi cette problématique suite à mes observations dans les services de chirurgie où j'ai effectué mes stages, et en fonction des plaintes de certaines infirmières que j'ai entendues au sujet de leur collaboration avec les médecins. Je n'ai pas effectué d'entretien formel pour vérifier la pertinence de la problématique avec une infirmière qui travaille en chirurgie, car je me suis basé sur les dires de certaines infirmières durant mes stages, donc ce n'était pas uniquement une perception de ma part ; de plus la problématique de la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie était suffisamment documentée. Il y a une corrélation entre la satisfaction professionnelle des infirmières et la collaboration infirmière-médecin ; en raison du manque croissant d'infirmières, il faut prêter attention à cette problématique et essayer de trouver des moyens pour améliorer la collaboration infirmière-médecin en chirurgie. De plus, une collaboration efficace amène à une meilleure qualité des soins pour les patients.

6.2.2 Cadre opératoire

Le cadre opératoire que j'ai utilisé est en adéquation avec la problématique, les objectifs, et les hypothèses de ma recherche. Les définitions de la discipline médicale et infirmière, de la collaboration, et de la communication, me permettent de clarifier les concepts de ma question de recherche. Comme il s'agit d'une recherche en soins infirmiers, je me suis basé sur une théorie de soins infirmiers connue et en lien avec le thème de mon travail de Bachelor : celle d'Imogène M. King ; mais pour analyser plus

précisément la collaboration dans les écrits scientifiques, j'ai choisi d'utiliser le modèle de la collaboration de Danielle D'Amour (qui s'insère dans le modèle d'Imogène M. King), car il est plus spécifique à la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle a été testé et il permet vraiment d'analyser la collaboration interprofessionnelle.

6.2.3 Méthodologie

La méthodologie de collecte des données m'a permis de trouver les huit articles scientifiques à analyser, les critères d'inclusion et d'exclusion m'ont vraiment permis de cibler les recherches les plus intéressantes pour mon thème. Cependant, j'ai trouvé 4 articles sur huit à partir de la recherche ciblée sur les bases de données, dont trois uniquement portent sur la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie et le 4^{ème} est une revue de la littérature ; et j'ai trouvé les 4 autres articles durant ma phase exploratoire, aléatoirement à partir de références d'autres études, ou de recherche d'auteurs. On peut considérer cela comme un manque de rigueur dans la méthode de collecte des données, et cela a peut-être été un biais méthodologique. Néanmoins, je considère que ce biais est limité car j'ai exclu les recherches menées dans d'autres services que la chirurgie : dans les 4 derniers articles, il y a 3 revues de littérature et 1 article basé sur des écrits scientifiques. De plus, toutes ces recherches ont été menées en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada), les données ne sont pas transférables telles quelles dans les hôpitaux suisses. Cependant je n'avais pas le choix car je n'ai trouvé aucune étude suisse ou européenne disponible en texte intégral sur la collaboration infirmière-médecin en général ou dans les services de chirurgie. Les niveaux de preuve des articles que j'ai choisis sont plutôt bas (entre 4 et 6 sur 6), donc l'interprétation, la fiabilité et la transférabilité des données de ces articles sont faibles aussi.

La technique d'analyse que j'ai utilisée est l'analyse basée sur un modèle, car c'est le type d'analyse le plus systématique et standardisé (Loiselle & Profetto-McGrath, *Méthodes de recherche en sciences infirmières*, 2007, p.401). Les grilles d'analyse que j'ai construites étaient basées sur le modèle de la collaboration de Danielle D'Amour, et m'ont permis de trier de manière cohérente les données trouvées dans la littérature. La grille d'analyse m'a permis de classer les données des articles afin de pouvoir répondre à ma question de recherche, et de vérifier mes hypothèses.

6.2.4 Analyse

J'ai effectué l'analyse des huit articles à partir des dix indicateurs de la collaboration selon le modèle de Danielle D'Amour, que j'ai décrit dans mon cadre opératoire. Mon

analyse est structurée de manière cohérente : d'abord j'ai analysé les résultats des différents écrits scientifiques en lien avec les dix indicateurs de la collaboration selon le modèle de Danielle D'Amour, puis j'ai réalisé une synthèse, afin d'aboutir à la réponse à ma question de recherche, et de valider mes hypothèses. Les données recueillies des études d'Amérique du Nord ne sont pas transférables, j'ai donc été critique de certains résultats qui m'ont semblé peu pertinents ou irréalistes dans le contexte des hôpitaux en Suisse. Afin de m'assurer de la pertinence pour les hôpitaux de Suisse des moyens proposés pour favoriser et/ou améliorer la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie, j'ai demandé à une infirmière cheffe de service (ICS) de chirurgie dans un grand hôpital de soins aigus d'évaluer parmi les moyens proposés dans la littérature, lesquels sont pertinents et en adéquation avec la pratique actuelle.

6.2.5 Atteinte des objectifs de recherche

1. Identifier les différentes composantes de la collaboration, et analyser comment elles peuvent contribuer à une collaboration efficace dans un service de chirurgie.

Dans mon cadre opératoire et dans mon analyse j'ai pu identifier les indicateurs de la collaboration et la manière dont ils l'influencent. La synthèse me permet de répondre à la question de recherche en décrivant les trois indicateurs principaux d'une collaboration efficace.

2. Identifier les moyens qui peuvent être mis en place pour améliorer l'efficacité de la collaboration.

A travers ma synthèse des indicateurs principaux, j'ai identifié les moyens d'améliorer la collaboration infirmière-médecin selon la littérature analysée. Ensuite, une infirmière cheffe de service de chirurgie, sa collègue, et moi avons déterminé les moyens nous paraissant les plus pertinents pour les services de chirurgie en Suisse.

3. Proposer des pistes de recherches ultérieures.

En me basant sur les articles analysés, et le manque de recherche dans certains domaines en lien avec la collaboration, j'ai pu formuler des recommandations pour les recherches futures.

Tous les objectifs de ma revue de la littérature ont donc été atteints.

6.3 Evaluation de la validité externe

6.3.1 Fiabilité des résultats

Dans ma revue de la littérature, j'ai utilisé des données probantes provenant d'articles scientifiques publiés sur des bases de données fiables. Les résultats de mon analyse m'ont permis de répondre à ma question de recherche. Pour assurer la fiabilité de ma traduction anglais-français des articles utilisés, je les ai tous lus deux ou trois fois afin de limiter les erreurs de compréhension, et j'ai cherché la traduction de tous les mots que je ne comprenais pas. Le niveau de preuve de mes articles se situe entre 4 et 6 sur 6, donc il est faible. Cependant, ces articles offrent une base documentaire riche et proposent tous des moyens pertinents pour l'amélioration de la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie.

On ne peut pas mettre en place directement les moyens proposés par la littérature tels quels. J'ai réalisé une analyse critique de ces résultats, et j'ai fait appel à une infirmière responsable de service qui possède une longue expérience dans le domaine de la chirurgie, afin qu'elle me donne son avis d'experte de la pratique sur la pertinence des moyens proposés par la littérature. Ainsi j'ai pu présenter six moyens principaux d'améliorer et de favoriser la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en Suisse. Ces résultats restent théoriques, il serait donc intéressant de mener une recherche empirique sur la possibilité d'appliquer ces moyens dans la pratique en Suisse.

6.3.2 Transférabilité des résultats

Ma recherche initiale est basée sur huit articles scientifiques, ce qui ne me permet d'affirmer avec certitude une saturation des données en raison du nombre d'articles, même si les données que j'ai recueillies sont riches qualitativement.

Il y a trois éléments qui limitent la transférabilité des résultats de ma recherche : 1. tous les articles que j'ai analysés proviennent des Etats-Unis ou du Canada ; 2. les cinq revues de la littérature offrent des données uniquement théoriques et générales ; 3. les trois recherches empiriques ne sont pas généralisables ni transférables à la Suisse en raison de l'influence culturelle et géographique (car les huit articles sont nord-américains), et les auteurs évaluent que l'échantillonnage n'est pas suffisamment grand, donc il a moins de valeur statistique. L'évaluation de la pertinence des moyens proposés par la littérature nord-américaine avec l'ICS de chirurgie à laquelle j'ai fait appel me permet d'affirmer que les six moyens proposés sont pertinents, mais il faudrait réaliser une recherche empirique pour en être certain.

7 Conclusion

7.1 Bilan personnel

7.1.1 Facilités

Dans la réalisation de ma revue de la littérature, j'ai eu la chance de bien connaître l'anglais, ce qui m'a permis de traduire tous les documents en anglais que j'ai consultés et utilisés dans mon travail. J'ai aussi une bonne capacité d'analyse et de synthèse, ce qui m'a permis de cerner les éléments importants des articles que j'ai lus et analysés. Le fait de lire d'autres revues de la littérature m'a permis d'avoir des exemples de bonnes et de moins bonnes revues de la littérature, ce qui m'a aidé à faire ma propre revue de la littérature.

7.1.2 Difficultés

L'utilisation d'articles et de livres presque exclusivement écrits en anglais a eu un effet très chronophage. J'ai pris beaucoup de temps pour lire les articles et les traduire, car je relisais deux à trois fois le même article pour limiter les erreurs de compréhension au maximum, et je devais quand même souvent chercher des mots dans les dictionnaires linguistiques. J'ai eu des difficultés à chacune des phases (exploration, construction de la problématique, cadre opératoire, analyse, discussion) car c'était ma première recherche et il y presque autant de revues de la littérature que d'auteurs différents, mais le fait d'avancer étape par étape de manière rigoureuse m'a permis d'avoir un fil rouge cohérent, et plus j'avancais dans la lecture d'articles, plus j'arrivais à déterminer la manière la plus adaptée pour construire ma revue de la littérature.

7.1.3 Evaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage

1. Dans la réalisation de ce travail de recherche, je pourrai analyser les données recueillies dans la revue de la littérature, selon une technique d'analyse pertinente.

Objectif atteint : j'ai pu analyser huit articles scientifiques en me basant sur un cadre théorique pertinent, et selon une technique d'analyse (selon le modèle de la collaboration de Danielle D'Amour) qui était adaptée à ma question de recherche.

2. A la fin de ma recherche, je saurai faire une auto-évaluation critique de ma recherche, en me basant sur des critères d'évaluation pertinents.

Objectif atteint : j'ai pu évaluer la construction et le contenu de ma recherche en me basant sur les critères de validité interne et externe d'une revue de la littérature.

3. A la fin de ma recherche, je serai capable d'expliquer les enjeux de la collaboration infirmière-médecin, et les éléments qui favorisent la collaboration dans un service de chirurgie.

Objectif atteint : j'ai pu réaliser une recherche documentaire riche et pertinente sur les enjeux de la collaboration infirmière-médecin et les éléments qui favorisent la collaboration dans un service de chirurgie. Mon cadre opératoire est suffisamment dense, et les articles que j'ai analysés m'ont donné des éléments de réponse suffisamment conséquents, même si je n'ai pas réalisé une méta-analyse de toutes les études qui existent.

4. A la fin de ma recherche, je serai capable d'argumenter l'importance de la collaboration dans les services de chirurgie.

Objectif atteint : actuellement je suis capable d'argumenter l'importance de la collaboration infirmière-médecin dans les services de chirurgie en m'appuyant sur la complexité des situations de soins qui requièrent une prise en charge interdisciplinaire.

7.2 Bilan professionnel

En voyant tous les comportements perturbateurs décrits par O'Daniel et Rosenstein (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005), et les conséquences désastreuses sur la qualité des soins (mortalité élevée à cause des erreurs médicales), je me suis dit que les problèmes de collaboration que j'avais observés durant mes stages dans les services de chirurgie étaient minimes, et j'ai eu peur que ma recherche soit inutile, même si dans ma problématique il y a des recherches antérieures qui argumentent ce problème.

Selon O'Daniel et Rosenstein, malheureusement beaucoup de professionnels se sont habitués à un manque de communication et de travail d'équipe (*Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*, 2005). Cette culture, dans laquelle les professionnels en sont venus à s'attendre à des échanges faussés et incomplets d'information, conduit à des erreurs car même les professionnels consciencieux tendent à ignorer les signes d'alarmes et les contradictions cliniques potentielles. Car ils voient ces signes d'alarmes comme des indicateurs répétitifs d'une routine. Probablement que j'essayais aussi de minimiser le problème, car je m'y étais habitué.

Pour Lindeke et Sieckert, dans les systèmes de soins complexes et sophistiqués la collaboration est souvent difficile, elle peut sembler idéaliste et peut-être irréaliste (*Nurse-Physician Workplace Collaboration*, 2005). Cependant, Kramer et

Schmalenberg (2003) affirment que les relations de collaboration ont une grande importance et méritent de faire des efforts, car elles ont pour conséquence de meilleurs résultats pour les soins aux patients, et pour la maturité personnelle des collaborateurs (Lindeke & Sieckert, 2005).

Les six moyens d'améliorer la collaboration que j'ai proposés semblent pertinents et tout à fait réalisables pour les hôpitaux en Suisse. Les formations internes sur la discipline médicale et infirmière ont prouvé leur efficacité car elles améliorent la connaissance mutuelle, et permettent aux professionnels d'être au clair sur les attentes qu'ils peuvent avoir de la part des autres professionnels. Les formations internes permettent aussi la confrontation des problématiques, le développement d'un langage commun, et une pratique thérapeutique commune basée sur les compétences de chacun (ex : prise en charge de la douleur). Cela requiert le soutien de la hiérarchie, donc un investissement en temps et en argent pour organiser ces formations. Les directeurs des institutions doivent aussi permettre des changements dans l'organisation afin de laisser suffisamment de temps au médecin entre deux interventions chirurgicales pour effectuer une visite médicale de tous les patients. Cette mesure vise entre autres à replacer le patient au centre de la prise en charge, et à ne plus se focaliser uniquement sur son problème de santé.

Les infirmières ont aussi un rôle à jouer, elles doivent développer des connaissances approfondies en matière de santé et d'examen clinique, et démontrer leurs compétences individuelles ; elles doivent aussi s'affirmer en tant que professionnelles expertes en soins infirmiers et avoir confiance en elles. L'environnement de travail semble avoir une grande importance aussi : la proximité physique des bureaux des infirmiers et des médecins aide à créer des relations de collégialité entre les professionnels. La volonté et l'engagement des médecins et des infirmières à mieux collaborer est aussi un facteur important dans l'efficacité d'une collaboration interdisciplinaire infirmière-médecin dans les services de chirurgie.

La littérature que j'ai analysée m'a permis de répondre à ma question de recherche et de réaliser les objectifs de ma recherche, mais une revue de la littérature est moins significative qu'une recherche empirique. Les résultats ne sont pas généralisables. Il serait intéressant d'analyser la pertinence de ces moyens auprès d'infirmières et de médecins dans les services de chirurgie et d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place à court, moyen, et long terme.

8 Bibliographie

8.1 Livres

Association de Recherche en Soins infirmiers [ARSI] (2009). *Les concepts en soins infirmiers*. Mallet Conseil. Lyon.

Delacherie-Henry, S. Nief, C., Vandevoorde, V. & Morel, D. (2006). *Larousse: nouveau dictionnaire de français*. Larousse. Paris.

DeVito, J., Chassé, G. & Vezeau, C. (2000) *La communication interpersonnelle* (pp.68-93). ERPI. Québec. Canada.

Fawcett, J., (2005). *Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (pp. 88-119). F. A. Davis Company. United States of America.

Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière [GRIPI] (1986). Historique de la profession d'infirmière. *L'identité professionnelle de l'infirmière* (pp. 13-23). Le Centurion. Paris.

Halioua, B. (2004). *Histoire de la médecine*. 2^{ème} édition. Masson. Paris.

Le Neurès, K. & Siebert, C. (2009). *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*. UE 3.1 – UE 3.2. Elsevier Masson. Paris.

Loiselle, C. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. ERPI. Québec.

8.2 Brochures

Association Suisse des Infirmiers - Infirmières (1998). *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Berne.

Association Suisse des Infirmiers - Infirmières (2006). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne.

8.3 Articles sur internet

Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., Wiesman, S. (2008). *Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations*. Tiré le 12 juin 2011 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17273025>

Centre Médico-Chirurgical de l'Europe à Port Marly (2005). *Recrutement métier infirmière diplômée d'état - chirurgie, offre d'emploi infirmier IDE, infirmière IDE*. Tiré le 5 décembre 2010 de : <http://www.clinique-europe78.fr/offre-emploi-metier-infirmiere-IDE-chirurgie.pdf>

Choi, CKB. & Pak, QPA. (2006), *Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*. Tiré le 12 juin 2011 de :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17330451>

Choi, CKB. & Pak, QPA. (2007) *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promoters, barriers, and strategies for enhancement*. Tiré le 12 juin 2011 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053389>

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS] (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé*. Tiré le 20 juin 2010 de :

http://www.odasante.ch/fr/01_aktuell/pdf/Versorgungsbericht_Franzoesisch_20091201_def.pdf

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J-F., San Martin-Rodriguez, L., Pineault, R. (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. Tiré le 9 mai 2011 de :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563002/pdf/1472-6963-8-188.pdf>

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M-D. (2005). *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*. Tiré le 9 mai 2011 de :

<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820500082529>

Herrmann, LL., Zabramski, JM. (2005). *Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery*. Tiré le 9 mai 2011 de :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1041-2972.2005.00035.x/pdf>

In Albon, J. (2009). *Le regard du client sur la profession infirmière*, pp.59-63. Tiré le 20 juin 2010 de :

<http://demo.multivio.org/client/#get&url=http://doc.rero.ch/record/16810/export/xd>

Lindeke, LL., Sieckert, AM. (2005). *Nurse-Physician Workplace Collaboration*. Tiré le 9 mai 2011 de:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=12&sid=303b5574-4b29-4770-8e01-b00ee3aedd12%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2005074959>

Ledergerber, C., Mondoux, J., Sottas, B. (2009). *Compétences finales pour les professions de la santé HES Annexe*, pp.35-41. Tiré le 5 juin 2011 de :

http://www.kfh.ch/uploads/empfdoku/Competences%20finales%20pour%20les%20professions%20de%20la%20sante%20HES_annexe.pdf

Nelson, GA., King, ML. & Brodine, S. (2008) *Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units*. Tiré le 12 juin 2011 de:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=113&sid=48eb2052-6864-470a-89d5-e7410520152a%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009820273>

Normes Bibliographiques de l'APA (American Psychological Association). 6^{ème} Edition (2010). Tiré le 11 juin 2011 de : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=106>

O'Daniel, M., Rosenstein, AH. (2005). *Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration*. Tiré le 22 avril 2011 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/pdf/ch33.pdf>

OFS (2007). *Personnes actives selon le sexe* (p.11). L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005. Tiré le 27 avril 2010 de :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=297>

8

OFS (2009). *Le Panorama du thème « population »*. Tiré le 27 avril 2010 de :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.html>

OFS (2010). *Personnel de la santé selon la profession exercée*. Tiré le 27 avril 2010 de :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04/key/01.html>

Penseyres, T. (2010). *Présentation du concept « MAGNET HOSPITAL »*. Tiré le 12 juin 2011 de :

http://www.hopital-riviera.ch/soins-intensifs/Activite_cadre/Activite_01.htm (3ème document Word sur la liste)

Plan d'Etudes Cadre de la HES-SO Soins infirmiers, 2008. Tiré le 20 avril 2010 de :

<http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=1680&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x1665x1667x1680x0>

Pouliquen, X. (2008). *Ressenti de la collaboration médico-infirmière dans le contexte péri-opératoire, une étude dans un hôpital du Middle-West américain*. Tiré le 13 avril 2010 de : <http://www.em-consulte.com/article/187984>

Rapport d'un groupe d'experts de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), de la Fédération des médecins suisses (FMH) et des cinq Facultés de médecine (2004). *Buts et missions de la médecine au début du 21e siècle : projet "La médecine en Suisse demain"*. Tiré le 6 décembre 2010 de :

<http://www.saphirdoc.ch/Record.htm?idlist=1&record=19136878124919540509>

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. Tiré le 20 avril 2011 de: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin-Rodriguez%2C%20L.%2C%20Beaulieu%2C%20M-D.%2C%20D%E2%80%99Amour%2C%20D.%2C%20Ferrada-Videla%2C%20M.%20\(2005\).%20The%20determinants%20of%20successful%20collaboration%3A%20A%20review%20of%20theoretical%20and%20empirical%20studies](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin-Rodriguez%2C%20L.%2C%20Beaulieu%2C%20M-D.%2C%20D%E2%80%99Amour%2C%20D.%2C%20Ferrada-Videla%2C%20M.%20(2005).%20The%20determinants%20of%20successful%20collaboration%3A%20A%20review%20of%20theoretical%20and%20empirical%20studies).

Thomson, S. (2007). *Nurse-Physician Collaboration : A Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians in The Medical-Surgical Patient Settings*. Tiré le 12 juin 2011 de :<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e1187b89-f477-42e3-99d1-bc17fe3206b6%40sessionmgr110&vid=1&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=hch&AN=24844942>

Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Tiré le 21 avril 2010 de: http://sclo.smifk.ch/downloads/sclo_2008.pdf

8.4 Articles de revue scientifique

Charles, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Soins Cadres*, 50, p.10.

Perrier, A. (2005). Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ? *Revue Médicale Suisse*, 42, 2742-2745.

8.5 Cours de la Hes-so Soins infirmiers

Michellod, S. Document de cours sur : *Les bases de la communication interpersonnelle*. Module : Sciences Humaines. Octobre 2007. Hes-so Soins Infirmiers. Sion.

Schoepf, C. Document de cours sur : *Méthodologie Bachelor 08, Revue de la littérature & Recherche en Soins Infirmiers*. Février 2010. Hes-so Soins Infirmiers. Sion

Seppey, C. Document de cours sur : *l'histoire des soins infirmiers*. Module : Socialisation professionnelle. Septembre 2007. Hes-so Soins Infirmiers. Sion.

9 Annexes

9.1 Descriptif des compétences des infirmières selon la HES-SO Valais-Wallis

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires :

conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture etc.).
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus

- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

4. Evaluer ses prestations professionnelles

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs

- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

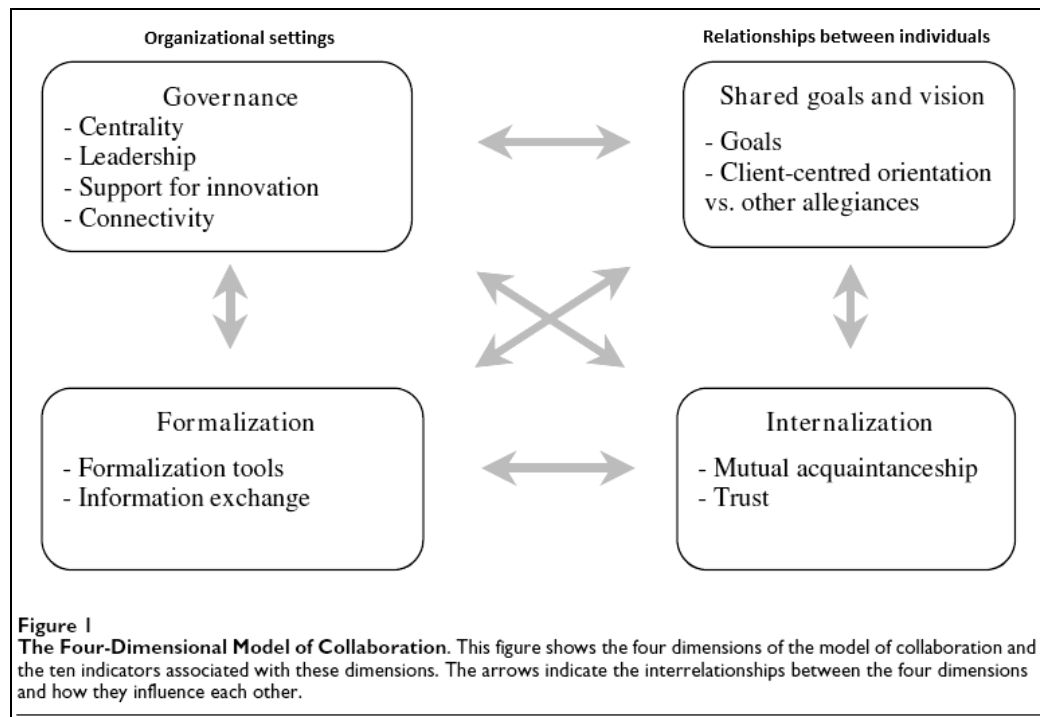
8. Participer aux démarches qualité

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

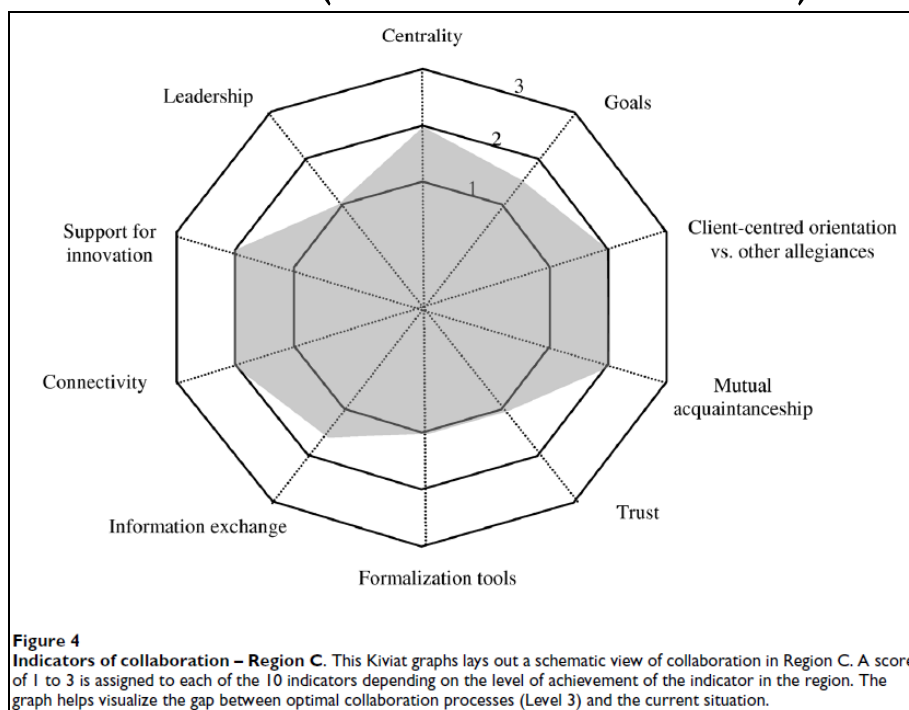
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

9.2 Tableau des 4 dimensions de la collaboration et des 10 indicateurs associés, selon Danielle D'amour



9.3 Exemple d'évaluation de la collaboration dans une organisation de santé (D'Amour et al., 2008, p.10)



9.4 Tableau décrivant les 10 indicateurs de la collaboration selon Danielle D'Amour en fonction de la typologie

Table 3: Indicators of collaboration according to the typology			
Indicators	Active Collaboration LEVEL 3	Developing Collaboration LEVEL 2	Potential or Latent Collaboration LEVEL 1
Goals	Consensual, comprehensive goals	Some shared ad hoc goals	Conflicting goals or absence of shared goals
Client-centred orientation vs. other allegiances	Client-centred orientation	Professional or organizational interests drive orientations	Tendency to let private interests drive orientations
Mutual acquaintanceship	Frequent opportunities to meet, regular joint activities	Few opportunities to meet, few joint activities	No opportunities to meet, no joint activities
Trust	Grounded trust	Trust is conditional, is taking shape.	Lack of trust
Centrality	Strong and active central body that fosters consensus	Central body with an ill-defined role, ambiguous political and strategic role.	Absence of a central body, quasi-absence of a political role.
Leadership	Shared, consensual leadership	Unfocused, fragmented leadership that has little impact	Non-consensual, monopolistic leadership
Support for innovation	Expertise that fosters introduction of collaboration and innovation	Sporadic, fragmented expertise	Little or no expertise available to support collaboration and innovation
Connectivity	Many venues for discussion and participation	Ad hoc discussion venues related to specific issues	Quasi-absence of discussion venues
Formalization tools	Consensual agreements, jointly defined rules	Non-consensual agreements, do not reflect practices or are in the process of being negotiated or constructed	No agreement or agreement not respected, a source of conflict
Information exchange	Common infrastructure for collecting and exchanging information	Incomplete information-exchange infrastructure, does not meet needs or is used inappropriately	Relative absence of any common infrastructure or mechanism for collecting or exchanging information

9.5 Tableau résumé de la démarche de recherche documentaire sur les bases de données

	Nombre de résultats, le 28.12.10	Etudes retenues après critères d'exclusion
Mots clés, dans le titre	<i>nurse physician collaboration/interdisciplinarity/communication</i>	Critères d'exclusions: pas menée dans un pays occidental (Europe ou Nord Amérique), ne porte pas sur la collaboration en elle-même mais sur les effets, ne porte pas sur un service de chirurgie ou sur la collaboration en général, échelles de mesure de la collaboration, contient les mots "pediatric, home, palliative, diabete, intensive" malgré le filtre, ne contient pas de recommandations pour la pratique spécifique à la collaboration, ou déjà retenue sur une autre base de donnée.
Critères de recherche avancée/ Limites	A. 2005-2010. B. Texte intégral ou lien vers le texte intégral. C. PAS DANS LE TITRE: pediatric home palliative diabete intensive (lorsque le moteur de recherche permettait d'exclure les documents contenant ces termes)	
CINAHL	11	2
The Cochrane Library	0	0
Medline (OvidSP, incluant PsycInfo et Ovid Nursing Full-Text)	17	0
Pubmed	29	1
Health Source: Nursing/ Academic Edition	13	1
Saphir	0	0
BDSP: Banque de Données Santé Public	2	0
Trouvé aléatoirement sur Google et Pubmed (les 4 articles retenus sont aussi publiés sur Pubmed)	23	4
TOTAL	86	8

9.6 Recension des écrits scientifiques

Etude N° 1	Nurse-Physician collaboration: a comparison of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting (2007)
Auteure	Stacy Thomson : RN (Registered Nurse=infirmière), MSN (Master of Science in Nursing), BC (Board Certified) ; Cheffe interne des infirmières , à l'hôpital « Wake Forest University Baptist Medical Center », à l'est des Etats-Unis.
Type de recherche	Recherche empirique - Étude prospective descriptive, comparative des différences d'attitudes face à la collaboration.
Echantillon	Echantillonnage aléatoire, volontaires, infirmières et médecins qui travaillent dans les unités de médecine générale, chirurgie de traumatologie, vasculaire, ORL, et chirurgie générale. N=104 : 65 infirmières (91%femmes, 9%hommes, moyenne d'âge 35.5ans, moyenne 8.4 ans d'expérience) ; 37 médecins (86% hommes, 24% femmes, 59% assistants, 41% chefs-de clinique, moyenne d'âge 34.5 ans, expérience 2.2 ans pour les assistants, 15 ans pour les chefs de clinique) ; 2 avec professions inconnues (ne l'ont pas précisé dans le questionnaire).
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Décrire les attitudes des infirmières et des médecins face à la collaboration infirmière-médecin dans la prise en charge de patients en médecin-chirurgie. Q : Y a-t-il des différences dans les attitudes des médecins et des infirmières face à la collaboration infirmière-médecin dans la prise en charge de patients en médecine-chirurgie ? H : / Concept : Collaboration
Cadre de référence	Définition de la collaboration : Les médecins et les infirmières travaillant en coopération ensemble, partageant les responsabilités pour résoudre les problèmes et prendre les décisions, et pour effectuer les plans pour la prise en charge des patients (Baggs et al, 1999, p.1991).
Méthode de collecte des données	Collecte de données par questionnaire, selon l'échelle de Jefferson sur des attitudes face à la collaboration médecin-infirmière (échelle validée et adaptée par Hojat et al, 1999, 2001, 2003). Et collecte des données démographiques : âge, genre, profession, années d'expérience, et formation réalisée.
Méthode d'analyse	Statistiques descriptives pour les données démographiques (moyennes, pourcent, fréquences). ET pour l'outil de mesure des attitudes selon l'échelle de Jefferson adaptée par Hojat et al. : comparaison des scores totaux des infirmières avec les scores totaux des médecins pour chaque item. Les scores les plus élevés montraient une attitude plus positive pour la collaboration. L'auteure a aussi comparé les scores totaux à 4 facteurs identifiés par Hojat et associés : formation commune et travail d'équipe (7items), soigner VS guérir (3 items), autonomie des infirmières (3 items), domination des médecins (2 items).
Résultats -Conclusion	Résultats statistiquement non significatifs, même si certaines tendances ont été démontrées : une attitude plus positive des infirmières (score moyen total=52.7) que les médecins (score moyen total=47.6) face à la collaboration infirmière-médecin (I-M) ; qu'il s'agisse de médecins hommes/femmes ou d'infirmières femmes ou d'infirmiers hommes, les chiffres restent similaires. En raison du manque d'infirmières et de l'augmentation des coûts de la santé, l'amélioration de la collaboration I-M, l'amélioration de qualité des soins et la rétention des infirmières sont très importantes.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>L'étude comporte une revue de la littérature de 9 autres études dans l'introduction. Il s'agit d'une recherche empirique auprès de médecins et infirmières qui travaillent dans les services de médecine-chirurgie aigus, et vise à analyser les attitudes des infirmières et des médecins face à la collaboration I-M. Les infirmières ont des attitudes plus positives que les médecins. Cette étude est particulièrement importante, car il existe très peu d'études sur la collaboration I-M dans les services de médecine-chirurgie.</p>	

Etude N° 2	Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units (2008)
Auteurs	<u>Gina Aya Nelson</u> : RN (Registered Nurse=infirmière), MSN (Master of Science in Nursing), responsable interne (pool infirmier). <u>Major L. King</u> : RN, CNS (Clinical Nurse Specialist), PhD (doctorat), professeur à l'école d'infirmière (Azusa Pacific University). <u>Stephanie Brodine</u> : MD (Medical Doctor=médecin), Cheffe de Division : Epidémiologie et Biostatistiques, à l'Université de San Diego (Etats-Unis).
Type de recherche	Recherche empirique – Paradigme constructiviste et positiviste.
Echantillon	N1=95 infirmières ET N2=49 médecins, à San Diego (Californie, Etats-Unis), dans unités de médecine et de chirurgie.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Décrire les perceptions du médecin et de l'infirmière au sujet de la relation de collaboration infirmière-médecin (I-M) dans les services de médecine-chirurgie générale. Q/H : Non définies. Concepts : Collaboration, interdisciplinarité, burn-out.
Cadre de référence	Principalement : La Gestion des Conflits. ET Définition d'une pratique en collaboration : interactions entre l'infirmière et le médecin qui permettent aux connaissances et compétences des deux professions d'influencer « en synergie » les soins faits aux patients (Weiss,Davis, 1985).
Méthode de collecte des données	Questionnaires : utilisation de l'échelle de collaboration (Collaborative Scale Practice, Weiss & Davis, 1985) pour évaluer la perception des infirmières et médecins de la collaboration. L'échelle des infirmières comporte 9 items avec 54 points possibles, et celle des médecins comporte 10 items avec 60 points possibles. Sur une échelle de 1 à 6 (de <i>jamais</i> à <i>toujours</i>), ils évaluent leur perception de la collaboration infirmière-médecin (I-M).
Méthode d'analyse	Analyse descriptive comparative des perceptions des infirmières et des médecins.
Résultats - Conclusion	Les infirmières sont moins satisfaites de la collaboration I-M que les médecins. Cela nous montre que la collaboration I-M est basse-moyenne en médecine-chirurgie, et suggère que la relation I-M n'a pas changé au fil du temps. Augmenter cette collaboration signifie augmenter la qualité des soins, et créer un environnement de travail satisfaisant pour les infirmières et les médecins.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>L'une des raisons principales du départ des infirmiers est l'insatisfaction en lien avec leur environnement de travail, dont les relations avec les médecins. La gestion des conflits et le travail en interdisciplinarité sont des atouts pour une collaboration I-M réussie, la satisfaction professionnelle des infirmières, et la qualité des soins au patient. Les infirmières qui travaillent là où il y a une collaboration font moins de burn-out. Cette étude empirique a été menée auprès de médecins et d'infirmières travaillant dans services médecine-chirurgie, qui ont rempli un questionnaire basé sur l'échelle de la collaboration (selon Weiss & Davis, 1985).</p> <p>Les résultats montrent que les infirmières perçoivent une collaboration I-M moins efficace et moins satisfaisante que les médecins. Cela nous montre qu'il y a un problème de communication, car les médecins ne perçoivent pas les problèmes des infirmières, qui n'osent souvent pas en parler. Les auteurs émettent trois hypothèses qui pourraient expliquer ce manque de communication : 1. Les infirmières, à cause de la culture, et de l'histoire de leur profession, n'osent pas expliciter leur rôle, et prennent la place de subordonnée au médecin. 2. Les infirmières perçoivent une différence de pouvoir qui les amène à moins prendre part dans les processus décisionnels. Dans la collaboration, chacun doit reconnaître la contribution de l'autre, et les infirmières devraient avoir plus confiance en leurs contributions et les mettre en avant.</p>	

Etude N° 3	Tandem Practive Model: A Model for Physician-Nurse Pratitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery (2005)
Auteurs	<u>Linda L. Herrmann</u> : RN (Registered Nurse), GNP (Gerontological Nurse Practitioner), APRN (infirmière de pratique avancée), BC (Board Certified), MSN (Master of Science in Nursing). <u>Joseph M. Zabramski</u> : MD (médecin), chef de la chirurgie cérébrovasculaire , directeur des neurosciences en soins intensifs (division neurochirurgie). Phoenix. Arizona. Ouest des Etats-Unis.
Type de recherche	Recherche empirique descriptive: application d'un modèle de collaboration (en Tandem) et évaluation du fonctionnement du modèle. Paradigme constructiviste.
Echantillon	Groupe privé de 18 neurochirurgiens et 4 infirmières de pratique avancée, dans un milieu urbain : chaque infirmière employée par le groupe de neurochirurgiens travaille directement avec 1 neurochirurgien, selon le modèle de la collaboration en Tandem.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Décrire les bénéfices d'une pratique collaborative médecin-infirmière de pratique avancée, plus spécifiquement le modèle de pratique en tandem, utilisé par un neurochirurgien et une infirmière dans les services de neurochirurgie en milieu d'hospitalisation et en ambulatoire. Q/H : Non définies. Concept : Collaboration en tandem, rôle.
Cadre de référence	Collaboration : Siegler et Whitney (1994) ont décrit 3 dimensions de la collaboration : structure, processus, résultats. L'histoire de la collaboration infirmière-médecin est bien documentée. Rôle infirmier : Description de l'introduction des infirmières spécialistes cliniques ou infirmières cliniciennes, puis infirmières de pratique avancée. Cela donne à ces infirmières un rôle plus étendu qui leur permet de prendre certaines responsabilités habituellement réservées aux médecins : anamnèse, examen clinique, connaissance des facteurs biophysiques et psychosociaux de la santé et de la maladie (Bates, 1970). Modèle de collaboration en tandem : Modèle centré sur le patient, les rôles du médecin et de l'infirmière de pratique avancée sont clairement définis au départ par des consensus entre les deux professionnels, il permet une complémentarité des rôles, une meilleure prise en charge des patients et une diminution des coûts (évaluation de l'état de santé plus rapide).
Méthode de collecte des données	Pas explicite clairement. Selon la présentation des résultats, les données proviennent de l'Observation sur le lieu de travail ou de la description de la manière de travailler par les médecins et les infirmières de pratique avancée.
Méthode d'analyse	Description du mode de fonctionnement dans les services d'hospitalisation et en ambulatoire.
Résultats - Conclusion	L'application du modèle a été réussie en milieu d'hospitalisation et en ambulatoire. Les avantages de ce type de collaboration sont importants. Les tournées du matin et de l'après-midi de l'infirmière de pratique avancée (IPA) sont importantes, elles permettent la continuité des soins et un plan de soins cohérent, et accélèrent les interventions, les transferts, et la communication sur le plan de soins. Les connaissances des IPA et l'expertise des médecins combinées facilitent une approche holistique pour l'offre en soins.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>Il s'agit d'une évaluation du modèle de collaboration en tandem médecin-infirmière de pratique avancée (IPA) dans les services de neurochirurgie. Ce modèle a été appliqué avec succès. Les IPA ont un rôle plus étendu et peuvent par exemple effectuer un examen clinique, faire l'anamnèse, etc. Cela peut dérouter les patients qui ne connaissent pas les compétences et les rôles des IPA, et certains médecins peuvent montrer de la résistance à l'encontre des IPA. Cependant, cette prise en charge en tandem médecin-IPA permet une évaluation plus rapide de l'état de santé des patients, une prise en charge holistique, un meilleur accompagnement post-opératoire, et une amélioration de la qualité des soins. L'influence de ce modèle sur la maîtrise des coûts reste à démontrer.</p>	

Etude N° 4	The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies (2005)
Auteurs	Leticia San Martin-Rodriguez : RN (Registered Nurse : infirmière), candidate au PhD (Doctorat), Clinique universitaire de Navarra (Espagne) ; et Faculté de soins infirmiers à Montréal (Canada). Marie-Dominique Beaulieu : Médecin , Département de médecine familiale, Centre de Recherche de l'Université de Montréal. <u>Danielle D'Amour</u> : RN, PhD, directrice du centre FERASI (Formation et expertise en recherche et administration des services infirmiers), chercheuse avec le Groupe International de Recherche Scientifique (GRIS), Montréal, et travaille à la Faculté de Soins Infirmiers de Montréal. <u>Marcela Ferrada-Videla</u> : Infirmière , M.Sc. (Master of Science : en soins infirmiers), Faculté de soins infirmiers de Montréal, candidate au doctorat .
Type de recherche	Revue de la littérature (RL). Paradigme constructiviste.
Echantillon	10 études analysées : recherches empiriques uniquement, qualitatives et quantitatives.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Cette RL vise à être un guide pour les professionnels, les responsables, et les décideurs, qui sont en train de développer et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. Q/H : Non définies. Concepts : Collaboration, système, organisation, interaction.
Cadre de référence	Les déterminants d'une collaboration efficace sont classés en tant que FACTEURS INTERACTIONNELS (relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe), FACTEURS ORGANISATIONNELS (conditions au sein de l'organisation), et FACTEURS SYSTEMIQUES (conditions externes à l'organisation). Les dynamiques de collaboration sont influencées par tous ces déterminants. Ce cadre de référence est basé sur « Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centered Practice : An Evolving Framework ».
Méthode de collecte des données	Recherche sur Medline, CINAHL, Sociological Abstract, avec ces mots clés : collaboration, interprofessional team, interdisciplinary team, déterminants, et factors. Documents entre 1980 et 2003. Seules les études empiriques traitant explicitement des déterminants de la collaboration interprofessionnelle ont été retenues : l'article devait comporter l'essai des organisations pour mettre en place une pratique de collaboration, et présenter des données sur les déterminants collectés dans des lieux de pratique.
Méthode d'analyse	Analyse de la méthode utilisée, les paramètres/le contexte, la conceptualisation de la collaboration, et identification des déterminants. ET analyse de l'influence des déterminants systémiques, organisationnels, et interactionnels de la collaboration (analyse systémique), description des caractéristiques pour chaque déterminant. ET présentation d' une illustration de l'initiative politique canadienne (The Canadian Health Transition Fund, 2000) avec les moyens mis en place, à travers les trois types de déterminants.
Résultats - Conclusion	1. Déterminants systémiques : système social, culturel, professionnel, et éducationnel (formation). 2. Déterminants organisationnels : structure de l'organisation, philosophie, soutien de l'administration, ressources de l'équipe, et mécanismes de coordination et de communication. 3. Déterminants interactionnels : volonté de collaborer, confiance, communication, et respect mutuel.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>Cette RL présente les déterminants qui influencent la collaboration, et leurs caractéristiques telles que décrites dans les études analysées. Le succès des initiatives pour développer la collaboration dépend de facteurs basés sur les processus interpersonnels, les processus intra-organisationnels, ainsi que de l'environnement externe de l'organisation. Ces déterminants ne doivent pas être vus séparément, car ils sont inter-reliés et influencent tous la collaboration, donc il faudrait privilégier les études systémiques lorsqu'on veut analyser la collaboration. Les éléments organisationnels et systémiques influencent la collaboration, particulièrement les budgets attribués, la réglementation des professions, et la compensation, mais aussi les systèmes d'information, et le type de gouvernance. Un rôle clé est joué par les programmes de formation, car la pratique de collaboration requiert la maîtrise de nouvelles compétences (capacités, connaissances, attitudes). Cette RL donne aussi une illustration de la mise en application d'un projet visant à améliorer la collaboration (protocoles, formations communes, financement, établir des règles et des objectifs clairs, etc.).</p>	

Etude N° 5	Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration (2005)
Auteurs	<u>Michelle O'Daniel</u> : MHA (Master of Health Administration), MSG (?), directrice des membres de la VHA West Coast (organisation qui publie, soutient, l'amélioration de la qualité et la baisse des coûts). <u>Alan H. Rosenstein</u> : MD (Medical Doctor : médecin), M.B.A., vice-président et directeur médical, VHA West Coast (Etats-Unis).
Type de recherche	Article basé sur des écrits scientifiques. Chapitre 33 du livre « Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses », section V : « <i>Critical Opportunities for Patient Safety and Quality Improvement</i> ». Cet article est basé sur une revue de la littérature très approfondie sur le rôle important de la communication et de la collaboration en équipe pour réduire les erreurs médicales et augmenter la sécurité des patients. Analyse descriptive. Paradigme constructiviste.
Echantillon	67 textes référencés dans la bibliographie (moins 3 références uniquement utilisées pour l'introduction), publiés entre 1980 et 2005.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But/Q/H : Non définis. Concepts : Communication, collaboration, équipe.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>Dans le système de soins actuel exigeant l'implication de différents types de professionnels de soins avec des niveaux de formation et d'expérience variables, un manque de communication crée des situations où les erreurs médicales se produisent, et peuvent entraîner la mort des patients impliqués. Les erreurs médicales, spécialement celles causées par un manque de communication sont un problème pour les organisations de soins actuelles. La communication est définie comme « l'expression et l'échange de pensées, d'opinions, ou d'informations, au moyen du discours/parole, l'écrit, ou les signes » (Webster's Dictionary). La collaboration dans les soins est « lorsque les professionnels de soins assument leurs rôles complémentaires et travaillent ensemble en coopération, partagent la responsabilité dans la résolution de problèmes et la prise de décisions, afin de formuler et mettre en place un plan de soins ». La collaboration entre médecins et infirmières, et d'autres professionnels, améliore la prise de conscience des membres de l'équipe sur les connaissances et les compétences de chacun, ce qui conduit à une amélioration continue dans la prise de décision.</p> <p>13 composantes d'un travail d'équipe réussi : 1. Communication ouverte ; 2. Environnement non punitif ; 3. Direction claire ; 4. Rôles et tâches claires et connues par les membres de l'équipe ; 5. Atmosphère respectueuse ; 6. Responsabilité partagée pour le succès de l'équipe ; 7. Equilibre approprié de la participation des membres pour les interventions ; 8. Reconnaissance et processus de conflit ; 9. Spécifications claires en regard de l'autorité et la comptabilité ; 10. Procédures claires et connues pour la prise de décision ; 11. Communication régulière et usuelle, et partage d'informations ; 12. Adapter l'environnement, incluant l'accès aux ressources nécessaires ; 13. Mécanismes d'évaluation des résultats et ajustements adéquats.</p> <p>17 obstacles à la communication et la collaboration (le plus souvent ces barrières se manifestent entre infirmières et médecins (I-M), ils interagissent souvent, mais ils ont des perceptions différentes de leurs rôles, de leurs responsabilités, des besoins du patient, et ont aussi des buts différents) : 1. Attentes et valeurs personnelles ; 2. Différences de personnalité ; 3. Hiérarchie ; 4. Comportements perturbateurs ; 5. Culture et ethnie ; 6. Différences générationnelles ; 7. Genre ; 8. rivalités historiques inter- et intra-professionnelles ; 9. Différences de langages et jargons ; 10. Différences de planifications et routines professionnelles ; 11. Niveaux variables de préparation, de qualifications, et de statuts ; 12. Différences en requis, réglementations, normes de formation professionnelle ; 13. Peurs de dilution de l'identité professionnelle ; 14. Différences en comptabilisation, paiement, récompenses ; 15. Problèmes en regard de la responsabilité clinique ; 16. Complexité des soins ; 17. Focalisation sur la prise de décision rapide.</p> <p>Implications pour la pratique : Beaucoup d'écrits montrent qu'à cause de la complexité des soins médicaux, la standardisation des outils de communication est essentielle, et il faut un environnement où les individus peuvent parler librement et exprimer leurs problèmes. Pour communiquer des informations complexes en peu de temps, les techniques de communication structurées peuvent aider à assurer l'exactitude du message (SBAR : Situation, Background/contexte, Assessment/analyse, Recommandation). Des programmes de formation récurrents peuvent apporter beaucoup afin de répandre le message et enseigner les compétences de base nécessaires pour promouvoir la communication efficace. Les organisations doivent soutenir la collaboration car cela améliore la qualité des soins.</p>	

Etude N° 6	Nurse-Physician Workplace Collaboration (2005)
Auteures	<u>Linda L. Lindeke</u> : RN (Registered Nurse : infirmière), PhD (doctorat), CNP (Certified Nurse Practitioner : infirmière de pratique avancée) et beaucoup d'expérience (30 ans en pédiatrie), professeure associée en soins infirmiers à l'université du Minnesota (Etats-Unis). <u>Ann M. Sieckert</u> : RN, BAN (Bachelor of Arts in Nursing), infirmière, master en pédiatrie en cours , beaucoup d'expérience. Robbinsdale (Etats-Unis).
Type de recherche	Article basé sur des écrits scientifiques. Analyse descriptive. Paradigme constructiviste.
Echantillon	35 textes référencés dans la bibliographie (moins 1 utilisé seulement pour l'introduction), publiés entre 1982 et 2004.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Le but de cet article est d'analyser la nature et les avantages de la communication de collaboration, et de suggérer des stratégies de développement personnel, de développement de l'équipe, et de développement de la communication, qui peuvent améliorer la collaboration infirmière-médecin (I-M). Q/H : Non définies. Concepts : Communication, collaboration, équipe, interdisciplinarité, rôle, burn-out.
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>Les auteures de cet article amènent beaucoup d'éléments d'explication sur la collaboration et la communication I-M. Elles expliquent que la collaboration interprofessionnelle a besoin d'être réévaluée, car son amélioration amène à une amélioration de la qualité des soins au patient et une satisfaction au travail pour les professionnels de la santé.</p> <p>La communication est aussi importante. Chaque professionnel (médecin et infirmière) a des informations dont l'autre a besoin pour travailler de manière efficace. Dans certains cas, les interactions sont de courte durée, il faut donc faire en sorte que la majorité de ces interactions permettent d'utiliser au mieux les connaissances et les compétences de chaque professionnel, dans le but d'assurer des soins de qualité.</p> <p>Définition et avantages de la collaboration : La collaboration est pluridimensionnelle. Dans n'importe quel lieu ou forme, la collaboration implique un échange de points de vue et d'idées en considérant les points de vue de chaque collaborateur, qu'un accord soit trouvé ou non durant l'interaction. Les auteures précisent ce qui n'est pas impliqué dans le terme de « collaboration » : ce terme n'inclut pas la supervision, ni les simples échanges d'informations unilatéraux ou bilatéraux. La collaboration implique aussi la confiance et un engagement très fort des professionnels et des institutions ; même si elle peut sembler idéaliste, elle en vaut la peine, car la qualité des soins au patient est liée à la collaboration. Il y a 3 types de stratégies qui favorisent la collaboration : stratégies de développement personnel, de développement de l'équipe, et de développement de la communication.</p> <p>Stratégies de développement personnel: 1. Développer une maturité émotionnelle ; 2. Comprendre les perspectives des autres ; 3. Eviter l'épuisement émotionnel.</p> <p>Stratégies de développement de l'équipe : 1. Construction d'équipe (réfléchi) ; 2. Négociation respectueuse ; 3. Gestion des conflits ; 4. Contenir les comportements négatifs ; 5. Organisation de la place de travail afin de faciliter le travail d'équipe.</p> <p>Stratégies de développement de la communication: 1. Communiquer efficacement en cas d'urgence ; 2. Utiliser la communication électronique de manière réfléchi.</p> <p>La collaboration interdisciplinaire peut aider à maintenir le bien-être du patient au centre de la prise en charge, malgré les pressions économiques. En utilisant les stratégies proposées, on peut améliorer la collaboration interdisciplinaire et promouvoir la qualité des soins au patient, avec des ressources plus faibles, et des attentes augmentées.</p>	

Etude N° 7	Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies for enhancement (2007)
Auteurs	Bernard Choi : PhD (doctorat), MSc (Senior Research Scientist), médecin . Ottawa. Canada. Anita W.P. PAK : PhD (doctorat en psychologie sociale), MA (Master en psychologie), MEd (Educational administration), chercheuse indépendante .
Type de recherche	Revue de la littérature. 2 ^{ème} partie d'une série de 3 recherches. Paradigme constructiviste.
Echantillon	Pas explicité. Il y a 39 textes référencés dans la bibliographie (moins les 3 premières références utilisées pour l'introduction uniquement).
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	But : Analyser les promoteurs, les obstacles, et les moyens d'améliorer ce type de travail d'équipe (Multi-, inter-, transdisciplinaire). Q/H : Non définies. Concepts : Multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité.
Cadre de référence	Pas défini. Mais cette deuxième partie de la recherche se base sur les définitions trouvées dans la première partie : définitions de multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité, et présentation des critères pour chacun de ces concepts.
Méthode de collecte des données	Recherche documentaire sur Google et Medline, avec les mots clés suivants « Multidisciplinarity », ou « Interdisciplinarity », ou « Transdisciplinarity » ET « Definition ». Et sur Medline uniquement les résultats entre 1982 et 2007.
Méthode d'analyse	Pas décrite. Analyse descriptive des promoteurs, des obstacles, et des stratégies d'amélioration, pour la multi-, inter-, et transdisciplinarité dans la recherche en soins, les services de soins, la formation, et les politiques en matière de santé.
Résultats - Conclusion	12 promoteurs pour un travail d'équipe pluridisciplinaire (on parle de pluridisciplinarité lorsqu'on ne précise pas s'il s'agit de multi-, inter-, transdisciplinarité) : 1. Bonne sélection des membres de l'équipe ; 2. Bon chef d'équipe (guide, soutien, prend des mesures pour favoriser le travail d'équipe) ; 3. Maturité et flexibilité des membres de l'équipe ; 4. Investissement personnel des membres de l'équipe ; 5. Proximité physique (bureaux à proximité) ou virtuelle (liens avec les moyens électroniques) des membres de l'équipe ; 6. Internet et les emails en tant que plateforme de soutien pour le travail pluridisciplinaire ; 7. Motivations (atteinte des buts, satisfaction personnelle/professionnelle, récompenses) ; 8. Soutien institutionnel et changements sur le lieu de travail (adaptation de la dotation en personnel) ; 9. Un but et une vision en commun ; 10. Clarté et rotation des rôles (laisser le rôle aux nouveaux arrivés) ; 11. Communication parmi les membres de l'équipe ; 12. Commentaires constructifs parmi les membres de l'équipe (évaluation). 12 obstacles à un travail d'équipe pluridisciplinaire : 1. Peu de sélection des membres de l'équipe et des disciplines ; 2. Processus de fonctionnement de l'équipe peu développé ; 3. Manque de mesures adéquates pour évaluer le succès du travail interdisciplinaire ; 4. Manque de lignes directrices pour les recherches faites par plusieurs auteurs ; 5. Problèmes de langage (termes spécifiques à chaque discipline peuvent être mal compris ou incompris) ; 6. Temps insuffisant ; 7. Financement insuffisant ; 8. Contraintes institutionnelles ; 9. Conflits de disciplines : concepts, questions, méthode de recherche différentes ; 10. Conflits d'équipe ; 11. Manque de communication entre les disciplines ; 12. Pouvoir inégal parmi les différentes disciplines. 8 stratégies pour améliorer le travail d'équipe pluridisciplinaire (correspondent à une synthèse entre le respect des 12 promoteurs et l'évitement des 12 obstacles) : 1. Equipe ; 2. Enthousiasme ; 3. Accessibilité ; 4. Motivation ; 5. Place de travail (soutien institutionnel) ; 6. Objectifs ; 7. Rôles ; 8. Familiarité/Kinship.
Résumé	Il s'agit de la 2 ^{ème} partie d'une revue de la littérature. La 1 ^{ère} partie analyse les définitions, les objectifs et les preuves de l'efficacité du travail d'équipe pluridisciplinaire. La 3 ^{ème} partie donne une analyse de la discipline, la différence entre les disciplines, et la sélection de discipline. Les auteurs concluent qu'il faut encourager le travail interdisciplinaire pour les situations complexes.

Etude N° 8	Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations (2008)
Auteurs	<p><u>James Casanova</u> : Médecin (MD), vice-président de l'équipe médicale.</p> <p><u>Ken Day</u> : PhD (doctorat), ancien vice-président du développement des affaires.</p> <p><u>Denice Dorpat</u> : MSN (Master of Science in Nursing), RN (Registered Nurse), CCRN (Critical Care Registered Nurse), directrice infirmière des soins intensifs médico-chirurgicaux.</p> <p><u>Luann Theis</u> : MSN, RN, ONC (Orthopedic Nurse Certified), travaille au Centre de Recherche en Soins infirmiers.</p> <p><u>Shirley Wiesman</u> : MSN, RN, CCRN, enseignante en soins intensifs.</p> <p><u>Bryan Hendricks</u> : PhD (doctorat), professeur à l'université de Wisconsin-Madison (psychologie). Wisconsin. Nord-est des Etats-unis.</p>
Type de recherche	Article basé sur des écrits scientifiques (6 références bibliographiques). Description qualitative.
But, Question (s), Hypothèses, et Concepts	<p>But/Q/H : Non définis.</p> <p>Concepts : Collaboration, rôle, travail d'équipe.</p>
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>« Introduction » : Il s'agit d'un article basé sur des écrits scientifiques et qui décrit les relations infirmière-médecin (I-M) au travail et leurs attentes de rôles respectifs. La congruence dans les attentes des rôles est la clé du succès dans l'équipe médecin-infirmière. Beaucoup d'hôpitaux tendent aujourd'hui à devenir des « Hôpitaux Aimants ». Un des aspects importants des hôpitaux aimants est le fait d'avoir de bonnes relations de travail entre médecins et infirmières. Il y a peu de recherches empiriques qui ont essayé d'explorer les rôles perçus entre médecins et infirmières, ou d'investiguer leurs impacts dans les relations de travail.</p> <p>« Analyse » :</p> <p>Attentes des rôles : Historiquement, les médecins ont souvent assumé un rôle paternel et directif avec les infirmières qui assumaient un rôle plus subordonné centré sur les soins au patient. Les médecins se considéraient comme l'autorité dominante dans les soins au patient, et considéraient que la fonction principale des infirmières est d'exécuter les ordres. Les infirmières, au contraire, considéraient que la planification des soins au patient est mieux réalisée avec un apport interdisciplinaire et que les médecins devraient fonctionner comme membres de l'équipe.</p> <p>Travail d'équipe : Une perspective saine du travail d'équipe est importante pour les deux (médecins et infirmières). Il y a des avantages importants dans la collaboration, et son importance n'est encore pas suffisamment soulignée dans la formation des médecins, ni observée dans la pratique actuelle. Dans la mentalité des médecins, la collaboration est souvent vue comme un obstacle à leur rôle autoritaire.</p> <p>Communication et respect professionnel : Une communication professionnelle importante et le respect sont la clé pour une collaboration efficace. Les visites médico-infirmières et l'accès facile aux informations au sujet du patient sont fortement demandés par les médecins. Même si les infirmières perçoivent l'importance de l'avantage de cette communication dans les soins au patient, elles ne le démontrent souvent pas dans la pratique quotidienne. Un des défis est la coordination entre de multiples patients et de multiples médecins. Cela est davantage compliqué par un environnement stressant qui peut entraîner des comportements irrespectueux en essayant d'obtenir des informations essentielles.</p> <p>« Conclusion » :</p> <p>La formation sur les rôles de chacun et les responsabilités est un premier pas pour modifier ces perceptions de rôles contradictoires. Peut-être, faut-il que les médecins et infirmières reçoivent une formation sur les rôles de chacun durant leur formation. De même, il faudrait des programmes de formations internes continues qui peuvent être mis en place pour améliorer la congruence des attentes de rôles de chacun.</p> <p>De plus, un rôle professionnel infirmier basé sur des preuves et une meilleure pratique doivent se développer, en incluant les aspects dépendants, inter-dépendants, et indépendants de leur fonction. Il faut que les médecins et infirmières acquièrent une compréhension globale de l'environnement de leur pratique. Un groupe guide du comité exécutif médical et infirmier peut organiser un forum pour clarifier les perceptions et définir les attentes pour les deux professions dans l'hôpital.</p>	

9.7 Grilles d'analyse (vide) selon les 10 indicateurs inclus dans les 4 dimensions de la collaboration du modèle de Danielle D'Amour

Dimensions/ Indicateurs	Etude
1. Avoir des buts et une vision en commun signifie que les buts communs existent, l'équipe se les approprie, mais aussi qu'il y a une reconnaissance des divergences (de motifs ou d'allégeances) et une diversité des attentes en regard de la collaboration.	a) Buts en commun b) Centré sur le client vs autres allégeances
2. L'internalisation (ou intériorisation) est la prise de conscience des professionnels de leurs interdépendances et de son importance, ce qui sous-entend une forme d'appartenance, une connaissance des valeurs de l'un et de l'autre et une confiance mutuelle.	a) La Connaissance mutuelle b) La Confiance
3. La formalisation est la structure dans laquelle se construit la collaboration, elle comprend une documentation des procédures désirées et leur utilisation, et clarifie les attentes et les responsabilités.	a) Les outils de formalisation b) Les échanges d'informations
4. La gouvernance comprend les fonctions du leadership qui soutiennent la collaboration, elle donne une ligne de conduite et aide les professionnels à mettre en pratique les changements en lien avec la collaboration.	a) Le rôle central b) Le leadership c) Le soutien pour l'innovation d) La connectivité
Autres points importants/spécificités	

9.8 Grille de synthèse des 8 articles selon les 10 indicateurs de la collaboration de Danielle D'Amour

Etudes Dimensions/ Indicateurs	1. Avoir des buts et une vision en commun	2. L'internalisation	3. La formalisation	4. La gouvernance
Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians in The Medical-Surgical Patient Settings		La connaissance mutuelle : -connaissance des compétences et des rôles-formations internes sur la discipline médicale et infirmière La confiance		
Nurse-Physician Collaboration on Medical-Surgical Units	But commun : la qualité des soins au patient.	La connaissance mutuelle : -communication-interactions -gestion des conflits -connaissance des compétences et des rôles-formations internes sur la discipline médicale et infirmière		Le rôle central : -engagement-soutien de l'organisation La connectivité (mise en relation)
Tandem Practice Model: A Model for Physician–Nurse Practitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery	Buts en commun Centré sur le patient (vs autres allégeances)	La connaissance mutuelle : -connaissance des compétences et des rôles-formations internes sur la discipline médicale et infirmière	Les outils de formalisation : -visites médicales -standards et protocoles Echange d'informations	La connectivité (mise en relation)

The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies	Buts en commun	La connaissance mutuelle : -connaissance des compétences et des rôles- formations internes sur la discipline médicale et infirmière -formation sur la collaboration durant les études -caractéristiques individuelles (+genre et culture) -volonté-engagement personnel La confiance	Les outils de formalisation : -visites médicales -standards et protocoles Echange d'informations: outils de communications standardisés-SBAR	Le rôle central : -engagement-soutien de l'organisation -philosophie Le soutien pour l'innovation (finances + mesures) La connectivité (mise en relation)
Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration	Buts en commun	La connaissance mutuelle : -communication-interactions -connaissance des compétences et des rôles- formations internes sur la discipline médicale et infirmière -volonté-engagement personnel La confiance	Les outils de formalisation : -standards et protocoles Echange d'informations: outils de communications standardisés-SBAR	Le rôle central : -engagement-soutien de l'organisation -philosophie Le leadership : -développer les standards-définir clairement les procédures -gestion des problèmes -évaluation -encourager les rencontres et les discussions interprofessionnelles

				Le soutien pour l'innovation (finances + mesures) La connectivité (mise en relation)
Nurse Physician Workplace Collaboration	But en commun : bien-être du patient (selon lui)	La connaissance mutuelle : - gestion des conflits - connaissance des compétences et des rôles- formations internes sur la discipline médicale et infirmière - formation sur la collaboration durant les études - caractéristiques individuelles La confiance	Echange d'informations: Et respect de règles de communication par e-mail	Le rôle central : - engagement- soutien de l'organisation Le leadership : - gestion des problèmes Le soutien pour l'innovation (finances + mesures) La connectivité (mise en relation)
Multidisciplinarity, interdisciplinary, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promoters, barriers, and strategies of enhancement	Buts en commun	La connaissance mutuelle : - connaissance des compétences et des rôles- formations internes sur la discipline médicale et infirmière - volonté- engagement personnel La confiance	Echange d'informations: utilisation d'internet pour communiquer	Le leadership Le soutien pour l'innovation La connectivité (mise en relation)

Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations	Vision en commun (efforts requis)	La connaissance mutuelle : -communication-interactions -connaissance des compétences et des rôles-formations internes sur la discipline médicale et infirmière -formation sur la collaboration durant les études	Les outils de formalisation : -visites médicales Echange d'informations	Le rôle central : -engagement-soutien de l'organisation La connectivité (mise en relation)
--	---	--	---	--

Fréquence des 10 indicateurs de la collaboration selon le modèle de Danielle D'Amour dans les 8 articles analysés

Indicateurs	Fréquence (sur les 8 articles analysés)
1. Buts en commun	7 fois
2. Centré sur le patient vs autres allégeances	2 fois
3. La connaissance mutuelle	8 fois
4. La confiance	5 fois
5. Les outils de formalisation	4 fois
6. L'échange d'informations	5 fois
7. Le rôle central	5 fois
8. Le leadership	3 fois
9. Le soutien pour l'innovation	4 fois
10. La connectivité	7 fois

9.9 Tableau résumant tous les écrits scientifiques

Etudes Caractéristiques	Auteurs - Lieu	Source	Type de recherche	Echantillon	Indicateurs décrits
Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of the Attitudes of Nurses and Physicians in The Medical-Surgical Patient Settings	<p><u>Stacy Thomson</u> : Cheffe interne des infirmières, à l'hôpital « Wake Forest University Baptist Medical Center ».</p> <p>Est des Etats-Unis (USA).</p>	Health Source: Nursing/ Academic Edition	<p>Recherche empirique.</p> <p>Étude prospective descriptive, comparative des différences d'attitudes face à la collaboration.</p>	<p>Echantillonnage aléatoire, volontaires, infirmières et médecins qui travaillent dans les unités de médecine générale, chirurgie de traumatologie, vasculaire, ORL, et chirurgie générale.</p> <p>N=104 : 65 infirmières (91%femmes, 9%hommes ; 37 médecins (86% hommes, 24% femmes, 59% assistants, 41% chefs-de clinique; 2 avec professions inconnues (ne l'ont pas précisé dans le questionnaire).</p>	La connaissance mutuelle.
Nurse-Physician Collaboration on Medical-Surgical Units	<p><u>Gina Aya Nelson</u> : Responsable interne (pool infirmier).</p> <p><u>Major L. King</u> : Professeur à l'école d'infirmière (Azusa Pacific University).</p> <p><u>Stephanie Brodine</u> : Médecin-Cheffe de Division : Epidémiologie et Biostatistiques, à l'Université de San Diego (Etats-Unis).</p> <p>Hôpital de San Diego, Californie, USA.</p>	CINAHL	<p>Recherche empirique.</p> <p>Paradigme constructiviste et positiviste.</p>	<p>N1=95 infirmières ET N2=49 médecins, dans les unités de médecine et de chirurgie.</p>	<p>Les buts en commun.</p> <p>La connaissance mutuelle.</p> <p>Le rôle central.</p> <p>La connectivité (mise en relation).</p>

<p>Tandem Practice Model: A Model for Physician–Nurse Practitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery</p>	<p><u>Linda L. Herrmann</u> : Infirmière de pratique avancée, Master of science en soins infirmiers.</p> <p><u>Joseph M. Zabramski</u> : Médecin chef de la chirurgie cérébrovasculaire, directeur des neurosciences en soins intensifs (division neurochirurgie).</p> <p>Phoenix. Arizona. Ouest des Etats-Unis.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Recherche empirique descriptive : application d'un modèle de collaboration (en Tandem) et évaluation du fonctionnement du modèle.</p> <p>Paradigme constructiviste.</p>	<p>Groupe privé de 18 neurochirurgiens et 4 infirmières de pratique avancée, dans un milieu urbain : chaque infirmière de pratique avancée employée par le groupe de neurochirurgiens travaille directement avec 1 neurochirurgien, selon le modèle de la collaboration en Tandem.</p>	<p>Les buts en commun.</p> <p>Centré sur le client vs autres allégeances.</p> <p>La connaissance mutuelle.</p> <p>Les outils de formalisation.</p> <p>Echange d'informations.</p> <p>La connectivité (mise en relation).</p>
<p>The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies</p>	<p><u>Leticia San Martin-Rodriguez</u> : Infirmière, candidate au PhD (Doctorat), Clinique universitaire de Navarra (Espagne) ; et Faculté de soins infirmiers à Montréal (Canada).</p> <p><u>Marie-Dominique Beaulieu</u> : Médecin, Département de médecine familiale, Centre de Recherche de l'Université de Montréal.</p> <p><u>Danielle D'Amour</u> : Directrice du centre FERASI (Formation et expertise en recherche et administration des services infirmiers), Chercheuse avec le Groupe International de Recherche Scientifique (GRIS), Montréal, et travaille à la Faculté de soins infirmiers de Montréal.</p> <p><u>Marcela Ferrada-Videla</u> : Master of Science en soins infirmiers, Faculté de soins infirmiers de Montréal, candidate au doctorat.</p> <p>Montréal, Canada.</p>	<p>(Pubmed) - aléatoirement</p>	<p>Revue de la littérature.</p> <p>Paradigme constructiviste.</p>	<p>10 études analysées : recherches empiriques uniquement, qualitatives et quantitatives.</p>	<p>Les buts en commun.</p> <p>La connaissance mutuelle.</p> <p>La confiance.</p> <p>Les outils de formalisation.</p> <p>Le rôle central.</p> <p>Le soutien pour l'innovation.</p> <p>La connectivité (mise en relation).</p>

Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration	<p><u>Michelle O'Daniel</u> : Master en administration dans le domaine de la santé, directrice des membres de la <i>VHA West Coast</i> (organisation qui publie, soutient, l'amélioration de la qualité et la baisse des coûts).</p> <p><u>Alan H. Rosenstein</u> : Médecin, vice-président et directeur médical, VHA West Coast.</p> <p>Ouest des USA.</p>	(Pubmed) - aléatoirement	<p>Article basé sur des écrits scientifiques.</p> <p>Analyse descriptive. Paradigme constructiviste.</p>	<p>67 textes référencés dans la bibliographie (moins 3 références uniquement utilisées pour l'introduction), publiés entre 1980 et 2005.</p>	<p>Les buts en commun. La connaissance mutuelle. La confiance. Les outils de formalisation. Echange d'informations. Le rôle central. Le leadership. Le soutien pour l'innovation. La connectivité (mise en relation).</p>
Nurse Physician Workplace Collaboration	<p><u>Linda L. Lindeke</u> : Infirmière de pratique avancée, doctorat en soins infirmiers, professeure associée en soins infirmiers à l'université du Minnesota (Etats-Unis).</p> <p><u>Ann M. Sieckert</u> : Infirmière, master en pédiatrie en cours.</p> <p>Minnesota, nord des USA</p>	CINAHL	<p>Article basé sur des écrits scientifiques.</p> <p>Analyse descriptive. Paradigme constructiviste.</p>	<p>35 textes référencés dans la bibliographie (moins 1 utilisé seulement pour l'introduction), publiés entre 1982 et 2004.</p>	<p>Les buts en commun. La connaissance mutuelle. La confiance. Echange d'informations. Le rôle central. Le leadership. Le soutien pour l'innovation. La connectivité (mise en relation).</p>
Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement	<p><u>Bernard Choi</u> : Doctorat en médecine.</p> <p><u>Anita W.P. PAK</u> : Doctorat en psychologie sociale, chercheuse indépendante.</p> <p>Ottawa, Canada.</p>	(Pubmed) - aléatoirement	<p>Revue de la littérature. 2^{ème} partie d'une série de 3 recherches.</p> <p>Paradigme constructiviste.</p>	<p>Pas explicité. Il y a 39 textes référencés dans la bibliographie (moins les 3 premières références utilisées pour l'introduction uniquement, donc 36 textes ont été retenus).</p>	<p>Les buts en commun. La connaissance mutuelle. La confiance. Echange d'informations. Le leadership. Le soutien pour l'innovation. La connectivité (mise en relation).</p>

<p>Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations</p>	<p><u>James Casanova</u> : Médecin, vice-président de l'équipe médicale.</p> <p><u>Ken Day</u> : Doctorat, ancien vice- président du développement des affaires.</p> <p><u>Denice Dorpat</u> : Directrice infirmière des soins intensifs médico-chirurgicaux, Master of Science en soins infirmiers.</p> <p><u>Luann Theis</u> : Master of science en soins infirmiers (MSN), travaille au Centre de Recherche en Soins infirmiers.</p> <p><u>Shirley Wiesman</u> : MSN, enseignante en soins intensifs.</p> <p><u>Bryan Hendricks</u> : Doctorat en psychologie, professeur à l'université de Wisconsin- Madison.</p> <p>Wisconsin, nord-est des USA.</p>	<p>(Pubmed) - aléatoi- rement</p>	<p>Article basé sur des écrits scientifiques.</p> <p>Description qualitative.</p>	<p>6 références bibliographiques.</p>	<p>Les buts en commun. La connaissance mutuelle. Les outils de formalisation. Echange d'informations. Le rôle central. La connectivité (mise en relation).</p>
---	---	---	--	--	--

9.10 Modèle de collaboration en tandem, sans et avec utilisation de consultants (intégrés au modèle)

Figure 1 Patient-centered tandem practice model depicting physician–NP collaboration and roles within model

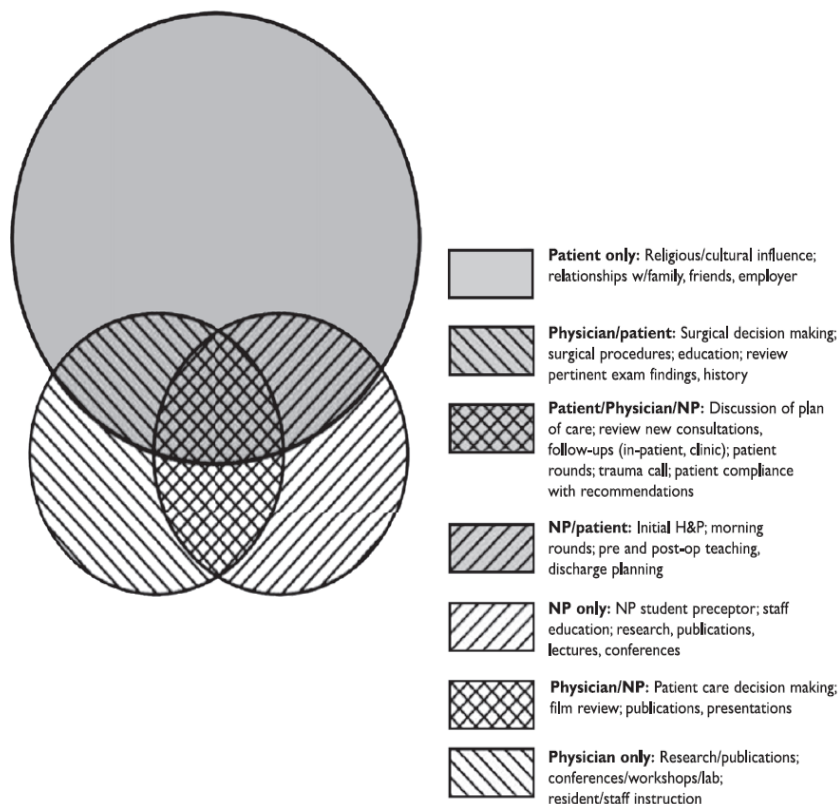


Figure 2 Tandem practice model depicting utilization of consultants within model

