



Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé

Defining interprofessional collaboration: Qualitative study about the practical representations of the educators in healthcare

Liliane Staffoni^a
 Isabelle Knutti-Menia^a
 Camille Bécherraz^a
 David Pichonnaz^a
 Monica Bianchi^b
 Veronika Schoeb^a

^aHaute école de santé Vaud (HES-SO), Avenue de Beaumont 21, 1007 Lausanne, Suisse

^bScuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), via Pobietto 11, 6928 Manno Ticino, Suisse

Reçu le 19 juin 2018 ; reçu sous la forme révisée le 10 août 2018 ; accepté le 11 septembre 2018

RÉSUMÉ

Introduction. – La collaboration interprofessionnelle en santé et son impact dans les soins sont bien décrits dans la littérature. Qu'en disent les formateurs en santé ? Cette recherche qualitative a étudié leurs représentations sur les interactions entre les professionnels de santé et sur les facilitateurs et obstacles potentiels à la collaboration interprofessionnelle.

Méthodes. – Vingt-huit formateurs en santé, de quatre Hautes Écoles Suisses ont été interrogés. Les données ont été recueillies dans six *focus-groups* et deux entretiens individuels semi-structurés, retranscrites *ad verbatim* et analysées avec une analyse thématique.

Résultats. – Trois thèmes ont été identifiés : la définition de la collaboration interprofessionnelle, les facteurs individuels (valeurs et attitudes, ressources, caractéristiques individuelles) et les facteurs contextuels (soutien institutionnel pour développer la collaboration interprofessionnelle et aménagement des lieux de travail) facilitant sa mise en œuvre.

Conclusion. – Les formateurs relèvent l'importance de certains facteurs individuels et contextuels. L'affinage de ces caractéristiques ainsi qu'une réflexion sur les « pratiques empiriques » (Larousse, 2018) sont indispensables pour conceptualiser la collaboration interprofessionnelle.

Niveau de preuve. – 3.

© 2018 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

SUMMARY

Introduction. – *Interprofessional collaboration in healthcare and its impact on provision of health services are well described in the literature. However, health educators' views about interprofessional collaboration are less known. This qualitative study explored academics' perceptions regarding interprofessional collaboration, interactions between professionals, as well as potential facilitators and barriers for interprofessional collaboration.*

Methods. – *Twenty-eight educators from four Swiss universities participated. Data were collected in six focus groups and two individual, semi-structured, interviews. They were transcribed ad verbatim and analysed using thematic analysis.*

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.012>

© 2018 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

MOTS CLÉS

Collaboration interprofessionnelle
 Définition
 Facteurs contextuels
 Facteurs individuels
 Santé

KEYWORDS

Interprofessional Collaboration Definition Contextual factors Individual factors Health

Auteur correspondant :

L. Staffoni,
 Haute école de santé Vaud,
 Avenue de Beaumont 21, 1007
 Lausanne, Suisse.
 Adresse e-mail :
liliana.staffoni@hesav.ch

Results. – Three themes (based on categories) emerged from the data: definition of interprofessional collaboration, individual facilitators (values and attitudes, resources and personal factors) and contextual facilitators (institutional support to develop IPC and workplace organisation).

Conclusion. – Educators highlighted the importance of individual and contextual factors for successful interprofessional collaboration. Refining the characteristics of interprofessional collaboration as well as reflecting about "empirical practices" is an important step in the process of conceptualisation.

Level of evidence. – 3.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCTION

En Suisse, ces 20 dernières années, de profonds changements, tels que l'augmentation de l'espérance de vie de la population (hommes : 81,5 ans et femmes : 85,3 ans) [1] et les avancées technologiques (dossier informatisé du patient, essor de la nanorobotique ou encore le développement des thérapies géniques), sont intervenus dans la formation et dans les politiques de santé [2]. Ceux-ci ont entraîné une redéfinition des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé. Parmi les innovations, l'interprofessionnalité est devenue un enjeu essentiel [3]. La collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé est reconnue comme nécessaire pour améliorer les soins aux patients [4]. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4], les améliorations attendues de la CIP regroupent tant la qualité et la sécurité du patient que l'augmentation de leur satisfaction lors de la prise en charge. Des bénéfices se retrouvent également au niveau des équipes de soins, notamment avec une augmentation de la satisfaction et de la motivation au travail [5].

En s'intéressant de plus près à la définition de la CIP, nous constatons que, bien que celle-ci se discutait déjà au cours des années 1990 [6] et que, depuis, de nombreux auteurs se sont soumis à l'exercice d'en cerner les contours [6,7], la question reste encore d'actualité. Comme le révèle une récente revue systématique, Reeves et al. [8] proposent de clarifier la conceptualisation de la CIP. Les définitions rencontrées dans la littérature se basent en grande partie sur la définition proposée par l'OMS [4] et par D'Amour [5].

En effet, selon la définition officielle s'étant imposée internationalement, les pratiques collaboratives « se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins » [5 p. 8].

Cette définition soulève deux principales réactions : premièrement, le caractère tautologique de cette phrase est un indice important de la difficulté de définir cette notion et, deuxièmement, ces définitions contiennent une dimension plutôt abstraite lorsqu'il s'agit de faire le lien avec la pratique.

Suite à ce constat d'une définition multiple de la CIP, nous avons cherché à comprendre comment les formateurs dans le domaine de la santé, en Suisse, s'approprient cette notion en les interrogeant à propos de leurs représentations de la collaboration interprofessionnelle. Nous considérons, en effet,

que les formateurs en santé des Hautes écoles en Suisse offrent l'avantage de constituer une population ancrée, d'une part, dans une pratique professionnelle et, d'autre part, dans une réflexion sur les pratiques professionnelles. Le choix de cette population a donc été motivé par ce double regard.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Design

Une approche qualitative générique a été utilisée pour cette étude [9]. Celle-ci a l'avantage de pouvoir explorer un phénomène, un processus ou les perspectives des participants [10] et est basée sur un paradigme constructiviste [11]. Cette étude, financée par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS, subside n° 2015-00208) a été menée par une équipe interdisciplinaire (sociologie, psychologie, physiothérapie et sciences infirmières) et s'est déroulée au niveau national, dans les trois régions linguistiques de Suisse (Suisse romande, alémanique et italienne). La recherche se déroule en trois phases distinctes, expliquées dans le *Tableau 1*. Dans cet article, nous présentons les résultats sur les représentations des formateurs en santé, de la phase 1.

Participants

Pour la première phase, les formateurs ont été recrutés par contact direct (e-mail) avec les différentes Hautes Écoles de Santé (HES) et les praticiens formateurs d'institutions socio-sanitaires. Les critères d'inclusion sont d'appartenir à une équipe interdisciplinaire, de souhaiter participer à la recherche et d'avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé, validé par la Commission d'éthique du Canton de Vaud de la recherche sur l'être humain (CER-VD 2015-00208).

Recueil des données

Les données ont été recueillies par les membres de l'équipe de recherche entre septembre 2016 et juillet 2017. Les formateurs HES ont participé à des entretiens individuels ou collectifs (focus-group) menés par l'équipe de recherche. Le guide d'entretien semi-structuré (*Annexe 1*) a été élaboré sur la base des principaux axes thématiques concernant la collaboration interprofessionnelle développés dans la littérature et traduits dans trois langues nationales. Les focus-groups ont l'avantage de pouvoir décortiquer des phénomènes peu conceptualisés mais récurrents [12]. Des discussions collectives amènent à clarifier la compréhension d'un sujet [13]. Le guide



d'entretien a été testé lors d'un focus-group pilote et validé ensuite par l'équipe de recherche.

Méthode d'analyse

Les entretiens et focus-groups ont été retranscrits « *ad verbatim* ». Une analyse thématique transversale des retranscriptions, dans la langue originale, a ensuite été effectuée [14]. Le logiciel Atlas.ti® a été utilisé afin de coder toutes les retranscriptions. Les codes ont été classés en catégories et sous-catégories (codage axial) [15] qui ont été discutées au sein de l'équipe de recherche.

RÉSULTATS

Participants

Sept entretiens avec 28 formateurs ont été conduits, représentant huit professions de la santé (Tableau II).

Définition de la collaboration selon les participants

Une définition tirée de nos données résume bien la manière dont les formateurs définissent la CIP :

« [Une] mise en commun à la fois d'expertises et de connaissances en vue de planifier des actions ciblées, mais également [...] qui permet d'avoir des ajustements et des adaptations des interventions. » (Ergothérapeute – SR4).

Certains formateurs mettent en avant le fait que la CIP s'appuie également sur un savoir-être :

« [C'est] la manière dont nous allons nous adresser à l'autre, la manière dont nous allons écouter l'autre, la manière d'accepter ce que l'autre nous dit, la manière dont nous nous connaissons soi-même, nous connaissons nos limites, la manière dont... nous acceptons de ne pas savoir » (Physiothérapeute – SR1).

Un troisième élément de définition de la CIP consiste à la considérer comme un outil de créativité et de remise en question des pratiques habituelles :

« C'est être en dehors des guidelines, en dehors du prescrit, en dehors des procédures, quand nous ne sommes pas en train de faire autre chose que d'optimiser le travail. Mais le produit doit être quelque chose de nouveau » (Technicien en radiologie médicale [TRM] – SR4).

Facteurs individuels essentiels pour une collaboration interprofessionnelle

Les formateurs mettent en avant l'influence des propriétés individuelles sur la pratique collaborative interprofessionnelle. Ceux-ci relèvent trois dimensions : d'abord, les valeurs et attitudes, qui incluent la connaissance de soi et l'intérêt pour l'autre, ainsi que les émotions. Ils en rajoutent deux qu'ils définissent comme essentielles pour la CIP : la flexibilité et

la réflexivité. Finalement, les formateurs interviewés relèvent un paradoxe lié à l'ancienneté, qui peut être à la fois un facteur facilitant et empêchant la CIP.

Valeurs et attitudes

La collaboration interprofessionnelle nécessite la mise en pratique de valeurs, selon les formateurs interrogés, telles que le respect, la bienveillance, l'humilité ou encore la sagesse. Plusieurs formateurs mettent en outre en avant l'importance de se connaître soi-même et d'« *accepter de dire "je sais pas", ou reconnaître les limites de sa discipline* » (infirmière – SR5). Parallèlement, la connaissance de l'autre se révèle être essentielle, comme le remarque une infirmière (SR2)

« Je pense que c'est que ça, c'est parce qu'on se connaît, c'est parce qu'on travaille beaucoup ensemble [...] Il savait ce que faisait ce collègue, et ça a construit le respect, autrement je sais que c'est pas quelqu'un qui est prêt à lâcher le morceau avec quelqu'un qu'il ne connaît pas, donc je pense que ça c'est le facteur principal. ».

L'intérêt pour l'autre semble donc constituer un élément-clé des caractéristiques individuelles favorisant la CIP. Les formateurs mettent en avant surtout la dimension relationnelle de cet intérêt. Certains entendent l'intérêt pour l'autre comme un impératif.

« Si j'ai pas... cet esprit d'ouverture cette curiosité à l'autre cette envie d'en apprendre de l'autre, ça fonctionne pas. » (Physiothérapeute – SR1)

Les entretiens indiquent également que la collaboration serait favorisée par une attitude de prise en compte des émotions, comme le mentionne un physiothérapeute (SR1) :

« Quand on forme les futurs professionnels alors on dit "ok vous allez avoir des émotions, etc. qu'est-ce que vous faites de vos émotions, il faut vous blinder..." donc quelque part il faut mettre ces émotions à distance et ça je ne suis pas sûre que ça concourt toujours à la collaboration, à la communication ».

Les formateurs s'accordent ainsi à dire qu'une « bonne gestion » des émotions est favorable à la collaboration, qui se décline sur divers aspects : la reconnaissance et l'identification de ses propres émotions ainsi que celles des autres (professionnels et patients), et la possibilité d'exprimer ses émotions, au sein d'une équipe notamment. En outre, comme l'évoque un interviewé, la connaissance de soi « *c'est d'abord connaître la manière dont tu gères tes émotions, ça me paraît un aspect fondamental* » (TRM – SR4).

Ressources

La démarche d'aller à la rencontre de l'autre, de lui montrer de l'intérêt implique de « *vouloir se laisser déstabiliser* » (infirmière – SR3) pour pouvoir réfléchir ensemble sur la base des différentes perspectives.

Dès lors, deux ressources essentielles sont souvent mentionnées par les formateurs : la flexibilité et la réflexivité. Celles-ci permettent de prendre de la distance par rapport à soi et à ses habitudes de travail.

La flexibilité peut se traduire de différentes manières selon le contexte. Par exemple, dans une situation d'urgence, elle consiste à s'intégrer rapidement dans des processus préétablis et à prendre sa place dans un système où l'efficacité est primordiale. Le professionnel devra s'adapter à un ensemble de facteurs, tels que les autres professionnels, la spécificité des situations, l'organisation de la prise en charge et institutionnelle, en particuliers. Dans d'autres contextes, elle se traduit davantage par la faculté à s'adapter à des collègues d'autres professions.

La réflexivité se traduit quant à elle par l'importance pour les professionnels d'adopter une double posture : d'une part, celle de praticien et, d'autre part, celle d'acteur réflexif, selon le discours des formateurs. Il s'agit ainsi :

« [de] prendre un peu d'altitude et de se dire : ok, comment je vais pratiquer » (Infirmière – SR5).

« d'être capable d'aller valider son idée, sa compréhension, de ce que l'autre dit, pour s'assurer est-ce que c'est bien ça qu'on a dit, [...] cette capacité [...] d'aller explorer justement notre propre compréhension et puis de la mettre sur la table ». (Ergothérapeute – SR4)

Cependant, l'analyse réflexive des pratiques n'est pas facile et demanderait un investissement en groupe.

« Il faut faire de l'analyse de pratiques ensemble, il faut se remettre en question ensemble » (Infirmière – SR5).

« Réfléchir sur un truc complètement théorique à plusieurs, ça oblige[r]ait à comprendre comment l'autre fonctionne » (Médecin – SR5).

Ancienneté et expérience

Finalement, on peut relever un paradoxe que les entretiens ont permis de mettre au jour : celui qui concerne le degré d'ancienneté des professionnels. L'ancienneté, et l'expérience accumulée qui lui est associée, solidifie l'expertise, et donc la confiance du professionnel en ses propres compétences. Elle est alors, en ce sens, un facteur favorisant. En effet, l'ouverture à l'échange – et donc à la collaboration – suscite une forme de mise en danger, de par la possibilité d'une remise en question des pratiques habituelles. Mais en même temps, l'expérience longue « installe » les professionnels dans un rôle et une routine qui, dès lors, sont plus difficiles à modifier pour tenir compte des apports et compétences des autres, ce qui peut alors constituer un frein à la collaboration. Une formatrice interviewée évoque en ce sens la difficulté, pour les professionnels plus expérimentés, à sortir de leurs habitudes afin d'aller à la rencontre d'autres manières de faire.

« Plus on a des habitudes qu'on a... euh... explorées... qui fonctionnent et avec lesquelles on est bien, peut-être moins on aura envie de s'ouvrir et de se mettre en danger, parce que de s'ouvrir à l'autre c'est aussi se mettre en

danger par rapport à ses certitudes et son mode de fonctionnement ». (Sage-femme – SR4).

Facteurs contextuels facilitant la collaboration

Les formateurs citent, parallèlement aux facteurs individuels, les facteurs contextuels facilitant la mise en œuvre de la CIP. Ceux-ci relèvent, d'une part, de la situation clinique du patient et, d'autres parts, des dispositifs institutionnels.

Situation clinique du patient

De manière générale, les situations complexes sont régulièrement citées comme celles où la CIP est la plus à même de fonctionner. Selon les formateurs interrogés, la complexité peut se manifester à différents niveaux : pathologies complexes, risques hauts, polymorbidité, chronicité, urgences, situations imprévisibles, dépendances, situations éthiques et moments de transition. Ainsi, la complexité d'une situation implique l'intervention de plusieurs professionnels, experts dans leurs domaines respectifs, qui doivent à un moment donné se rencontrer afin de définir une prise en charge du patient.

« Elle [la collaboration interprofessionnelle] va permettre de résoudre des problèmes de complexité variable, spontanée, soudain, donc souvent les règles ne sont pas pré-établies justement. Les règles sont à construire » (Médecin – SR5).

Volonté institutionnelle

Un positionnement institutionnel favorable à la CIP est vu comme la facilitant, et apparaît comme un préalable essentiel. La direction de l'institution devrait clairement édicter des lignes directrices et prôner la CPI comme valeur centrale.

« Je pense que le positionnement institutionnel est prépondérant. Si vous avez une structure où il n'y a pas de volonté de collaboration professionnelle, de discipline, appelez-les comme vous voulez, celui qui a envie de faire ça, il n'y arrivera jamais. » (Physiothérapeute – SR1).

Un formateur précise néanmoins que les valeurs et les lignes institutionnelles devraient également être discutées et définies par une équipe interprofessionnelle :

« Les lignes directrices d'un hôpital, est-ce qu'elles sont élaborées ensemble et sur quelle base ? ou un groupe professionnel, qui dispose d'une certaine autorité, va-t-il, par définition, dire, pour ce traitement ou cet accompagnement de ces patients ou clients [...] va-t-il définir quelles sont les lignes directrices qui comptent ? ... alors pour moi ça commence là » (Sage-femme – SA2).

Taille de l'institution

La taille de l'institution joue un rôle important dans la CIP. En effet, dans les petites institutions, les collaborateurs se connaissent mieux, les rencontres sont plus évidentes ou plus faciles à mettre en place.

« L'objectif commun institutionnel il est plus clair. » (Physiothérapeute – SR1).

Contrairement aux plus grandes institutions, où malgré la volonté de développer l'interprofessionnalité, la mise en place de pratiques collaboratives interprofessionnelles devient plus difficile.

« C'est tellement compartimenté par spécialités, etc. que probablement qu'on ne peut pas fonctionner autrement [. . .]. » (Physiothérapeute – SR1).

En outre, dans ce type d'institution, le turn-over et la mobilité professionnelle sont importants, réduisant ainsi les possibilités de connaître les autres professionnels.

« Au début, et le début c'est long, je parle d'une année, surtout lorsqu'il y a une rotation importante dans les équipes » (médecin – SR5).

Aménagement du lieu de travail

L'aménagement spatial du lieu de travail est un facteur facilitant, notamment lorsqu'il favorise la rencontre de différentes professions.

« Si on met les locaux de la physiothérapie tout au fond dans un coin, il n'y aura pas d'échange je crois, les locaux, si tu les places loin les uns des autres selon les professions, ça rend les choses difficiles. . . plus c'est près, mieux c'est et plus c'est facile ». (Physiothérapeute – SR1)

De plus, les moments informels comme les rencontres dans les couloirs, le partage des repas ou des activités extra-professionnelles encouragent la collaboration interprofessionnelle.

« Mais je pense on a besoin de partager des espaces, des discussions informelles autour d'un café, c'est ça apprendre à se connaître aussi. » (Médecin – SR3).

DISCUSSION

Dans la perspective d'appréhender comment les formateurs en santé s'approprient la notion de CIP, nous observons qu'apparaissent dans leurs discours des éléments de définition également présents dans la littérature. Ils mettent au centre par exemple, les notions de mise en commun des expertises et connaissances des différents professionnels dans la perspective d'un langage commun. Cependant, la complexité à définir de manière précise ce en quoi consiste la CIP, dont les nombreuses définitions proposées dans la littérature sont un reflet, s'observe également dans le discours des formateurs.

Cette complexité se traduit par une définition de la CIP qui n'est pas générale, mais qui repose sur des moyens d'action.

Les formateurs mettent en avant des notions telles que l'écoute, le partage, la connaissance de soi et la mise en commun, ou encore la notion de créativité. De plus, les formateurs se réfèrent régulièrement à des exemples issus de leur propre pratique afin d'illustrer leur définition de la CIP. Cependant, la traduction de la CIP dans la pratique professionnelle reste encore un enjeu pour les formateurs.

Contrairement aux définitions générales de la CIP, qui sont hétérogènes, les formateurs s'accordent dans l'importance donnée aux caractéristiques individuelles et contextuelles qui influencent la CIP. Ces facilitateurs sont décrits dans la littérature. Par exemple, concernant les caractéristiques individuelles, Kosremelli et al. [16] soutiennent que la volonté à collaborer constitue le facteur le plus important. Van Dongen et al. [17] mentionnent, quant à eux, la motivation à collaborer. Nos résultats permettent d'affiner cette analyse des facteurs individuels en les déclinant en trois catégories : les valeurs et attitudes, les ressources et une caractéristique individuelle (l'ancienneté). Concernant les facteurs contextuels, nos résultats corroborent la littérature [4,18]. Le partage d'un espace commun aux différents professionnels et le développement d'un environnement favorable sont centraux afin de mettre en place la CIP. Dès lors, il nous semble nécessaire de réfléchir à l'organisation des institutions en termes de hiérarchie horizontale et de volonté et soutien institutionnels. Ces éléments permettraient ainsi de reconnaître et valoriser l'équipe interprofessionnelle en tant qu'entité propre [16].

Nous considérons qu'affiner l'étude des caractéristiques individuelles et contextuelles permettra de mieux comprendre les enjeux de la CIP et de sa mise en place dans la pratique. Les représentations des formateurs interrogés sont construites à partir de la description de l'action. L'analyse de celles-ci, en tant que « reconstitution du réel » [19] correspond donc à une première étape. Cet affinage permet ensuite de s'éloigner progressivement de l'action pour parvenir à la conceptualisation, en considérant la notion de concept comme une « représentation générale et abstraite d'un objet » [20]. Ultérieurement, tout comme Reeves et al. [8] le questionnent, il ne sera pas possible de faire l'économie d'une conceptualisation plus générale et abstraite de la CIP. Actuellement, nous considérons que la réflexion autour de la CIP se situe à la frontière entre les représentations ancrées dans l'action et la conceptualisation. Dans les deux phases suivantes de la recherche (*Tableau I*), les représentations des formateurs sur la CIP seront réutilisées. Dans la seconde phase, celles-ci seront mises en perspective avec les observations de la pratique que les chercheurs feront dans les différentes institutions. Dans la troisième phase, les représentations des formateurs sur la CIP serviront aux échanges entre les chercheurs et les professionnels dans des workshops. Cette dernière étape permettra non seulement de réfléchir avec les professionnels sur la manière d'intégrer les définitions théoriques de la CIP à leur pratique mais surtout d'apporter leur savoir dans la conceptualisation de la CIP (*Tableau II*).

Limites de l'étude : Des limites sont à considérer. Premièrement, seuls des formateurs ont été interrogés. Tous ne combinent pas leur activité avec une activité inscrite dans la pratique de leur profession. Dès lors, la réalité à laquelle ils se réfèrent ne correspond pas toujours directement à celle ayant cours sur les terrains. Au cours de la seconde phase de notre recherche, nous avons également mené des entretiens (individuels et de groupe) sur les mêmes thématiques. L'analyse de ces résultats nous permettra de mettre en parallèle les discours des formateurs avec celui des professionnels de terrain, afin d'obtenir une vision plus détaillée et complète de la définition de la CIP et des facteurs facilitateurs. De plus, l'étude a été réalisée en Suisse et les résultats ne sont peut-être pas transposables dans des contextes différents. Deuxièmement, la méthode utilisée (entretiens de groupe) peut avoir une influence sur le discours des participants, notamment avec

Tableau I. Les phases de la recherche.

Phase de recherche	Participants	Objectifs
Phase 1 Entretiens individuels et de groupe (<i>focus-groups</i>)	Formateurs des Hautes Écoles dans le domaine de la santé en Suisse	Connaître les représentations des formateurs en santé Dresser un panorama des pratiques collaboratives en Suisse
Phase 2 Observations des situations cliniques et vidéo	Professionnels de la santé dans différentes institutions de santé en Suisse	Investiguer la manière dont les professionnels collaborent en pratique
Phase 3 Ateliers pratiques	Tous les participants de la phase 1 et 2	Transfert de connaissances, restituer et discuter les résultats de la recherche avec les participants

Tableau II. Participants.

Région linguistique/Entretiens	Nombre de participants à chaque entretien (n)	Professions représentées
<i>Suisse romande (SR)</i>		
SR1	1	1 physiothérapeute
SR2	1	1 infirmier
SR3	2	1 sage-femme et 1 médecin
SR4	5	1 médecin, 1 ergothérapeute, 1 sage-femme, 1 infirmier, 1 technicien en radiologie médicale
SR5	2	1 médecin, 1 infirmière
<i>Suisse allemande (SA)</i>		
SA1	5	2 physiothérapeutes, 1 sage-femme, 1 diététicienne, 1 infirmier
SA2	6	2 physiothérapeutes, 1 sage-femme, 1 infirmier, 2 psychologues
<i>Suisse italienne (SI)</i>		
SI1	6	2 infirmiers, 2 physiothérapeutes, 2 ergothérapeutes

un biais de désirabilité sociale entre les formateurs, d'une part, et face aux chercheurs, d'autre part [21]. Un soin particulier a été entrepris pour mettre en confiance les personnes interviewées afin de réduire ce biais.

CONCLUSION

La difficulté à donner une définition générale de ce en quoi consiste la CIP, qui apparaît dans la littérature, se retrouve également dans le discours des formateurs. Les discours de ces derniers reprennent des éléments de définition de la CIP proposés dans la littérature et dans les guidelines internationales. Cependant, ils l'enrichissent et l'affinent en se basant sur leurs expériences. Nos résultats permettent de préciser la définition de la CIP, grâce à l'affinage des différents facteurs, individuels et contextuels, favorisant sa mise en place. Cette analyse constitue donc une étape importante vers la modélisation de la CIP.

FINANCEMENTS

Le projet servant de base à la réflexion présentée dans cet article a été financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (subsides 13DPD6_134835 et 100017_159327/1).

Contribution des auteurs

Liliane Staffoni est professeure associée à la Haute école de santé Vaud à Lausanne (Suisse), elle est la requérante principale du projet financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique consacré à l'interprofessionnalité dans les soins. Elle a participé à la récolte de donnée, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article.

Isabelle Knutti-Menia est titulaire d'un Master en physiothérapie, profession qu'elle exerce comme indépendante. Elle est en outre assistante de recherche à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse), où elle participe à la conduite du projet consacré à la collaboration interprofessionnelle. Elle a participé à la récolte des données, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article.

Camille Bécherraz est titulaire d'un Master en sciences sociales. Elle est assistante d'enseignement et de recherche à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse) où elle participe à la conduite du projet consacré à la collaboration interprofessionnelle. Elle a participé à la récolte des données, à l'analyse des données et à la rédaction de l'article.

David Pichonnaz est docteur en sociologie (Université de Fribourg, Suisse et École des hautes études en sciences sociales, Paris). Il est chercheur à la Haute école de santé Vaud à Lausanne (Suisse) et chef du projet financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique consacré à l'interprofessionnalité dans les soins. Il a participé à la récolte de données, à l'analyse des données et à la relecture de l'article.

Monica Bianchi est titulaire d'un doctorat en méthodologie de recherche en sciences infirmières de l'Université de Gênes. Elle a participé à la récolte et à l'analyse des données.

Veronika Schoeb est docteure en sociologie (Université de Nottingham, Royaume-Uni). Elle est professeure assistante au *Department of Rehabilitation Sciences* de la *Hong Kong Polytechnic University* (Chine) et professeur ordinaire à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse). Elle participe à la réalisation du projet consacré à la collaboration interprofessionnelle, dirige et supervise le projet. Elle a participé à la récolte des données, à l'analyse des données et a supervisé la rédaction de l'article.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

ANNEXE 1. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.012>.

RÉFÉRENCES

- [1] OFS. Office fédéral de la statistique; 2018, <https://www.bfs.admin.ch>.
- [2] Rossini S. Les défis de l'innovation du système suisse de santé. *Rev Med Suisse* 2009;5:1844–7.
- [3] Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson A-C, et al. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 2004;38:727–36.
- [4] World Health Organization (WHO). Framework for action on inter-professional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization, Health Professions Networks Nursing + Midwifery & Human Resources for Health; 2010 [Internet; cited 2018 May 17; available from: http://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=4F7DE4ADD9B0F749824F45FE9D93518F?sequence=1].
- [5] Office fédéral de la Santé publique, OFSP. Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité ». Confédération Suisse, département fédéral de l'intérieur DFI; 2013. p. 119 [Internet; available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>].
- [6] McCallin A. Interdisciplinary practice—a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001;10:419–28.
- [7] Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum (Auckl)* 2010;45:73–82.
- [8] Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes; 2017 [Internet; cited 2018 May 8; available from: <http://www.cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/full>].
- [9] Caelli K, Ray L, Mill J. 'Clear as mud': toward greater clarity in generic qualitative research. *Int J Qual Methods* 2003;2:1–13.
- [10] Merriam SB. *Qualitative research and case study applications in education*, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.
- [11] Pelletier C, Pagé G. Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Rech Soins Infirm* 2002;68:35–42.
- [12] Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*, Vol. 16. SAGE Publications; 1996 [119 p.].
- [13] Kamberelis G, Dimitriadis G. Focus groups: strategic articulations of pedagogy, politics and inquiry. In: *Collecting and interpreting qualitative materials*. Routledge; 2005. p. 887–907.
- [14] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77–101.
- [15] Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*, 3rd ed. 2015 [Internet; available from: <https://www.wiley.com/en-us/Qualitative+Research+in+Nursing+and+Healthcare%2C+3rd+Edition-p-9781119096368>].
- [16] Kosremelli Asmar M, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Beyrouth, Liban: Université Saint-Joseph; 2007;57–75 [cited 2016 Mar 23; available from: <https://www.basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2614/wacheux.PDF?sequence=2&isAllowed=y>].
- [17] van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam Pract* 2017;34:98–106.
- [18] Conn LG, Reeves S, Dainty K, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:437.
- [19] Abric J-C. L'étude expérimentale des représentations sociales. In: *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France; 2003. p. 203–23.
- [20] Baraquin N. *Dictionnaire de philosophie*. Paris: Armand Colin; 2007 [378 p.].
- [21] Guimond S. *Psychologie sociale : perspective multiculturelle*, Vol. 4. Mardaga; 2010.