

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

**Collaborer avec les médecins de famille,
un défi pour l'infirmière en EMS**

Perceptions infirmières
sur la collaboration infirmière-médecin
dans la prise en soins d'une personne âgée en EMS

Revue de la littérature

Réalisé par : Véronique Chappuis

Promotion : Bachelor 13

Sous la direction de : M. Savvas Karasavvidis

Granges, le 13 juillet 2016

1 Résumé

Contexte : Dans un contexte de population vieillissante et de soins en EMS, les infirmières travaillent à distance des médecins. Les relations interprofessionnelles inadéquates ou les sentiments de frustration peuvent entraver la communication et conduire à une diminution de la qualité des soins.

Objectif : Étudier les perceptions des infirmières concernant leur collaboration avec les médecins dans les soins de longue durée aux personnes âgées.

Design : Revue de la littérature incluant des recherches primaires, excluant les méta-analyses, méta synthèses et revues de littérature.

Méthode : Plusieurs stratégies de recherche dans les bases de données CINAHL et MEDLINE ont permis de retenir 6 articles de source primaire, parus entre 2009 et 2015 et émergeant des traditions de recherche positiviste, naturaliste et mixte. Seules les études concernant les perceptions des infirmières sur la collaboration ont été retenues.

Résultats : Les perceptions des infirmières ont été identifiées et parfois comparées à celles des médecins, découvrant une satisfaction généralement moins élevée chez les infirmières que celle de leurs collègues médecins. Parmi les obstacles à la bonne communication figurent le manque de préparation de l'infirmière et le manque de volonté de collaborer du médecin. Une formation spécifique a permis de rehausser les perceptions positives.

Conclusions : Une prise de conscience de la diversité des perceptions paraît nécessaire ainsi qu'une formation commune aux deux professionnels relative à la pratique collaborative. Certains outils faciliteraient la préparation de l'infirmière lors des contacts téléphoniques, améliorant ainsi la confiance et la collaboration.

Mots-clés : Collaboration, Communication infirmière-médecin, Home, Perceptions des infirmières, Personnes âgées, Relations infirmière-médecin, Satisfaction, Soins à long terme

2 Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement :

- Monsieur Savvas Karasavvidis, maître d'enseignement à la Haute Ecole de Santé de Sion, pour son soutien, son écoute et sa disponibilité tout au long de la conception et de l'écriture de ce travail de Bachelor. Par ses commentaires, il m'a permis de cheminer et de me questionner de manière constructive et pertinente.
- Madame Chris Schoepf, Madame Emmanuelle Coquoz et Monsieur Jean-Luc Alber pour leurs précieux conseils lors des ateliers de méthodologie.
- Isabelle et Christian pour leur disponibilité et leurs conseils avisés.
- Charline et Jean-Daniel pour leur confiance, leur soutien moral et leur grande patience.

3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date : Granges, le 13 juillet 2016

Véronique Chappuis

Table des matières

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Résumé | 3 |
| 2 | Remerciements | 4 |
| 3 | Déclaration | 5 |
| 4 | Introduction | 1 |
| 4.1 | Problématique | 2 |
| 4.2 | Question de recherche | 5 |
| 4.3 | But de la recherche | 5 |
| 5 | Cadre théorique | 6 |
| 5.1 | La personne âgée | 6 |
| 5.1.1 | Le vieillissement de la population en Suisse | 6 |
| 5.1.2 | La polypathologie / polymorbidité | 7 |
| 5.2 | Les soins infirmiers | 8 |
| 5.2.1 | Le rôle infirmier | 9 |
| 5.2.2 | Le rôle infirmier et la collaboration | 10 |
| 5.2.3 | Le rôle infirmier dans les soins de longue durée en Suisse | 10 |
| 5.3 | La collaboration | 10 |
| 5.3.1 | La collaboration dans la pratique | 11 |
| 5.3.2 | La collaboration dans la formation | 13 |
| 6 | Cadre de référence | 15 |
| 6.1. | La collaboration selon Hamric | 15 |
| 6.1.1 | Les compétences de base pour la collaboration | 16 |
| 6.1.2 | Les impacts de la collaboration | 16 |
| 6.1.3 | Les impératifs de la collaboration | 17 |
| 6.1.4 | Les obstacles à la collaboration | 17 |
| 6.1.5 | Les stratégies de collaboration | 18 |
| 7 | Méthode | 19 |
| 7.1 | Devis de recherche | 19 |
| 7.2 | Collecte des données | 19 |
| 7.3 | Sélection des données | 20 |
| 7.4 | Considérations éthiques | 23 |
| 7.5 | Analyse des données | 23 |
| 8 | Résultats | 24 |
| 8.1 | Description de l'Etude 1 (Tjia, et al., 2009) | 24 |
| 8.1.1 | Validité méthodologique | 25 |
| 8.1.2 | Pertinence clinique | 26 |
| 8.1.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 26 |
| 8.2 | Description de l'Etude 2 (Donald, et al., 2009) | 27 |
| 8.2.1 | Validité méthodologique | 28 |
| 8.2.2 | Pertinence clinique | 28 |
| 8.2.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 29 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8.3 | Description de l'Etude 3 (O'Brien, Martin, Heyworth, & Meyer, 2009)..... | 29 |
| 8.3.1 | Validité méthodologique | 30 |
| 8.3.2 | Pertinence clinique | 31 |
| 8.3.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 31 |
| 8.4 | Description de l'Etude 4 (Caricati, et al., 2014)..... | 32 |
| 8.4.1 | Validité méthodologique | 33 |
| 8.4.2 | Pertinence clinique | 33 |
| 8.4.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 34 |
| 8.5 | Description de l'Etude 5 (Matziou, et al., 2014) | 34 |
| 8.5.1 | Validité méthodologique | 35 |
| 8.5.2 | Pertinence clinique | 36 |
| 8.5.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 36 |
| 8.6 | Description de l'Etude 6 (Treadwell, Binder, Symes, & Krepper, 2015) | 37 |
| 8.6.1 | Validité méthodologique | 37 |
| 8.6.2 | Pertinence clinique | 38 |
| 8.6.3 | Utilité pour la pratique professionnelle | 39 |
| 8.7 | Synthèse des principaux résultats | 40 |
| 9 | Discussion | 41 |
| 9.1 | Discussion des résultats..... | 41 |
| 9.2 | Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences | 44 |
| 9.3 | Limites et critiques de la revue de la littérature..... | 45 |
| 10 | Conclusions | 46 |
| 10.1 | Propositions pour la pratique..... | 46 |
| 10.2 | Propositions pour la formation..... | 47 |
| 10.3 | Propositions pour la recherche..... | 48 |
| 11 | Références bibliographiques | 49 |
| 12 | Annexe I : Tableaux de recension..... | 52 |
| 13 | Annexe II : Pyramide des preuves | 58 |
| 14 | Annexe III : Tableau récapitulatif des considérations éthiques..... | 59 |
| 15 | Annexe IV : SAED / SBAR | 60 |
| 16 | Annexe V : Modèles proposés par Caricati et al. (2014) | 61 |
| 17 | Annexe VI : Glossaire* | 62 |
| 18 | Annexe VII : Glossaire méthodologique** | 66 |

4 Introduction

Ce travail de Bachelor s'inscrit dans une démarche de validation de ma formation HES en soins infirmiers, pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers. Après un parcours professionnel d'une quinzaine d'années de pratique des soins dans un Etablissement Médico-Social (EMS), j'aborde ce travail en m'appuyant sur mon vécu d'assistante en soins et responsable-adjointe d'unité. Je souhaite ainsi pouvoir élargir mon champ de compétences, en particulier au niveau de la collaboration.

J'ai choisi le contexte des soins de longue durée et de la personne âgée car la diversité des situations, des personnalités et la complexité de la prise en charge me fascinent et m'interpellent.

Aujourd'hui, les situations de soins en EMS sont de plus en plus complexes considérant le vieillissement de la population et l'augmentation des polyopathologies, associés notamment à un accroissement de la médication. L'Observatoire Suisse de la Santé mentionne dans son rapport national sur la santé 2015 que « 86% des personnes vivant dans un établissement médico-social sont atteintes de multimorbidité » (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015, p. 95), et qu' « il existe peu de lignes directrices en la matière et les thérapies donnent souvent lieu à des interactions médicamenteuses indésirables*¹ » (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015, p. 111). Dès lors, l'infirmière² en EMS fait face à un défi grandissant pour la sécurité des résidents. Le soutien du médecin et le lien avec celui-ci deviennent indispensables pour limiter l'avancement de la maladie et prévenir les évènements aigus.

Mes expériences passées ont éveillé en moi des interrogations quant à la collaboration entre l'infirmière et les médecins de famille visant une prise en charge optimale des résidents, ne serait-ce que pour la surveillance des effets secondaires des médicaments. En effet, dans ce cadre, les médecins ne sont pas présents sur le site de soins, et interviennent, en principe, ponctuellement sur appel de l'infirmière. La distance géographique soulève une problématique puisque l'infirmière, dans une situation particulière ou complexe, doit pouvoir contacter le médecin traitant par téléphone, ce dernier n'étant pas forcément joignable à ce moment-là.

A travers cette revue de la littérature, je souhaite analyser de quelle façon les infirmières de soins de longue durée collaborent avec les médecins de famille, et surtout comment elles perçoivent cette collaboration.

¹ Les termes suivis d'un astérisque sont explicités dans le glossaire (Annexe VI)

² Le mot « infirmière » est utilisé au féminin dans ce travail, mais sous-entend également le masculin

4.1 Problématique

Selon le rapport 2015 de l'Observatoire valaisan de la santé, le nombre de pensionnaires en EMS a augmenté de 33% de 2000 à 2013 (Observatoire valaisan de la santé, 2015, p. 45). Les établissements de soins de longue durée, en Valais et en Suisse occidentale, accueillent des personnes de plus en plus âgées, en raison du vieillissement de la population et du faible taux d'hébergement, lié notamment à une politique de maintien à domicile. En outre, selon l'Office Fédéral de la Statistique, l'espérance de vie* des personnes âgées progresse et continuera de progresser, grâce notamment aux avancées de la médecine (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 17).

La fréquence des maladies chroniques* augmente avec l'âge. Il n'est pas rare qu'une personne âgée souffre de plusieurs pathologies chroniques, physiques ou psychiques, ce qui induit une prise en charge complexe (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 36). Face à la polyopathie, les infirmières et les médecins sont confrontés à des problématiques qui vont au-delà d'une addition de soins et de traitements, les stratégies de soins pouvant soigner certains maux mais en aggraver ou en ajouter d'autres.

En effet, avec le vieillissement de la population et la multiplication des maladies chroniques accompagnées d'une multiplication des traitements, la personne âgée et très âgée nécessite des soins et des surveillances d'une complexité considérable pour les soignants. La vigilance à propos des effets secondaires et des interactions médicamenteuses lors de polymédication à elle-seule représente un défi. Un article traitant de la polymédication chez la personne âgée paru en 2013 dans la Revue Médicale Suisse relève: « La première conséquence de la polymédication est un risque accru d'effets secondaires liés aux effets directs des médicaments, aux interactions médicamenteuses et aux effets inattendus sur les comorbidités. » (Mazzocato, David, Benaroyo, & Monod, 2013).

Il est alors aisé de comprendre que le rôle de l'infirmière auprès de cette population devient de plus en plus exigeant et requiert des connaissances en constante évolution. Il nécessite également une collaboration étroite avec le médecin. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada précise à ce sujet que

la variété et la complexité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être ainsi que la maladie exigent que les professionnels de diverses disciplines de la santé collaborent de manière approfondie. Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer la santé de la population servie.
(Assoc. des infirmières et infirmiers du Canada)

Dans les soins de longue durée, les infirmières collaborent avec de nombreux médecins. Les sites internet des EMS valaisans le confirment, les résidents ont le choix de leur médecin lors de leur admission (AVALEMS). Le Code Civil Suisse indique à ce propos, dans l'article 386, alinéa 3 : « Le libre choix du médecin est garanti, à moins que de justes motifs ne s'y opposent ». Curaviva.ch³ précise que le « ... libre choix du médecin est expressément inscrit dans la nouvelle loi. Ce libre choix ne peut être restreint qu'en cas de motifs importants » (Curaviva.ch, 2013). Une étude en cours d'élaboration en Allemagne (Mueller et al., 2014) confirme que dans beaucoup de pays occidentaux, la communication et la collaboration dans les soins de maisons de retraite sont façonnées par une multitude de personnes impliquées et de constellations, étant donné que les résidents ont droit au libre choix du médecin (Mueller, et al., 2014, p. 452).

Pour ces raisons, il peut y avoir un médecin traitant différent pour chaque résident d'un EMS avec lequel l'infirmière devra collaborer. Elle doit être capable de communiquer ses observations de manière claire, concise et professionnelle, en s'adaptant aux exigences propres à chaque médecin. Cet entretien permettra au médecin d'avoir une vision précise de l'état de santé de son patient, éventuellement de juger le niveau de gravité et la nécessité d'une intervention. La conclusion d'une étude transversale menée sur 147 maisons de retraite de l'état de New York en 2010 confirme que le soin effectif et efficace dépend de la continuité de la communication entre infirmières et médecins, celle-ci pouvant même aider les institutions à réduire le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables (Young, Barhydt, Broderick, Collelo, & Hannan, 2010). La confiance mutuelle, ingrédient essentiel à une collaboration « à distance », doit ainsi être instaurée et maintenue entre l'infirmière et le médecin.

Voyer (2013) le confirme en indiquant que l'interdisciplinarité est un atout majeur pour une bonne prise en charge des résidents d'EMS et permet l'amélioration des soins et une meilleure satisfaction des soignants relative à leur travail (Voyer, 2013, p. 662). Si bien que, lors d'un défaut de communication et de contact avec le médecin traitant, l'infirmière peut se sentir seule et insécurisée. A titre d'exemple, pour des soins pertinents et une surveillance efficiente des effets secondaires des médicaments chez un résident polypathologique sujet à la polymédication, l'infirmière requiert nécessairement la collaboration et la supervision du médecin. Développant ce sujet, une étude mixte publiée en 2011 a questionné des infirmières dans 20 maisons de retraite en Belgique pour identifier les barrières éprouvées lors de la gestion des médicaments. Une des barrières les plus importantes à l'évaluation des effets des médicaments était la communication interdisciplinaire*

³ Association des Homes et Institutions Sociales Suisses

et le soutien par l'information des médecins (Dilles, Elseviers, Van Rompaey, Van Bortel, & Vander Stichele, 2011).

Le médecin de famille, à distance, doit faire confiance à l'infirmière dans la surveillance des traitements et dans l'évaluation de l'état général du résident. L'infirmière est donc un élément central dans ce processus. Le référentiel des compétences défini par la KFH⁴ décline les rôles infirmiers sous 7 formes, dont une concerne le rôle d' « expert-e en soins infirmiers » (compétence A1) (KFH, 2015):

L'infirmière assure la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques et palliatifs en évaluant les besoins des individus et des groupes à tous les âges de la vie et en effectuant ou déléguant les soins appropriés. Elle évalue, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé physique et mental de la personne. Elle élabore un projet de soins infirmiers, en partenariat avec la/le patient et les proches, tenant compte des besoins des individus et s'appuyant sur un jugement professionnel.

(Plan d'étude cadre - Bachelor 2012, 2016)

Comme déjà évoqué, la complexification des soins rend la collaboration interdisciplinaire indispensable. Cependant, en raison de l'éloignement entre le médecin et l'infirmière, le contexte de l'EMS ne la facilite pas. L'absence de consensus sur la manière dont collaborent les infirmières d'EMS avec les multiples médecins de famille est une difficulté supplémentaire. Ce médecin connaît-il le patient, connaît-il l'évolution des dernières semaines ou mois, préfère-t-il qu'on lui téléphone, qu'on laisse un message, a-t-il le temps d'écouter, est-il en consultation avec un patient en face de lui, prendra-t-il une décision au téléphone ou se déplacera-t-il ? Nombre de questions que l'infirmière se pose à chaque fois qu'elle a besoin d'un conseil, qu'une situation de soins se modifie de façon significative ou plus subtile ou que la sécurité du résident nécessite une intervention médicale, voire une simple recommandation.

A partir de ce constat, cette revue de littérature propose d'étudier les perceptions* des infirmières en charge des soins et surveillances d'une personne âgée en EMS. Une meilleure connaissance des difficultés, des barrières, des ressentis face à cette condition ne pourrait-elle pas être le premier pas vers l'amélioration de la collaboration entre médecins et infirmières d'EMS, susceptible d'accroître la qualité de prise en charge des résidents ?

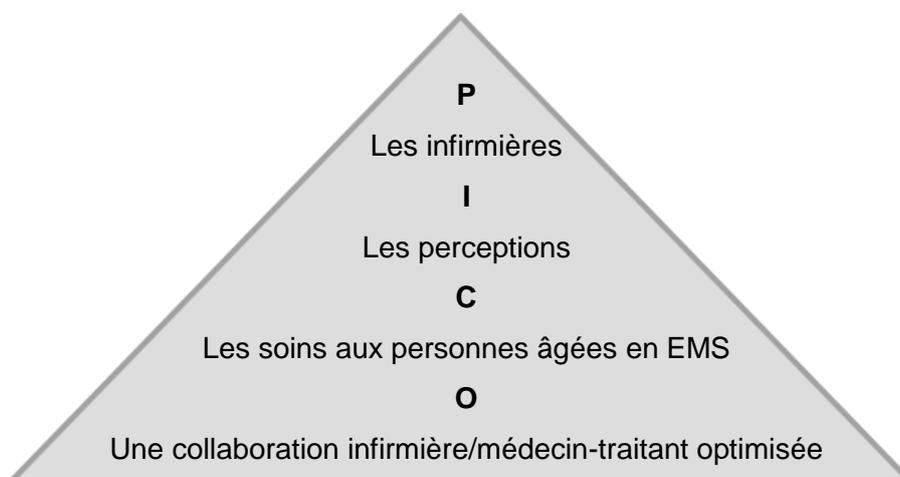
⁴ Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses

4.2 Question de recherche

Face à cette problématique, l'auteur de cette revue de littérature a souhaité mettre en lumière ce que perçoivent et ressentent les infirmières quand elles collaborent avec les médecins de famille. La question de recherche suivante a donc été élaborée :

Quelles sont les perceptions des infirmières en regard de leur collaboration avec les médecins traitants, dans la prise en soins d'une personne âgée en EMS ?

La question formulée en terme PICO (Population, Intervention, Contexte, Outcome) est présentée dans le graphique ci-après :



4.3 But de la recherche

Le but de cette revue de littérature est d'étudier les perceptions des infirmières dans les soins de longue durée sur leur collaboration avec les médecins traitants des résidents dont elles ont la charge. Elle cherche à vérifier la possibilité d'une transposition aux soins de longue durée en Valais, ainsi qu'à examiner si des pistes d'amélioration de la collaboration infirmière-médecin peuvent en résulter.

5 Cadre théorique

5.1 La personne âgée

La notion de personne âgée est à priori subjective, puisqu'un élève du collège est « un vieux » pour un enfant de niveau primaire, alors qu'une personne de 60 ans est jeune pour celle de 80 ans. Beaucoup d'expressions sont employées pour définir une seule et même personne : âgé, vieux, ancien, senior, aîné, hors d'âge, retraité, ancêtre, vieillard. Le terme qui paraît le plus approprié pour cette revue de littérature est personne âgée, comme l'indique Guinchard-Kunstler et Renaud (2006), « finalement, l'expression la plus neutre, la plus couramment admise est personne âgée qui manque un peu de couleur et de chaleur mais a au moins l'avantage de sous-entendre que, même âgé, on reste une personne » (Guinchard-Kunstler & Renaud, 2006).

Dans leur ouvrage, sous l'appellation plus scientifique d'« adulte d'âge avancé », Bee et Boyd (2011) admettent une division de cette catégorie de personnes en trois sous-groupes : le 3ème âge (de 65 à 75 ans), le 4ème âge (de 75 à 85 ans) et le 5ème âge (à partir de 85 ans). En outre, cette période de la vie présente une grande diversité de situations, certains adultes souffrant de pertes cognitives ou d'incapacités à partir de la cinquantaine, alors que d'autres semblent conserver la totalité des capacités et une grande partie de leur vigueur physique jusqu'à l'âge de 70, 80 et même 90 ans (Bee & Boyd, 2011, p. 384).

Selon Bee et Boyd (2011), l'espérance de vie (nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre à partir d'un certain âge) a augmenté rapidement dans les pays développés au cours des dernières décennies. Ces auteurs précisent encore que « certains médecins et physiologistes prévoient que l'amélioration des soins de santé et des habitudes de vie permettra à la grande majorité des adultes d'atteindre le plein potentiel de leur durée de vie maximale » (Bee & Boyd, 2011, pp. 384-386).

5.1.1 Le vieillissement de la population en Suisse

En 2010, l'Office fédéral de la statistique a publié de nouveaux scénarios démographiques pour la Suisse qui prévoient une hausse sensible de l'espérance de vie de la population âgée. Il ressort de ces scénarios actualisés que le nombre de personnes âgées de plus de 90 ans a augmenté et continuera d'augmenter plus fortement que les scénarios précédents (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbunn, 2011). Ces auteurs indiquent :

L'évolution de l'espérance de vie à un âge avancé est et restera un facteur déterminant à prendre en compte dans les prévisions des besoins de soins. Comme il est très probable, en raison du vieillissement

sement des générations nombreuses du baby-boom, que le nombre des personnes très âgées va fortement s'accroître, il faut s'attendre à une hausse des cas de dépendance et des coûts des soins.

(p. 17 + 20)

Selon l'Office Fédéral de la Statistique OFS, les experts prévoient un nouvel accroissement de l'espérance de vie à un âge avancé durant les prochaines décennies. Ils précisent que « selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes devrait encore gagner 4 à 5 ans dans tous les pays à revenus élevés d'ici à 2030 (Mather & Loncar, 2006) » (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 24). Suivant le scénario de référence⁵ de l'OFS, « le nombre des personnes âgées dépendantes passerait de 125 000 personnes en 2010 à 182 000 personnes en 2030 ». Autrement dit, une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins est à prévoir, mais également un âge plus avancé dans un grand nombre de cas, ce qui accroît par exemple le risque de multi-morbidité (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 58).

5.1.2 La polypathologie / polymorbidité

Dans le dictionnaire médical, la définition de la polypathologie est « la présence chez une même personne de plusieurs maladies sans relation directe entre elles » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2015, p. 397). Le terme polymorbidité n'apparaît pas dans cet ouvrage. Ces deux dénominations se confondent dans la littérature ainsi que dans la pratique. La HAS⁶ admet que différentes appellations se mélangent : polymorbidité, polypathologie, multimorbidité, comorbidité ou encore patient complexe. Une différence est toutefois évoquée. La polymorbidité fait référence à un concept centré sur la maladie et la polypathologie s'axe plutôt sur le patient (Haute Autorité de Santé, 2015). Selon Voyer (2013), une personne polypathologique, polymorbide ou multimorbide souffre de plusieurs maladies chroniques en même temps (Voyer, 2013, p. 10).

Selon Riat et al. (2012), les guides de bonnes pratiques sont orientés principalement sur la prise en charge d'une seule maladie et ne prennent pas en compte la complexité d'une addition de pathologies. Ils ne sont donc pas d'une grande aide dans les soins aux personnes souffrant de polypathologies. Le médecin doit composer avec les multiples recommandations et faire des choix parfois difficiles dans les différentes possibilités thérapeutiques (Riat, Rochat, Büla, Renard, & Monod, 2012).

Les auteurs du rapport national sur la santé 2015 de l'Observatoire Suisse de la Santé ajoutent que les pathologies interagissent entre elles et conduisent les personnes âgées à des pertes fonctionnelles et d'autonomie (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015, p. 111).

⁵ Scénario considérant un allongement de l'espérance de vie et une durée inchangée des besoins de soins

⁶ Haute Autorité de Santé

Les polymorbidités devraient se développer davantage, les personnes âgées vivant de plus en plus longtemps, ce que confirme l'Observatoire Suisse de la Santé : « Compte tenu du vieillissement croissant de la population, il faut s'attendre à l'avenir à une forte augmentation de la multimorbidité » (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015, p. 111). Selon Riat et al. (2012), « la polymorbidité expose les personnes âgées à une polymédication (avec risque accru d'effets indésirables) et a été associée à une moins bonne qualité de vie, un risque augmenté de dépendance fonctionnelle* et d'utilisation de système de soins » (Riat, Rochat, Büla, Renard, & Monod, 2012).

5.2 Les soins infirmiers

A la base de ce travail, les soins infirmiers et leur concept méritent une description. Ainsi, selon le Conseil International des Infirmières (CII, Conseil international des infirmières) :

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. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

L'ASI⁷ adhère à cette définition, relevée sur son site internet (ASI, Association Suisse des Infirmières). Mais il existe beaucoup de définitions, toutes ne rendant pas compte de l'ensemble des connaissances et compétences que nécessite l'exercice de cette profession (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2012, p. 9). Kozier & al. (2012) indiquent dans leur ouvrage les thèmes communs à la plupart des définitions des soins infirmiers, à savoir qu'ils sont à la fois un art et une science, ils sont holistiques*, centrés sur la personne soignée et adaptatifs. Ils visent à promouvoir, à préserver et à rétablir la santé et ils constituent une profession d'aide (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2012, p. 9).

⁷ Association Suisse des Infirmières

5.2.1 Le rôle infirmier

Selon Kozier & al. (2012), l'infirmière assume de nombreux rôles, « dont celui de soignante, d'enseignante, de gestionnaire, de consultante, de conseillère en matière de politique de la santé et de chercheuse » (p.13-14).

Le référentiel des compétences pour les soins infirmiers, édité dans le plan d'études cadre Bachelor 12 – filière de formation en soins infirmiers, est défini par la KFH. Il est divisé en 7 rôles énoncés ci-après, suivis de la description des compétences infirmières les plus en lien avec ce travail:

- A. Rôle d'expert-e en soins infirmiers :
 - Assurer, au sein de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle, la mise en œuvre et la continuité des soins de qualité dans l'intérêt de la/du patient-e et de ses proches.
- B. Rôle de communicateur ou communicatrice :
 - Participer, dans l'équipe intraprofessionnelle ou interprofessionnelle, au développement d'une compréhension partagée des situations de soins et participer, si nécessaire, à la gestion des conflits.
- C. Rôle de collaborateur ou collaboratrice :
 - Promouvoir et s'investir dans le travail en collaboration intraprofessionnelle ou interprofessionnelle lorsque la situation de soins le requiert.
 - Mettre ses compétences professionnelles à disposition des acteurs et actrices du système de santé, des patient-e-s et de leurs proches.
 - Intégrer la notion de partenariat dans sa conception des soins et dans sa pratique professionnelle.
- D. Rôle de manager :
 - Mettre en œuvre les projets de soins de manière efficace dans le cadre des conditions générales institutionnelles et légales.
- E. Rôle de promoteur ou promotrice de la santé :
 - S'engager en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutenir les intérêts des patient-e-s et de leurs proches.
- F. Rôle d'apprenant-e ou formatrice :
 - Identifier des problématiques, relatives à la pratique des soins, propices à des projets de développement et de recherche et partager sa connaissance des résultats de recherche avec l'équipe.
- G. Rôle de professionnel-le :
 - Représenter sa profession et s'impliquer dans son développement.

(Plan d'étude cadre - Bachelor 2012, 2016, pp. 27-34)

5.2.2 Le rôle infirmier et la collaboration

Le Plan d'étude cadre de la HES-SO (2016) avance que les soins infirmiers :

se déroulent en collaboration avec les personnes soignées, les proches soignants et les membres de professions auxiliaires, dans des activités multiprofessionnelles avec les médecins (responsables du diagnostic et de la thérapie) et les membres des autres professions de la santé.

(p. 25)

L'infirmière, dans son rôle propre, agit toujours en collaboration avec d'autres professions. Les différents professionnels articulent leurs savoirs et leurs compétences en étroite collaboration, le patient demeurant au centre des préoccupations (SBK - ASI, 2011, p. 19). Selon l'ASI, en effet, « les infirmières travaillent en réseau étroit avec les personnes concernées, d'autres professionnels de la santé et du social, des proches et des bénévoles ».

5.2.3 Le rôle infirmier dans les soins de longue durée en Suisse

L'ASI recommande que, dans les prestations de soins de longue durée complexes et interprofessionnelles, « la responsabilité globale et la coordination des déroulements du traitement (case management) soient assurées par le professionnel ou la professionnelle le plus compétent et qui a le plus de contact avec le patient » (SBK - ASI, 2011, p. 20).

Dans les EMS, les infirmières travaillent quotidiennement au plus près du patient. Elles effectuent, en collaboration avec l'équipe de soins, les soins d'hygiène et de confort, les soins thérapeutiques, elles administrent les traitements médicamenteux, assurent des transmissions pertinentes et une vision globale du résident en instaurant un climat de confiance. Curaviva.ch rajoute que les infirmières « coordonnent la collaboration interdisciplinaire et sont les principales interlocutrices des bénéficiaires de soins et de leurs proches » (Curaviva.ch).

5.3 La collaboration

Selon Golin, Ducanis et Ivey (cités par D'amour et al., 1999, p.69), « la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée ». Après analyse de plusieurs écrits sur le sujet, D'Amour et al. (1999) complètent la question de la collaboration interprofessionnelle, en la décrivant comme :

un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon

concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci.

(D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999, p. 69)

De sorte que la collaboration, ou l'absence de collaboration, influencent positivement ou négativement la qualité du soin au patient. Selon Hamric (2014), les patients pensent que les prestataires de soins médicaux communiquent et collaborent efficacement. Ceci implique qu'un échec dans la collaboration peut mener à un mécontentement du patient et des résultats cliniques peu satisfaisants, ainsi qu'à la frustration du soignant (Hamric, Hanson, Tracy, & O'Grady, 2014, p. 327). Le concept de collaboration, tel que vu par Ann B. Hamric, cheffe de file de renommée internationale dans la pratique infirmière avancée*, est présenté dans le chapitre 6 (cadre de référence).

5.3.1 La collaboration dans la pratique

L'infirmière se doit de connaître la personne, la famille, la communauté ou la population soignée pour assurer une prise en charge optimale et favoriser la continuité des soins prodigués. L'infirmière qui agit au plus près des personnes soignées a un rôle essentiel dans la coordination avec les autres professionnels et le maintien du patient au centre des réflexions et des décisions. Dans leur ouvrage, Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) confirment :

Les infirmières cliniciennes* qui effectuent un suivi en connaissant bien les personnes et leurs milieux de vie facilitent les interactions avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux, et favorisent les décisions prises avec les personnes visées. Le partage des réflexions améliore la compréhension de la situation de l'individu ou de la famille et stimule l'engagement des membres de l'équipe soignante.

(p.93)

Avec la complexification des soins et l'avancement des connaissances, chaque discipline professionnelle ne peut relever seule les défis qui s'offrent à elle. Les différents professionnels de la santé, même dispersés dans des lieux différents, forment une équipe multidisciplinaire*, visant à être interdisciplinaire. Selon Pepin et al. (2010), « la combinaison des apports de chaque membre de cette équipe permettra d'avoir un point de vue élargi de la situation » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 98). Les intérêts de chaque discipline différent, malgré le souci de garder le patient et sa famille au centre de tout processus de soins. La complémentarité des disciplines permet toutefois une meilleure efficacité dans la complexité des soins d'aujourd'hui. « Des perceptions et des compétences

différentes sont sources d'enrichissement au sein d'une équipe animée par un esprit de partenariat » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 98).

Hamric et al. (2014), de leur côté, rappellent que les efforts de transformation du système de soins de santé pour améliorer la précision du soin, la sécurité, la qualité, l'efficacité et la rentabilité échoueront si les cliniciens, équipes et administrateurs, n'assument pas l'important travail collaboratif nécessaire pour effectuer cette transformation (Hamric & al., 2014, p. 332).

Dans l'équipe interdisciplinaire, chaque partenaire ainsi que la personne soignée se partagent l'autorité et les responsabilités selon les compétences requises pour un soin donné. Chacun intervient en fonction de ses aptitudes et de son savoir-faire. Le partage d'information et la prise de décision commune permettent de structurer une action commune (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 99). Toujours selon Pepin et al. (2010), l'objectif commun ne pourra être atteint qu'en instaurant un climat de confiance et de respect entre les professionnels, où chacun connaît sa contribution et accepte que les rôles se chevauchent pour assurer les soins de santé. « La collaboration nécessite le dépassement du stade de l'affirmation de soi et de la compétition, et exige que l'on s'engage à travailler ensemble de façon authentique en se respectant les uns les autres pour le bien-être des principales personnes intéressées » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 99). Selon Hamric et al. (2014), la collaboration exige compétence clinique, but commun, compétence interpersonnelle et communication efficace. La confiance, le respect mutuel et la valorisation des connaissances et compétences de l'autre sont aussi importants mais ne se développent complètement qu'avec le temps (Hamric & al., 2014, p. 333).

En Suisse, l'ASSM⁸ a élaboré en 2014 une charte de collaboration entre les professionnels de la santé, sur les recommandations du rapport 2007 « Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique » (Bauer, 2007, p. 22). Ce rapport clarifie les besoins de coopération entre les professionnels de la santé, considérant l'évolution des compétences de chacun. Il souligne cependant que le développement souhaité vers une meilleure collaboration « présente un potentiel conflictuel considérable », certains groupes défendant « farouchement les rôles et modèles traditionnels, parce qu'ils craignent de faire partie des perdants face au changement » (Bauer, 2007, p. 19).

La charte proposée par l'ASSM a pour principe prioritaire de garder le patient au centre du processus. Elle souhaite que « les professions de la santé clarifient et définissent leurs compétences et leurs responsabilités, pour les situations concrètes, dans un processus de concertation commun; en cas de chevauchement des compétences, les responsabili-

⁸ Académie Suisse des Sciences Médicales

tés doivent être explicitement définies ». Elle précise que les compétences professionnelles doivent être au cœur de la répartition des tâches dans le processus de soins, dégageant ainsi les principes de hiérarchie ou de tradition (ASSM, 2014, p. 3).

5.3.2 La collaboration dans la formation

Les professionnels et futurs professionnels de la santé, quelle que soit leur discipline, devraient recevoir une formation pour une pratique collaborative interprofessionnelle efficace. Selon Junod Perron et al. (2008), une telle formation permet une meilleure collaboration entre les différents soignants, dans un contexte de population vieillissante et d'augmentation des maladies chroniques. Ces auteurs indiquent que la formation interprofessionnelle « favorise une meilleure connaissance des compétences et limites des uns et des autres et promeut un respect mutuel des contributions de chacun » (Junod Perron, Perone, Kruseman, & Bischoff, 2008, p. 2030).

Selon Pepin et al. (2010), l'aptitude à communiquer et à intégrer les personnes soignées et les autres professionnels dans le processus de décision permet l'apprentissage de la collaboration. Ces auteurs parviennent à la conclusion que tous les professionnels de la santé devraient être formés en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire. Pour devenir des partenaires efficaces dans une relation de collaboration, d'après Pepin et al. (2010), les infirmières doivent avoir une bonne connaissance de leur discipline afin de négocier les zones de chevauchement avec les autres professionnels et de contribuer au processus de prise de décisions. En effet, Pepin et al. (2010) précisent que « les étudiantes en sciences infirmières qui développent une identité disciplinaire bien définie peuvent partager les valeurs propres à leur discipline avec leurs collègues dans un désir de se soutenir mutuellement pour fournir des soins de qualité » (p.158).

En Suisse, l'IUFRS⁹ tente de relever ce défi et souhaite « former des infirmiers et des infirmières qui puissent participer activement à la collaboration interprofessionnelle pour améliorer la qualité, la sécurité et la continuité de soins mais aussi l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé » (Morin, 2015). En effet, selon l'élément-clé n°5 de la charte de l'ASSM, « dans l'optique d'une pratique interprofessionnelle, les principaux éléments interprofessionnels et coopératifs sont intégrés dans les formations pré- et post-graduées des professions de la santé » (ASSM, 2014, p. 4).

Le Plan d'Etude Cadre des filières du domaine Santé de la HES-SO indique que:

Les compétences de collaboration interprofessionnelle reposent essentiellement sur les deux rôles de communicateur ou communicatrice et de collaborateur ou collaboratrice. Afin de tenir compte des

⁹ Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins

parcours antérieurs des étudiant-e-s et de leurs expériences, les compétences en lien avec la collaboration interprofessionnelle seront développées durant les trois ans de formation, notamment dans un espace commun prévu dans les calendriers de toutes les filières du domaine Santé.

(HES-SO, 2015)

Malheureusement, l'organisation d'un tel espace commun reste un défi difficile à relever. Comme le soulignent Junod Perron et al. (2008), « sur le plan logistique, cela demande un ajustement des horaires, des plages d'enseignement et de pratique et des systèmes d'évaluation (crédits), ce qui peut se révéler un véritable casse-tête » (p.2031). De même pour les formations en médecine, peu d'écoles proposent des formations interprofessionnelles (Junod Perron, Perone, Kruseman, & Bischoff, 2008, p. 2031). Pourtant, Hamric et al. (2014) pensent qu'une meilleure compréhension des processus de communication et des styles interactifs qui permettent aux soignants de collaborer de manière efficace est devenue urgente. Les infirmières peuvent contribuer à cette compréhension notamment par le préceptorat* des étudiants en les aidant à développer les compétences essentielles pour la collaboration (Hamric & al., 2014, p. 351).

6 Cadre de référence

6.1. La collaboration selon Hamric

Après une analyse de multiples définitions existantes de la collaboration, Hamric (2014) utilise celle de ses co-auteurs Hanson et Spross (cités par Hamric & al., 2014) dès 1996, car elle la considère comme représentant le mieux le concept de collaboration comme il devrait exister dans les prestations de soins :

Collaboration is a dynamic, interpersonal process in which two or more individuals make a commitment to each other to interact authentically and constructively to solve problems and to learn from each other to accomplish identified goals, purposes, or outcomes. The individuals recognize and articulate the shared values that make this commitment possible.

(Hamric & al., 2014, p. 328)

La collaboration est un processus dynamique, interpersonnel dans lequel deux ou plusieurs individus font un engagement l'un envers l'autre pour interagir authentiquement, résoudre des problèmes de manière constructive et apprendre l'un de l'autre pour atteindre des buts identifiés, des objectifs ou des résultats. Les individus reconnaissent et articulent les valeurs partagées qui rendent cet engagement possible [traduction libre].

Hamric (2014) précise que dans la collaboration, les individus réagissent réciproquement de manière holistique (forces, faiblesses, émotions) et authentique, partagent le pouvoir et restent ouverts aux possibilités de transformation personnelle et professionnelle qui existent dans une relation de collaboration (Hamric & al., 2014, p. 328).

Selon Hamric (2014), la capacité de s'engager dans une interaction authentique et constructive suggère que les futurs partenaires doivent apporter certaines caractéristiques et qualités pour les rencontres initiales et continues. Interagir authentiquement nécessite de laisser une partie de soi-même derrière soi. Par exemple, les partenaires partagent les satisfactions émotives et les frustrations du travail clinique, et développent des façons de se soutenir l'un l'autre. Ceci peut conduire à une intimité qui découle du fait de travailler en étroite collaboration au fil du temps (Hamric & al., 2014, p. 328).

Par définition, la collaboration décrit les relations positives qui fonctionnent bien pour les professionnels, les patients et les communautés. Lorsqu'il y a désaccord dans les rapports collaboratifs, c'est aux partenaires et équipes de développer des stratégies satisfaisantes pour faire face aux désaccords, ce qui rehausse la collaboration. Il est important

de noter que la collaboration est un processus interpersonnel et de développement qui demande un niveau assez sophistiqué de communication (Hamric & al., 2014, p. 328).

6.1.1 Les compétences de base pour la collaboration

Hamric et al. (2014) énoncent les compétences de base développées par IPEC¹⁰ dans les 4 domaines essentiels à la pratique collaborative interprofessionnelle (valeurs et éthiques, rôles et responsabilités, communication interprofessionnelle et collaboration interprofessionnelle). Placer le patient au centre des soins, coopérer avec eux et leurs proches, utiliser les capacités complémentaires de tous les équipiers, choisir les bons outils de communication et encourager les opinions de chaque équipier sont des compétences indispensables à une bonne collaboration. De même, reconnaître sa propre contribution aux relations de travail positives, intégrer les connaissances et expériences des autres professions en respectant les valeurs, les responsabilités et gérer les désaccords de manière constructive, permettent de collaborer de manière optimale (Hamric & al., 2014, pp. 330-331).

Hamric et al. (2014) précisent que la collaboration parmi les professionnels de la santé est une préoccupation sérieuse depuis de nombreuses années. Les efforts entrepris pour transformer le système de soins médicaux afin d'en améliorer la précision, la sécurité, la qualité, l'efficacité et la rentabilité seront vains si les cliniciens, équipes et administrateurs n'entreprennent pas un travail collaboratif important (Hamric & al., 2014, p. 332).

Hamric et al. (2014) notent également que les caractéristiques d'une collaboration efficace diffèrent quelque peu entre les auteurs ayant décrit le phénomène. Ils retiennent toutefois les éléments essentiels que sont la compétence clinique et la responsabilité, le but commun, la compétence interpersonnelle et la communication efficace, la confiance, le respect mutuel, la reconnaissance et la valorisation des connaissances. Certaines de ces compétences se développent avec le temps et ne sont réalisées qu'après bon nombre d'interactions constructives et productives. Hamric rajoute le sens de l'humour, car il peut aider les membres d'une équipe à rester engagés dans la pratique collaborative (Hamric & al., 2014, pp. 332-333).

6.1.2 Les impacts de la collaboration

Selon Hamric et al. (2014), la collaboration apporte des bénéfices pour les patients et pour les prestataires. Une amélioration de la qualité des soins, une augmentation de la satisfaction, un taux de mortalité plus faible, une amélioration des résultats, un sentiment de sécurité et de proximité avec les prestataires de soins et une habilité à devenir membre de l'équipe sont des bénéfices pour les patients. Pour les prestataires de soins,

¹⁰ Interprofessional Education Collaborative (collaboration formée de 6 associations américaines d'enseignement des professions de la santé)

les bénéfices attendus sont : une amélioration de la communication et de la clarté du message, un partage accru des responsabilités, la satisfaction mutuelle de la résolution de problèmes, une augmentation de la satisfaction personnelle et de la qualité de vie professionnelle, le renforcement de la confiance et du respect, un élargissement des horizons, un évitement des soins redondants et une habilité à influencer les politiques de santé (Hamric & al., 2014, p. 336).

A l'opposé, l'échec de la collaboration et de la communication affecte les individus, que ce soit les patients, les familles, les communautés ou les cliniciens. L'absence de communication est identifiée comme une source de détresse des infirmières, et le manque de collaboration, accompagné d'une diminution de l'autonomie, contribue au mécontentement au travail (Hamric & al., 2014, p. 339).

6.1.3 Les impératifs de la collaboration

Selon Hamric et al. (2014), afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la précision du soin, les prestataires de soins doivent être prêts à négocier et dépasser les frontières disciplinaires. Cette capacité se percevra notamment dans la façon de résoudre les dilemmes éthiques et institutionnels. En effet, les professionnels de la santé affirment leurs valeurs ainsi que l'éthique de leur pratique en plaçant les besoins et la dignité du patient au centre de la prestation de soins, ce qui exige des relations actives de collaboration entre médecins et infirmières. Cet environnement favorisant la collaboration crée un contexte plus propice au traitement des questions éthiques (Hamric & al., 2014, p. 340).

D'autre part, des croyances divergentes entre les médecins et les infirmières sur leur façon de collaborer et leurs difficultés à comprendre leurs perspectives propres peuvent créer un environnement de travail difficile et un soin dangereux s'il n'est pas coordonné. La collaboration est donc un impératif moral. Elle renforce l'engagement à un objectif commun et affirme que le but du soin est le bien-être du patient. Elle améliore également la connaissance partagée entre médecins et infirmières qui s'instruisent l'un l'autre au sujet du patient (Hamric & al., 2014, p. 340).

6.1.4 Les obstacles à la collaboration

La mise en œuvre des relations professionnelles de collaboration efficace sur le lieu de travail peut être difficile. Plusieurs obstacles peuvent la rendre laborieuse, au niveau disciplinaire (contrôle du médecin de la pratique infirmière), socioculturel (rôles et stéréotypes), organisationnel (positions compétitives ou attitudes polarisantes) ou lié au règlement (structures hiérarchiques) (Hamric & al., 2014, pp. 342-344).

Selon Hamric et al. (2014), le niveau de prestations de l'infirmière de pratique avancée* peut devenir sujet à inquiéter le médecin sur son autorité et son pouvoir, crainte qui

peut réduire sa volonté de collaborer. De plus, la confusion des champs de pratique peut être préjudiciable à la collaboration pour tous les participants. Les nouvelles responsabilités pour de nouvelles compétences, les changements presque quotidiens des champs de pratique sont au centre de tensions entre les acteurs de soins (Hamric & al., 2014, pp. 341-342).

Un des processus importants permettant une collaboration efficace est l'établissement d'une relation de confiance. Mais ce processus s'insinue dans le temps, ce qui explique que la collaboration soit difficile à développer dans les structures à haute rotation du personnel ou des médecins d'établissement (Hamric & al., 2014, pp. 345-346).

6.1.5 Les stratégies de collaboration

Des stratégies, évoquées par Hamric et al. (2014), doivent être mises en œuvre afin d'encourager la collaboration. Il s'agit notamment d'être respectueux et professionnel, à l'écoute, de comprendre le point de vue des autres avant d'exprimer son opinion, décider de ce qui négociable et ce qui ne l'est pas, de ne pas prendre les choses personnellement. Il s'agit également d'adapter sa communication (déclarer son sentiment en utilisant le « je », apprendre à dire « j'avais tort » ou « vous pourriez avoir raison », être direct), de penser aux solutions possibles avant la rencontre et d'être prêt à s'adapter si une alternative plus créative se présente (Hamric & al., 2014, pp. 347-348).

Une phrase décrivant la difficulté du processus de collaboration, formulée par Henry Ford, industriel et fondateur de la marque de voiture éponyme, permettra de clore ce chapitre de manière poétique : « Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. » (PlanZone, 2016).

7 Méthode

7.1 Devis de recherche

Le but de cette revue de littérature est de repérer les perceptions des infirmières concernant leur collaboration avec les médecins dans le cadre des soins à long terme ayant fait l'objet d'études antérieures. L'analyse documentaire permet de mieux connaître le sujet et d'envisager une pratique fondée sur des résultats probants (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, pp. 138-139). Elle pourrait ainsi permettre de vérifier si l'hypothèse avancée dans la problématique est acceptable, à savoir qu'une meilleure connaissance des difficultés, des barrières, des ressentis des infirmières pourrait être le premier pas vers une meilleure collaboration entre médecins et infirmières d'EMS.

Cette revue de littérature laisse entrevoir des recherches axées sur le paradigme naturaliste**¹¹, qui permettent aux infirmières d'exprimer leurs ressentis, leurs expériences, mais également des recherches axées sur le paradigme positiviste**, permettant de quantifier ces perceptions et de les comparer.

7.2 Collecte des données

Une première consultation des bases de données a mis en évidence la faible quantité d'articles correspondant exactement à tous les critères de la question de recherche. Le thème de la collaboration infirmière-médecin est documenté sous divers angles, notamment celui du domaine intra-hospitalier et celui de la pratique collaborative en soi, mais beaucoup moins sous l'angle des perceptions infirmières.

Deux bases de données se sont rapidement imposées comme étant les plus fournies sur le thème en question, à savoir CINAHL et MEDLINE. La recherche d'articles a été effectuée entre septembre 2015 et janvier 2016. Afin de cibler les études récentes, la période de 2010 à 2015 a d'abord été exigée dans les critères de recherche, puis élargie à la période 2009 à 2015, par manque de données. Les langues « anglais » et « français » ont été sélectionnées afin de favoriser une bonne compréhension des articles, mais aucune étude publiée en français ne correspondait aux critères de recherche. Toutes les études retenues sont donc en anglais. Seules les études de source primaire ont été retenues, excluant ainsi les revues de littérature, les méta-analyses** et les métasynthèses**. Plusieurs stratégies de recherche ont été nécessaires afin de réunir un nombre suffisant d'études correspondant aux critères pour cette revue de littérature. Le focus sur les perceptions des infirmières était un critère important de la recherche. La collaboration avec le médecin et le contexte des soins à long terme en constituaient deux autres dès le début de la recherche. Les mots-clés « collaboration », « communication infirmière-médecins »,

¹¹ Les termes suivis de deux astérisques sont explicités dans le glossaire méthodologique (Annexe VII)

« home », « perceptions des infirmières », « personnes âgées », « relations infirmière-médecin », « satisfaction » et « soins à long terme » ont servi de stratégie pour la recherche et sont présentés dans le tableau ci-après en termes MeSH** ou descripteurs CINAHL (Tableau 1):

Tableau 1 – Stratégies de recherche

| Bases de données consultées | Mots-clés, descripteurs et opérateurs booléens | Années de publication | Nombre d'études trouvées | Nombre d'études retenues |
|-----------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| MEDLINE | Nurse-physician relationship (MeSH) AND self-efficacy (MeSH) | 2011-2016 | 4 | 1 |
| MEDLINE | Collaboration (MeSH) AND long term care (MeSH) AND Satisfaction (MeSH) | 2009-2016 | 6 | 1 |
| MEDLINE | Physician-nurse relationships (MeSH) AND nursing home (MeSH) | 2009-2016 | 12 | 1 |
| CINAHL | Nurses perception AND nurse-physician communication AND elderly | 2011-2016 | 2 | 0 |
| CINAHL | Nurses perception AND nurse-physician collaboration AND nursing home | 2009-2016 | 5 | 1 |
| CINAHL | Interprofessional teamwork AND perception AND collaboration | 2011-2016 | 40 | 2 |

Au total, six études de source primaire ont été retenues pour cette revue de littérature. Elles sont disciplinaires, à l'exception de l'étude de Caricati et al. (2014) qui apporte un regard plus sociologique. Trois d'entre elles proviennent de la base de données MEDLINE, et trois autres ont été choisies dans celle de CINAHL. Il est à noter qu'une des études figurait dans les deux bases de données.

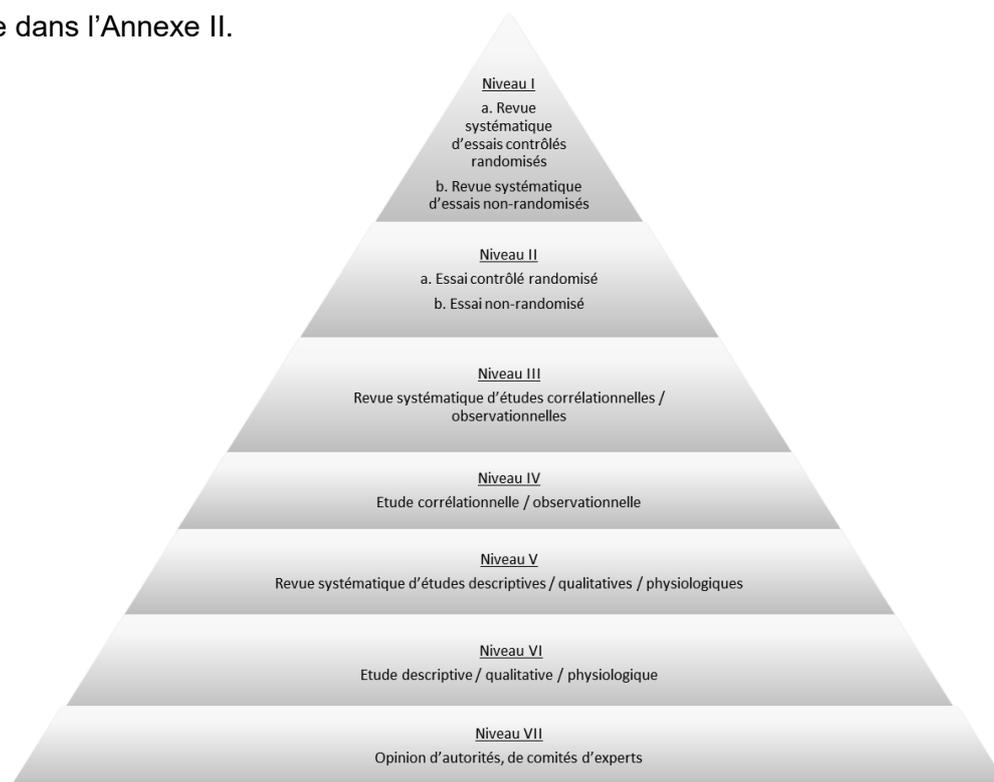
7.3 Sélection des données

Afin de sélectionner les études les plus pertinentes pour décrire les perceptions des infirmières en regard de leur collaboration avec les médecins dans le cadre des soins à long terme, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés et appliqués pour le choix des articles. Ils sont listés dans le Tableau 2.

Tableau 2 – Critères d'inclusion/exclusion

| Critères d'inclusion | Critères d'exclusion |
|--|---|
| Date de parution après 2009 | Date de parution avant 2009 |
| Langue de parution : anglais ou français | Langue de parution autre qu'anglais ou français |
| Etudes de source primaire | Revue de littérature, méta-analyses, méta-syntheses, protocoles d'étude |
| Etudes concernant la discipline infirmière | Etudes concernant les étudiants |
| Etudes concernant la collaboration infirmière-médecin | Etudes concernant la collaboration avec d'autres professionnels |
| Etudes concernant les perceptions ou expériences des infirmières | Etudes concernant la collaboration en soi, ne parlant pas des perceptions |
| Etudes concernant la perception de la collaboration | Etudes concernant la perception du rôle infirmier |
| Etudes dans le contexte des soins à long terme | Etudes spécifiques à un domaine hospitalier en particulier (chirurgie, pédiatrie) |

Le niveau de preuve de chacune des études est décrit, afin de créer une hiérarchie entre elles et vérifier leur qualité méthodologique. Dans cette revue de littérature, ces niveaux sont évalués selon la pyramide des preuves proposée par Denise F. Polit & Cheryl Tatano Beck (Polit & Beck, 2012, p. 28), traduite ci-dessous. La pyramide originale se trouve dans l'Annexe II.



Les études retenues sont présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3 – Liste des études retenues

| Auteurs | Titre | Date | Base de données | Niveau de preuve |
|---|--|------|-------------------|------------------|
| Tija, J., Mazor, K.M., Field, T., Meterko, V., Spensard, A., Gurwitz, J.H. | <i>Nurse-physician communication in the long-term care setting : perceived barriers and impact on patient safety</i> | 2009 | MEDLINE | IV |
| Donald, F., Mohide, E.A., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M., Akhtar-Danesh, N. | <i>Nurse practitioner and physician collaboration in long-term care homes : survey results</i> | 2009 | MEDLINE | IV |
| O'Brien, J.L., Martin, D.R., Heyworth, J.A., Meyer, N.R. | <i>A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team</i> | 2009 | CINAHL | VI |
| Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Sollami, A., Tafurelli, C., Artioli, G. | <i>Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals</i> | 2014 | MEDLINE | IV |
| Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. | <i>Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration</i> | 2014 | CINAHL | IV |
| Treadwell, J., Binder, B., Symes, L., Krepper, R. | <i>Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration</i> | 2015 | CINAHL MEDLINE | II |

7.4 Considérations éthiques

Un examen attentif de l'éthique de ces études est nécessaire, il permet de s'assurer de la protection des personnes participant aux études. Le respect de la dignité humaine, qui comprend le droit de disposer de soi-même, le droit à une information complète, le respect du consentement libre et éclairé**, le respect de la vie privée et des renseignements personnels, fait partie des principes éthiques essentiels que les chercheurs doivent chercher à appliquer (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, pp. 93-95).

Toutes les études retenues ont été examinées et approuvées par des comités d'éthique ou d'examen institutionnel. Tous les participants ont soit signé un consentement éclairé, soit été considérés comme volontaires puisqu'ils ont accepté de répondre au questionnaire de l'étude. Un tableau récapitulatif des considérations éthiques est présenté dans l'annexe III.

Cette revue de littérature ne comporte aucune intention de plagiat, toutes les informations et citations sont référencées selon les normes APA 6^{ème} édition (American Psychological Association, 2010).

7.5 Analyse des données

Pour analyser ces articles, la première intervention a été de créer pour chacun d'eux un tableau de recension (Annexe 1), afin de mettre en lumière les éléments importants à considérer pour cette revue de littérature. Afin d'évaluer la pertinence des articles, le type d'étude est précisé, ainsi que le lieu et l'année de publication. Le but de chaque étude est mis en évidence, tout comme les concepts utilisés et le cadre théorique. La méthode de collecte et d'analyse des données est décrite, les résultats et les conclusions des auteurs sont présentés. Dans chaque tableau de recension figurent également les forces et faiblesses de l'étude, telles que précisées par les auteurs ou telles que perçues.

Dans un deuxième temps, chaque étude est traduite en français et analysée individuellement, de manière à connaître la méthodologie utilisée et ainsi la fiabilité**, la crédibilité** et le respect des normes éthiques.

8 Résultats

8.1 Description de l'Etude 1 (Tjia, et al., 2009)

Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. & Gurwitz, J. (2009). *Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety.*

Les auteurs de cette étude se sont intéressés à la communication infirmière-médecin dans le contexte des soins à long terme. Ils avancent que, dans ce cadre, la majorité des communications avec le médecin se font par téléphone et que la pauvreté de ce type de communication peut affecter la sécurité des patients. Le but de l'étude est de décrire les perceptions des infirmières sur la communication infirmière-médecin par téléphone et mieux comprendre les barrières à la communication optimale. Dans un deuxième temps, elle vise à identifier des stratégies améliorant cette forme de communication. Le devis choisi est mixte, l'étude s'inscrivant dans les deux paradigmes, naturaliste et positiviste.

Dans la première partie, quantitative, les auteurs ont cherché à évaluer l'ampleur et la fréquence des barrières liées à la communication. 325 infirmières de 26 homes du Connecticut (Etat du nord-est des Etats-Unis) ont répondu à un questionnaire composé de 18 items, évaluant la communication téléphonique entre infirmière et médecin. Les résultats du questionnaire ont permis d'identifier 4 barrières à ce type de communication dans le cadre des soins à long terme*. La plus importante concerne le manque d'ouverture à la communication de la part du médecin, avec 28% des infirmières qui pensent que la barrière la plus importante est de se sentir empressée par le médecin. Les défis logistiques sont aussi des obstacles importants. En effet, les infirmières ont relevé la difficulté de trouver un endroit tranquille pour téléphoner ou pour atteindre le médecin. Les barrières les plus citées par les infirmières sont décrites dans le Tableau 4.

Tableau 4 – Principales barrières à la communication infirmière-médecin

| Ouverture/ Collaboration | Défis logistiques | Respect professionnel/ Frustration | Langue/ Compréhension mutuelle |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Se sentir empressée par le médecin (28%) •Le médecin ne veut pas régler le problème (17%) •Le médecin ne considère pas l'avis de l'infirmière dans une prise de décision (13%) | <ul style="list-style-type: none"> •Trouver un endroit tranquille pour téléphoner (25%) •Difficulté à atteindre le médecin (20%) | <ul style="list-style-type: none"> •Grossièreté et mépris du médecin (13 à 17%) •Infirmière interrompue par le médecin (16%) •Sentiment de frustration après une interaction avec le médecin (10%) | <ul style="list-style-type: none"> •Barrières linguistiques (10%) •Utilisation d'un jargon médical (3%) |

Dans la seconde partie de l'étude, les chercheurs ont souhaité identifier des stratégies pour vaincre ces barrières. Ils ont utilisé la méthode qualitative en interrogeant un sous-ensemble de 21 infirmières lors d'entrevues semi-structurées par téléphone. Ces interviews ont confirmé les thèmes abordés dans le questionnaire et en ont révélé d'autres, comme le manque de préparation de l'infirmière, le défi de collaborer avec les médecins de garde, l'importance de la confiance entre collaborateurs et le manque de réactivité des médecins. Les infirmières ont relevé de manière consensuelle qu'elles devaient être brèves et bien préparées avec une information clinique pertinente quand elles communiquent avec les médecins et que ceux-ci doivent être plus ouverts à l'écoute.

8.1.1 Validité méthodologique

Le devis est transversal**, c'est-à-dire que les chercheurs ont recueilli les données en une seule fois. Il permet d'observer et de décrire un phénomène à un moment donné, ce qui limite la généralisation** des données dans le temps (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 197). La méthode mixte** a été utilisée. Elle offre l'avantage de combiner les forces de l'approche quantitative (c'est-à-dire évaluer l'ampleur et la fréquence relative du phénomène connu) avec les forces de l'approche qualitative (c'est-à-dire identifier et explorer des phénomènes non mesurables par les méthodes quantitatives), et évite aux chercheurs de « se laisser enfermer dans les limites d'une seule et unique approche » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 250). L'utilisation des deux types de données a permis de renforcer les résultats et d'en accroître **la validité**.

L'échantillonnage** a été effectué dans la population d'une étude interventionnelle qui a recherché l'effet de la communication standardisée sur la qualité de la gestion de l'utilisation de la warfarine*, dont toutes les infirmières étaient éligibles. 375 d'entre elles ont répondu. Finalement, seuls 325 questionnaires se sont avérés complets (donnant un taux de réponse de 26% sur la population de départ).

Le questionnaire utilisé a été élaboré à partir de l'Echelle de communication infirmière-médecin de Schmidt (2002) cité par les auteurs, en conservant 8 des 18 items. Les 10 autres items ont été formulés pour les aspects de la communication téléphonique. Les réponses aux items ont été mesurées sur une échelle Likert** à 5 points. **La validité du contenu** a été évaluée et approuvée par un jury interdisciplinaire, composé de deux infirmières et deux gériatres, qui a examiné chacun des items et évalué la pertinence de la formulation et du contenu. En outre, un essai pilote a été mené afin d'assurer que les items étaient adaptés aux infirmières des soins à long terme aux Etats-Unis.

Concernant les entrevues semi-structurées par téléphone, 10 infirmières, intéressées, ont été choisies de manière aléatoire, et 11 autres ont été sélectionnées pour obtenir un échantillon** global avec une distribution représentative de l'âge, du sexe, du mandat d'infirmière et de la capacité de la langue (n=21).

Les données ont été transcrites et analysées pour en extraire les thèmes majeurs, lues par chaque chercheur et comparées aux thèmes proposés de manière itérative jusqu'à ce que tous les auteurs aient consenti à la saturation des données.

Toutefois, l'utilisation du téléphone pour les entrevues peut être discutée, car si elle est plus économique, elle est moins efficace, le participant pouvant se montrer peu coopératif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 246).

8.1.2 Pertinence clinique

Le recours aux deux types de données (quantitatives et qualitatives) peut être considéré comme pertinent dans cette étude, puisque l'analyse des données qualitatives a permis de découvrir de nouvelles barrières non identifiées dans le questionnaire et d'entendre des recommandations pour vaincre ces barrières. Les résultats des deux parties de l'étude confirment les conclusions d'études antérieures dans des cadres différents concernant la communication infirmière-médecin. Un contraste a néanmoins été observé entre les deux récoltes de données, l'état de préparation de l'infirmière étant jugé comme une barrière peu importante dans le questionnaire quantitatif, et très importante dans les entrevues qualitatives. La préparation inadéquate de l'infirmière pourrait être le résultat des appels téléphoniques retardés des médecins.

Le taux de réponse de 26% représente une limite à la généralisabilité** des résultats, les auteurs n'explicitant pas les motifs de non-réponse. Pourtant ceux-ci estiment que la représentativité de l'échantillon permet une généralisation des expériences d'infirmières aux soins à long terme.

8.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les infirmières souhaitent que les médecins admettent qu'elles connaissent souvent bien le patient, mais elles estiment que certaines de leurs collègues ne sont pas toujours bien préparées à l'entretien, ce qui affecte la communication infirmière-médecin. L'étude met également en évidence le rappel téléphonique parfois inopportun du médecin, amenant l'infirmière à un état sous-optimal de préparation (n'ayant pas les informations nécessaires sous la main). Les infirmières aimeraient que les médecins les écoutent plus et les rappellent rapidement. La recommandation exprimée le plus souvent par les infirmières de cette étude est celle d'être préparée. Elles proposent l'amélioration de la préparation de l'infirmière comme une cible-clé pour augmenter l'efficacité de la communication

infirmière-médecin dans le cadre des soins de longue durée. A ce sujet, les auteurs recommandent l'utilisation d'outils et conseillent la technique de communication structurée SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommandation), correspondant à SAED pour sa version francophone (Annexe IV).

Finalement les infirmières proposent quelques stratégies pour éviter les appels inutiles aux médecins. Elles peuvent regrouper les appels et prévenir ainsi les appels redondants, traiter au maximum les questions pendant que le médecin est présent et trier les appels pouvant être reportés au jour ouvrable suivant.

8.2 Description de l'Etude 2 (Donald, et al., 2009)

Donald, F., Mohide, E. A., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M. & Akhtar-Danesh, N. (2009). *Nurse Practitioner and Physician Collaboration in Long-Term Care Homes: Survey Results*.

Il s'agit d'une étude de type quantitatif. Elle propose de mesurer l'étendue de la collaboration entre les médecins et les infirmières praticiennes* travaillant dans des maisons de soins de longue durée en Ontario¹². L'étude compare également la satisfaction de la collaboration dans ces deux groupes.

L'échantillon rassemble la quasi-totalité des infirmières praticiennes financées par le Ministère de la Santé et Soins de Longue Durée en Ontario (n=14) et certains des médecins avec qui elles ont collaboré (n=27). Un questionnaire en deux parties leur a été envoyé par e-mail, afin de récolter, d'une part, les données concernant les participants eux-mêmes ainsi que les homes dans lesquels ils travaillent, et, d'autre part, des données sur la collaboration et la satisfaction de collaboration. Des questions supplémentaires sur la satisfaction quant à la disponibilité, le temps consacré à consulter, la pertinence des consultations et la qualité des soins ont été ajoutées.

En général, les scores moyens obtenus par les infirmières et les médecins sont dans la gamme « modérément positive ». Cependant, les médecins rapportent une plus grande satisfaction de la collaboration que ne le font les infirmières. Concernant les questions supplémentaires, les médecins rapportent un plus haut degré de satisfaction, mais la différence entre les deux groupes n'est statistiquement significative que pour un item, la pertinence des consultations initiées par le médecin.

Certains médecins rapportent un effet négatif de cette collaboration sur leur rémunération, mais de manière non statistiquement significative. De même, il n'y a pas de diffé-

¹² Province du Canada

rence statistiquement significative dans les scores en lien avec une éventuelle expérience de collaboration antérieure.

8.2.1 Validité méthodologique

Comme la précédente, cette étude présente un devis transversal, les données ayant été recueillies entre mars et juin 2007. Le questionnaire a inclus des items sélectionnés d'une étude antérieure et deux instruments ont été adaptés : « Measure of Current Collaboration » (MCC, mesure de la collaboration actuelle) et « Provider Satisfaction with Current Collaboration » (PSCC, satisfaction du prestataire avec la collaboration actuelle). Les tests psychométriques** de ces instruments n'ont pas été complétés pour cette étude, à cause de la petite population des infirmières (n=18), mais leur utilisation dans des études antérieures confirment leur pertinence et leur **validité apparente**** pour les infirmières praticiennes et les médecins en Ontario. Une échelle de type Likert à 6 points a été utilisée, évitant ainsi la tendance centrale**. Pour la **validité de contenu****, ces questionnaires ont été mis à l'essai par trois infirmières et trois médecins qui ont travaillé dans les homes d'Ontario mais ne répondaient pas aux critères d'inclusion parce qu'ils n'étaient pas rémunérés par le MoHLTC¹³. Ils ont rapporté que les items étaient clairs, complets et applicables à la collaboration infirmière-médecin dans les maisons de soins de longue durée.

Le nom du partenaire collaborant inscrit sur le questionnaire envoyé au médecin, assurant ainsi l'identification par paires, pose toutefois la question de l'anonymat et du lien avec l'infirmière en question, ce qui pourrait modifier la qualité des réponses.

8.2.2 Pertinence clinique

La dimension de l'échantillon est relativement petite, mais elle a inclus la population entière des infirmières et médecins éligibles à Ontario, et le taux de réponses était élevé. Toutefois, l'échantillon des médecins aurait pu être agrandi et considérer tous les médecins ayant collaboré avec les infirmières, et non uniquement ceux désignés par celles-ci. Les limites de temps et de budget ainsi que le fardeau que représente, pour les infirmières participantes, le fait de devoir compléter un questionnaire par médecin sont à l'origine de cette lacune.

En Ontario, la légifération de la pratique ne permet pas à l'infirmière d'évoluer dans l'ensemble de son champ de compétences et de connaissances, ceci pouvant expliquer une certaine frustration à devoir contacter le médecin pour demander une ordonnance, ce qui prend un temps considérable et diffère le soin au résident.

¹³ Ministère de la Santé et des Soins à Long Terme d'Ontario

Le petit nombre d'infirmières et de médecins associés à une province limite la **généralisation** des conclusions. Les auteurs recommandent une plus grande dimension de l'échantillon, incorporant des tests psychométriques des instruments MCC et PSCC.

8.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les auteurs de cette étude mentionnent que bien que les scores totaux soient modérément positifs, il y a de la place pour une amélioration de l'ampleur et de la satisfaction de la collaboration infirmière-médecin. La collaboration pauvre a des implications potentiellement sérieuses pour la sécurité et la continuité des soins. Les chercheurs souhaitent encourager le MoHLTC à exiger des évaluations annuelles sur la collaboration infirmière-médecin, qui préciseraient ce qui doit être amélioré et quelles ont été les stratégies mises en place pour répondre aux préoccupations et fortifier la relation de collaboration. Ils suggèrent également que ceux qui collaborent efficacement soutiennent les novices en devenant leurs mentors.

Donald et al. (2009) mentionnent un chevauchement des fonctions entre médecins et infirmières, qui peut mener à une confusion des rôles et à une crainte des médecins de perdre leur identité professionnelle. Ils proposent de définir clairement les rôles de chacun pour renforcer la pratique de collaboration et rehausser les résultats cliniques. Un accord écrit, tel qu'un contrat de collaboration, pourrait ouvrir le dialogue à ce sujet. Des réunions régulières entre infirmières praticiennes et médecins fourniraient un forum pour discuter de la qualité de la collaboration et des stratégies pour la fortifier.

8.3 Description de l'Etude 3 (O'Brien, Martin, Heyworth, & Meyer, 2009)

O'Brien, J., Martin, D., Heyworth, J., & Meyer, N. (2009). *A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team.*

Cette étude enquête sur la collaboration en examinant la description et la perception des expériences de collaboration entre des infirmières de pratique avancée et des médecins.

La phénoménologie** sert de cadre à cette étude qualitative, qui s'inscrit dans le paradigme naturaliste et permet de souligner l'expérience vécue éprouvée individuellement par chaque professionnel. Des entrevues approfondies ont été menées par les chercheurs avec des infirmières de pratique avancée et des médecins travaillant en équipe dans des maisons de retraite multiples du Midwest¹⁴. Après des participants, les cher-

¹⁴ Région des Etats-Unis comprenant 8 Etats

cheurs ont approfondi la signification de la collaboration, comment cette collaboration se manifeste au niveau comportemental (ou pas), des exemples de collaboration (ou manque de collaboration), les caractéristiques de collaboration recherchées dans les équipes de partenaires et les barrières perçues comme obstacles à la collaboration.

Les entrevues ont révélé quatre groupes thématiques, présentés comme importants par tous les médecins et infirmières : l'accessibilité (ou disponibilité), les compétences interpersonnelles, l'écoute et les compétences verbales du message. Mais les perceptions des uns et des autres sur les comportements actuellement en vigueur ont différé clairement, malgré le vocabulaire commun pour définir les composants cruciaux. Par exemple, les infirmières considèrent les médecins comme accessibles lorsqu'ils contrôlent leur humeur et ne font pas de jugements prématurés. Les médecins, eux, estiment que les infirmières doivent surtout contrôler leur émotivité. Généralement, ni médecin ni infirmière ne se perçoit comme contribuant aux difficultés. Une distinction perceptrice claire dans l'expérience de collaboration émerge de cette étude.

8.3.1 Validité méthodologique

Peu d'études antérieures ont alimenté et documenté le mandat de cette recherche. Selon les auteurs, la base de données Cochrane proposait, lors de sa publication, uniquement des études quantitatives d'essais contrôlés randomisés mais aucune recherche descriptive ou qualitative.

La méthode choisie pour cette étude est la phénoménologie, permettant aux chercheurs de comprendre les perceptions du point de vue des participants. Les auteurs indiquent avoir dû pour cela « suspendre » leurs idées préconçues et identifier les significations des individus ayant vécu l'expérience de collaboration. Ils ont recherché au sein des structures expérientielles les significations centrales ou l'essentiel.

La **généralisation** des résultats de cette étude examinant seulement un groupe de pratique interdisciplinaire d'infirmières et de médecins dans les maisons de retraite du Midwest est limitée selon les auteurs. Mais ces résultats reflètent toutefois les résultats des autres études analysées dans cette revue de littérature.

Pour améliorer la **crédibilité**, les entrevues ont été menées durant 60 à 90 minutes par deux interviewers, et 30 à 45 minutes séparaient chaque entrevue programmée, afin de permettre une expression supplémentaire des participants sans contrainte de temps. Des chambres confortablement meublées étaient réservées privativement pour l'étude au sein de l'établissement de l'hôte. Les chercheurs avaient cinq vecteurs d'interrogation, tout en induisant une « approche ouverte », avec un temps adéquat permettant aux participants de relayer des histoires longues ou des exemples. Les interviewers ont recherché des exemples concrets, réminiscences, histoires ou illustrations des idées autant que pos-

sible. Ils les ont enregistrés et recopiés. Quatre analystes ont travaillé de manière indépendante puis en collaboration pour identifier les invariants*, augmentant ainsi la **fiabilité** des résultats.

Les participants ont échangé des recommandations avec leurs partenaires pour rehausser la collaboration, mais ne se sont généralement pas perçus comme contribuant aux difficultés. Ce manque de perspicacité provoque un doute chez les auteurs. Une certaine familiarité avec les interviewers pourrait être à l'origine d'une réduction des révélations autocritiques ou habituelles, indiquant un risque de biais**. Les chercheurs se sont aussi demandé s'ils n'avaient pas apporté de nouvelles informations aux participants au fil des entretiens. Les expériences, connaissances et appropriations mentales des chercheurs ont nécessité une reconnaissance consciente au début de l'étude, afin de renforcer **leur crédibilité**.

8.3.2 Pertinence clinique

Peu d'études ont traité la question de la collaboration dans les maisons de retraite, malgré la conscience répandue du problème de collaboration interdisciplinaire dans ce contexte.

Approfondir les exigences pour une collaboration constructive et efficace entre médecin et infirmière est important pour la qualité du soin au patient et la satisfaction professionnelle.

Les chercheurs ont procédé à un échantillonnage par choix raisonné**, en sélectionnant les participants. L'échantillon, délibérément de petite taille (n=13) comme il est d'usage dans le cadre d'une étude en phénoménologie, se compose de huit infirmières de pratique avancée et cinq médecins, membres d'une équipe interdisciplinaire d'un grand groupe qui dessert environ 40 maisons de retraite du Midwest. Tous les participants de cette étude avaient de l'expérience dans un ou plusieurs groupes de pratique collaborative.

Les conclusions talonnent les discussions au sujet des invariants jugés essentiels pour une collaboration efficace. Les auteurs précisent que les conclusions peuvent avoir une valeur heuristique et provoquer des enquêtes pour approfondir les attentes comportementales des infirmières et des médecins quand ils tentent la collaboration dans un contexte de maison de retraite.

8.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les médecins et les infirmières peuvent utiliser des termes identiques, mais l'approfondissement des concepts révèle des invariants différents. Les auteurs proposent d'aller au-delà de hautes abstractions et de partager des exemples concrets et des his-

toires pour clarifier les différences de perception. Cette étude suggère que les termes familiers, acceptés par tous, peuvent masquer des différences substantielles qui nécessitent à la fois une définition et une attention réciproque. Les attentes mutuelles pour collaborer pourraient être clarifiées lors de réunions du personnel, bien que cette enquête démontre que la langue peut être un obstacle aussi bien qu'un vecteur pour parvenir à la compréhension entre infirmières et médecins.

8.4 Description de l'Etude 4 (Caricati, et al., 2014)

Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Sollami, A., Tafurelli, C., Artioli, G. (2014). *Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals.*

Il s'agit d'une étude quantitative, avec un devis transversal, qui a pour but d'enquêter sur les effets réciproques de l'auto-efficacité*, l'engagement dans l'équipe*, l'engagement professionnel* et les pratiques collaboratives chez les infirmières et les médecins.

Un questionnaire a été rempli par 296 infirmières et 124 médecins travaillant dans différents hôpitaux nationaux italiens. Un modèle différent pour chaque profession a été proposé pour lier les variables psychosociales de l'identité professionnelle à la pratique collaborative, suite à la vérification des hypothèses. Ces deux modèles sont illustrés dans l'annexe V.

Les résultats ont montré que la pratique collaborative perçue augmente l'engagement dans l'équipe et l'auto-efficacité chez les deux professionnels. L'auto-efficacité affecte positivement l'engagement dans l'équipe et l'engagement professionnel. La même auto-efficacité augmente l'attitude envers la pratique collaborative (volonté de collaborer) seulement chez les infirmières, ce qui peut être expliqué par la place différente dans le pouvoir hiérarchique. L'engagement dans l'équipe affecte l'attitude envers la pratique collaborative positivement pour les médecins et négativement pour les infirmières. Au contraire, l'engagement professionnel prédit positivement l'attitude envers la pratique collaborative chez les infirmières, et négativement chez les médecins. Les auteurs précisent que pendant que les infirmières voient la pratique collaborative comme une occasion d'améliorer la distinction positive de leur groupe professionnel, les médecins peuvent voir la collaboration comme une menace pour leur position professionnelle puissante.

La conclusion de cette étude révèle que l'attachement à sa propre profession paraît faciliter la volonté de collaborer pour les infirmières mais entrave la volonté de collaborer pour les médecins : une différence qui peut faire valoir les intérêts divergents que les infirmières et les médecins mettent dans la collaboration interprofessionnelle.

8.4.1 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est transversal, avec des données recueillies sur une période de 5 mois en 2011. Il permet de décrire les relations entre des phénomènes à un moment donné (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 197), comme ici les relations entre les variables psychosociales liées à l'identité professionnelle et la pratique collaborative infirmière-médecin.

Les questionnaires ont été distribués à 506 professionnels travaillant dans quatre hôpitaux nationaux d'Italie du Nord, dont les unités de soins ont été sélectionnées au hasard pour 25% dans chaque hôpital. Les questionnaires avec des valeurs manquantes ont été exclus de la base de données, puis ceux avec des valeurs extrêmes ($n=9$), ce qui a laissé un échantillon de 420 professionnels.

Une échelle de Likert à 5 points permettait de répondre aux différents items. La précision des échelles a été vérifiée grâce au coefficient alpha de Cronbach** (supérieur à 0,70), rendant **la fiabilité** généralement satisfaisante.

Etant donné que les deux modèles utilisés pour les deux groupes professionnels étaient légèrement différents, une analyse de multi-groupe a été exécutée. Ce genre d'analyse estime la relation parmi les variables à l'intérieur de chaque sous-groupe et fournit des indices d'ajustement pour l'échantillon combiné. L'étude utilise plusieurs indices d'ajustement pour tester les modèles. Ils se montrent très satisfaisants à travers le test du khi carré.

8.4.2 Pertinence clinique

Les résultats s'alignent sur la recherche antérieure et confirment que les conditions de travail positives rehaussent l'attachement psychologique au travail collaboratif et la sensation d'être efficace. Les résultats sont également conformes à la littérature qui indique que le sentiment d'efficacité renforce l'engagement avec l'équipe de travail.

Les variables psychosociales liées à l'identité professionnelle sont fortement associées à la pratique collaborative infirmière-médecin. Dans cette étude, les chercheurs reconnaissent le travail multidisciplinaire comme une stratégie irrémédiable pour la gestion de problèmes complexes dans les soins médicaux contemporains.

La plupart des études antérieures ont été menées en tenant compte de la perspective infirmière uniquement. Cette étude est une nouvelle considération d'une dynamique psychosociale en rapport avec la collaboration interprofessionnelle aussi pour les médecins. Elle est pertinente considérant que la pratique collaborative est réciproque par nature.

8.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les conclusions de cette étude soutiennent que la création d'un environnement de travail avec une pratique collaborative efficace nécessite de rehausser l'engagement dans l'équipe et l'auto-efficacité, indépendamment des infirmières ou des médecins. La pratique collaborative représente une ressource contextuelle favorable pour travailler dans de meilleures conditions, avec satisfaction et participation aux buts de l'unité de soins. Cependant, les conclusions montrent aussi que l'atteinte d'une bonne pratique collaborative implique la restructuration de la relation hiérarchique entre infirmières et médecins. Une prise de conscience au sujet de la complémentarité des rôles des deux professionnels devrait être favorisée. Les auteurs proposent que des programmes pédagogiques communs forment les infirmières et les médecins pour collaborer les uns avec les autres de manière efficace.

8.5 Description de l'Etude 5 (Matziou, et al., 2014)

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). *Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration*.

Il s'agit d'une étude descriptive** quantitative, conçue pour enquêter sur les perceptions d'infirmières et de médecins au sujet de leur collaboration et les facteurs qui l'influencent.

Un questionnaire auto-administré** a été envoyé à un échantillon aléatoire de 93 médecins et 197 infirmières basés dans deux grands hôpitaux publics à Athènes en Grèce. Il contenait 28 questions divisées en 4 sous-groupes. La partie A du questionnaire concernait les infirmières et proposait des questions en lien avec la communication, l'instruction et la collaboration avec les médecins, ainsi que la participation dans le processus de prise de décisions. La partie B concernait les infirmières et les médecins. Dans cette partie, 13 questions étaient communes aux deux professions (opinions au sujet de leur relation dans le soin aux patients).

Les résultats de l'étude mettent en évidence des perceptions différentes. Près de la moitié des infirmières interrogées (49,8%) pense que les médecins évaluent injustement leur travail et plus de la moitié (60,4%) considère qu'ils ne collaborent pas avec elles durant la phase thérapeutique ou le processus décisionnel et n'écoutent pas leur opinion, alors que plus de 95% des médecins estiment respecter le travail des infirmières et accepter la responsabilité des infirmières dans le soin au patient. 65,9% des infirmières

pensent que les médecins ne sont pas intéressés à leur situation familiale ni à leurs besoins personnels, alors que près de 90% des médecins disent être sensibles à cela.

Chez les infirmières, un nombre élevé d'années d'expérience, un plus haut niveau de formation (universitaire, études post-grade), la petite taille de l'unité sont des facteurs influençant positivement la coopération des médecins. Les facteurs favorisant une relation de confiance chez les médecins sont une expérience minime, un jeune âge et un service de plus de 15 patients. A titre d'exemple, les auteurs soulèvent une communication infirmière-médecin facilitée par des infirmières ayant reçu un enseignement supérieur ou universitaire, sans doute grâce à une meilleure compréhension du rôle infirmier et un langage plus interprofessionnel. Dans le même sens, les plus jeunes médecins avec moins d'expérience ont reconnu plus facilement le rôle de l'infirmière et accepté leur opinion dans la prise de décision. Autre exemple parlant, les médecins-hommes montrent une plus grande sensibilité à la situation familiale des infirmières que les médecins-femmes.

Ces résultats indiquent que les médecins et les infirmières de cette étude ne partagent pas les mêmes idées et attentes au sujet de la communication et la collaboration mutuelles.

8.5.1 Validité méthodologique

Cette étude est une recherche descriptive, servant à dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe. Elle cherche à observer, décrire et étayer un phénomène (Loiselle & Profetto-McGrath, Méthodes de recherche en sciences infirmières, 2007, p. 194), ici le phénomène de la collaboration.

Le devis est transversal, puisque les données ont été recueillies de février à mai 2010. Les auteurs décrivent leur plan d'échantillonnage de façon précise : les noms de tous les médecins (n=333) et infirmières enregistrées (n=356) travaillant dans deux hôpitaux publics à Athènes ont été entrés dans une base de données informatique et un échantillon aléatoire de 100 médecins et 200 infirmières a été sélectionné. **La validité externe** est également augmentée par le taux de réponses élevé, à savoir 98,5% pour les infirmières et 93% pour les médecins. Cet échantillon limité à deux hôpitaux en Grèce ne permet pas une réelle généralisation mais les auteurs le considèrent comme assez grand pour les besoins de l'évaluation. L'échantillonnage aléatoire minimise le biais de sélection**.

L'étude de Matziou et al. (2014) compare les perceptions des infirmières à celles des médecins, dont les différences sont statistiquement significatives, augmentant ainsi la **validité des conclusions**.

Le questionnaire, anonyme, a été transmis en format papier. Les chercheurs ont aidé les participants en répondant aux questions expositives demandées. Tous les items avaient 4 options de réponses possibles sur une échelle de notation de Likert. La validité

de contenu des questions des sous-groupes a été vérifiée par un groupe de spécialistes, puis un examen global du questionnaire a été mené par une équipe différente de spécialistes, assurant la **fiabilité** du contenu. En utilisant le coefficient de l'alpha de Cronbach pour évaluer la précision du questionnaire, une **cohérence interne**** fiable a été confirmée.

8.5.2 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude sont en accord avec la littérature récente et démontrent des divergences d'idées concernant la communication et la collaboration, qui pourraient être le reflet de cultures professionnelles différentes.

Matziou et al. (2014) suggèrent qu'une amélioration des connaissances en regard des approches et perceptions différentes de chaque professionnel au sujet de leur communication et collaboration mènerait à une meilleure compréhension mutuelle et à une relation collaborative prospère. Toutefois, il semblerait que le système bureaucratique des hôpitaux en Grèce ne soutienne pas la promotion de la collaboration interprofessionnelle, où la méconnaissance des rôles professionnels paraît l'obstacle le plus important à la collaboration entre infirmières et médecins. Pourtant, en accord avec les résultats d'autres études, les auteurs rappellent que la coopération interprofessionnelle dans les établissements de santé améliore les résultats cliniques, la satisfaction des patients et les coûts. Malgré la limitation de leur échantillon, les chercheurs pensent que leurs résultats sont innovateurs. Ils suggèrent qu'une future enquête sur la collaboration interprofessionnelle et le rôle infirmier serait intéressante dans l'élaboration d'un nouveau système de soins avec des rôles infirmiers plus autonomes.

8.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

L'implication clinique importante relevée par les auteurs est que les infirmières et les médecins ne partagent pas les mêmes visions à propos de la collaboration et que les infirmières se sentent dévaluées. Les directeurs de la santé devraient reconnaître ces différences et développer des stratégies pour vaincre les barrières de la communication. Une formation interprofessionnelle commune pourrait contribuer au développement d'une collaboration efficace, en visant à l'origine la prestation de soin de haute qualité et secondairement la satisfaction des professionnels de leur environnement de travail. De plus, la structure interprofessionnelle devrait encourager la négociation interprofessionnelle progressive entre infirmière et médecin en renforçant la compréhension et le respect mutuels. Selon les auteurs de cette étude, les rôles professionnels mutuellement acceptés devraient être mis à jour et les responsabilités clarifiées.

En conséquence, la reconnaissance de l'importance de la communication efficace dans la pratique ordinaire et le développement d'interventions interprofessionnelles améliorant la collaboration deviennent indispensables pour les infirmières comme pour les médecins. Les infirmières doivent également consolider leur rôle dans le processus de décision et dans les soins aux patients.

8.6 Description de l'Etude 6 (Treadwell, Binder, Symes, & Krepper, 2015)

Treadwell, J., Binder, B., Symes, L., & Krepper, R. (2015). *Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration.*

Il s'agit d'une étude quantitative avec un design expérimental. Son but est de déterminer si une intervention basée sur la formation et l'expérience pour développer des compétences d'équipe dans les maisons médicales affecterait positivement les perceptions des membres de l'équipe sur la collaboration interprofessionnelle.

50 sites de pratique localisés à Houston (Texas) participent à cette étude, dont 25 reçoivent l'intervention d'un gestionnaire de cas* qui donne une formation d'équipe touchant au leadership, à la communication et au soutien mutuel (appelée « **TeamSTEPPS** »). Les 25 autres sites forment le groupe-contrôle**, et reçoivent une autre formation, qui encourage l'utilisation des outils de nutrition et d'activité (« **Energize Our Families** »).

L'hypothèse formulée est que le personnel des maisons médicales qui reçoit la formation d'équipe obtient un score plus élevé quant aux perceptions interprofessionnelles positives que celui du groupe-contrôle. Après une intervention de 12 semaines dans chacun des groupes, une échelle d'évaluation sur la collaboration interprofessionnelle est remplie par tous les participants. L'analyse des résultats indique qu'une formation sur les besoins de collaboration dans une maison médicale par l'intermédiaire d'un gestionnaire de cas est efficace pour influencer les perceptions positives de la collaboration interprofessionnelle. En effet, les équipiers individuels ayant reçu l'intervention sont considérablement plus enclins que les équipiers individuels du groupe-témoin à rapporter des niveaux positifs de perception sur la collaboration en équipe après la 12^{ème} semaine d'intervention.

8.6.1 Validité méthodologique

Un devis expérimental a été utilisé, c'est-à-dire que les chercheurs ont manipulé la variable indépendante avec la mise en place d'une intervention de formation, pour en comparer les effets à un groupe-contrôle (qui accroît la **validité** de l'étude). De plus, la randomisation** parmi 254 sites d'accueil a permis d'identifier les sites pour le groupe d'intervention et le groupe-contrôle. Une étude semblable menée en 1998 par Solberg et

al., citée par les auteurs, a permis aux chercheurs d'identifier le nombre de maisons nécessaire pour atteindre une puissance** minimale de 0,80, à savoir 25 maisons pour le groupe d'intervention et 25 maisons pour le groupe-contrôle.

32 sites randomisés ont consenti à participer à l'étude, les 18 maisons manquantes ont dû être trouvées dans la population initiale, ce qui correspond à un échantillon de 32 pratiques de la session randomisée et 18 provenant d'un échantillon de commodité, basé sur la bonne volonté de participer à l'étude.

Une étude-pilote a été menée d'août à novembre 2013, en utilisant 5 sites de pratique dans le groupe d'intervention et 5 sites dans le groupe-contrôle. Elle a permis d'établir la faisabilité de l'intervention d'une perspective opérationnelle et confirmé que l'outil de mesure du résultat était approprié.

L'instrument AITCS (Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale), avec 37 items et trois sous-échelles (partenariat - prise de décisions partagée - coopération et coordination) utilise une échelle de Likert à 5 points pour mesurer le niveau de collaboration des équipes. Initialement, le test de l'outil par le coefficient alpha Cronbach a démontré la **cohérence interne**. Un examen professionnel par 24 experts a établi la **validité de contenu** et confirmé la **validité de construit****.

328 participants ont complété l'outil, par rapport au 363 initialement enrôlés dans l'étude, ce qui correspond à un taux de réponses de 90%. Les évaluations ont été effectuées en aveugle, le 1^{er} groupe pensant répondre à un projet d'amélioration de la qualité et le 2^{ème} groupe évaluer des outils de nutrition et d'activité, ce qui augmente la **validité externe** de cette étude.

L'épreuve *U* de Mann-Whitney** a été utilisée pour vérifier les différences de scores entre les deux groupes (intervention et contrôle), mais aussi pour différencier les résultats du groupe de pratiques obtenus par technique d'échantillonnage aléatoire (n=32) et les résultats globaux de l'outil.

8.6.2 Pertinence clinique

Il y a des limitations à la généralisation des conclusions de cette étude, car l'échantillon est limité à 50 maisons dans la région du Texas. Les résultats montrent toutefois que l'intervention vaut la peine de l'extension à d'autres populations. Les 25'000 patients des institutions qui ont reçu l'intervention bénéficient désormais de la formation fournie au personnel par le biais de cette recherche. Du point de vue des auteurs, une formation régulière par des gestionnaires de cas s'intéressant à l'engagement et à la confiance des membres du personnel dans l'utilisation de compétences collaboratives, rehausserait le respect et la valeur de chaque rôle et obtiendrait plus de gains dans les domaines de l'efficacité, la rétention du personnel sur le site de travail et la sécurité des patients grâce

à la confiance mutuelle, la communication claire et la prise de décision partagée. Par ailleurs, à ce sujet, Treadwell et al. (2015) suggèrent d'évaluer l'impact économique de la formation « **TeamSTEPPS** » sur cette population, au fil du temps.

8.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de l'étude sont prometteurs, selon les auteurs, pour développer des équipes interprofessionnelles efficaces dans les maisons médicales. La stratégie proposée pour aider ces institutions à fournir un environnement de collaboration est de développer des plans de santé avec des gestionnaires de cas qui instruisent les équipes au sujet d'outils de collaboration interprofessionnelle.

L'approche de la formation dans la pratique collaborative par un gestionnaire de cas est soutenue par le besoin de transformer la culture de soins hiérarchisés en soins basés sur l'équipe. En outre, les résultats de l'étude suggèrent que la collaboration interprofessionnelle dans les maisons médicales, acquise à travers une intervention pédagogique et expérientielle, peut augmenter la satisfaction de l'équipier ainsi que la rétention du personnel, améliorant ainsi l'accès aux soins nécessaires pour les patients.

8.7 Synthèse des principaux résultats

Une première évidence apparaît lors de l'analyse de ces études : les perceptions des infirmières au sujet de la collaboration infirmière-médecin sont souvent différentes de celles des médecins, lorsque celles-ci sont comparées. C'est le cas dans 4 des 6 études examinées pour cette revue de littérature.

Ainsi, les médecins de l'étude de Donald et al. (2009) rapportent un plus haut niveau de satisfaction de la collaboration que les infirmières, mais les différences de perceptions ne sont pas toutes statistiquement significatives. Par contre, l'étude d'O'Brien et al. (2009) décrit des perceptions sur les comportements actuels des uns et des autres comme clairement différents, alors que tous étaient en accord sur les facteurs nécessaires à la collaboration, à savoir l'accessibilité, les compétences interprofessionnelles, l'écoute et les compétences verbales du message. Caricati et al. (2014) précisent que l'attachement à sa propre profession facilite la volonté de collaborer des infirmières mais entrave la volonté de collaborer des médecins (qui voient la collaboration comme une menace pour leur position professionnelle puissante). Médecins et infirmières semblent mettre des intérêts différents dans la collaboration interprofessionnelle. Matziou et al. (2014) soulignent également ces différences, les infirmières et les médecins ne partageant pas les mêmes représentations de la communication et de la collaboration mutuelles. Les infirmières se sentent dévaluées par les médecins, peu écoutées et peu sollicitées dans les processus de décision, alors que la majorité des médecins estime respecter leur travail et accepter la responsabilité des infirmières dans le soin au patient.

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Tija et al. (2009) mettent en évidence les barrières à la communication infirmière-médecin ressenties par les infirmières, dont notamment le fait de se sentir empressée par le médecin, la difficulté de trouver un endroit tranquille pour téléphoner, la grossièreté du médecin ou sa façon de l'interrompre. Dans la 2^{ème} partie de son étude, Tija et al. (2009) mettent en évidence le manque de préparation de l'infirmière et quelques recommandations utiles proposées par les infirmières elles-mêmes.

L'étude de Caricati et al. (2014) démontre des liens entre l'auto-efficacité, l'engagement dans l'équipe, l'engagement professionnel et l'attitude envers la pratique collaborative (motivation à collaborer). Des différences de perceptions entre les médecins et les infirmières y sont également clairement identifiées.

La dernière étude examinée pour cette revue de littérature (Treadwell, Binder, Symes, & Krepper, 2015) est différente par son approche, puisqu'elle met en place une intervention de formation sur le travail d'équipe. Les résultats confirment que les compétences de collaboration développées grâce à cette formation orientent positivement les perceptions des membres de l'équipe sur la collaboration interprofessionnelle.

9 Discussion

Ce chapitre est consacré à la synthèse des résultats et leurs relations avec la problématique de cette revue de littérature. Il cherche à évaluer la pertinence des découvertes et leur éventuelle utilisation dans la pratique infirmière, encourageant une collaboration infirmière-médecin plus efficiente dans le cadre des établissements médicaux-sociaux.

9.1 Discussion des résultats

Cette revue de littérature se donne pour objectif d'étudier, à travers des articles de recherche consacrés à ce sujet, les perceptions des infirmières concernant leur collaboration avec les médecins dans le cadre des soins à long terme.

L'ensemble des études retenues met l'accent sur la prise en charge des personnes âgées devenant de plus en plus complexe et exigeant une relation de collaboration interdisciplinaire de plus en plus étroite (Donald et al., 2009 ; Tija et al., 2009 ; O'Brien et al., 2009 ; Caricati et al., 2014 ; Matziou et al., 2014 ; Treadwell et al., 2015). Les infirmières estiment que les rapports de collaboration sont parfois satisfaisants, parfois difficiles, d'autres fois les expériences sont mitigées.

Les infirmières et les médecins de l'étude phénoménologique d'O'Brien et al. (2009) soulignent et reconnaissent les qualités essentielles à la collaboration. Il s'agit de l'accessibilité, des compétences interpersonnelles, de l'écoute et des compétences verbales du message. Hamric et al. (2014), cadre de référence de cette revue de littérature, décrivent également ces qualités et les considèrent comme indispensables à une bonne collaboration. Médecins et infirmières ont un point de vue identique sur les compétences nécessaires à la collaboration interdisciplinaire (O'Brien et al., 2009 ; Matziou et al., 2014), mais les perceptions quant à cette collaboration diffèrent. Effectivement, plusieurs études ont exploré les perceptions des infirmières, mais également les perceptions des médecins, mettant en évidence un certain nombre de différences (Donald et al., 2009; O'Brien et al., 2009 ; Caricati et al., 2014 ; Matziou et al., 2014).

Les médecins sont généralement plus satisfaits de leur collaboration avec les infirmières que l'inverse. Les résultats de l'étude de Matziou et al. (2014) le confirment : près de la moitié des 197 infirmières interrogées pense que les médecins ne prennent pas assez en considération leur travail et 60,4% pensent qu'ils ne collaborent pas avec elles pendant la phase thérapeutique et/ou le processus décisionnel, ni n'acceptent leur opinion. A l'inverse, 98,9% des médecins collaborant avec elles déclarent accepter la responsabilité des infirmières dans les soins aux patients. Par ailleurs, toujours selon Matziou et al. (2014), les infirmières recherchent une autonomie professionnelle tandis que les médecins caractérisent les problèmes de collaboration comme des questions de moindre importance. Il est important de relever que, selon Hamric et al. (2014), les

croyances divergentes entre les médecins et les infirmières sur leur façon de collaborer et leurs difficultés à comprendre leurs perspectives propres peuvent créer un environnement de travail difficile et un soin dangereux s'il n'est pas coordonné.

Les infirmières interrogées dans l'étude qualitative d'O'Brien et al. (2009) ont parfois été découragées par des attitudes de médecins peu accessibles (mauvaise humeur, émotions négatives, jugements prématurés). Or, Hamric et al. (2014) considèrent la communication interprofessionnelle comme une compétence de base pour la collaboration. Les médecins de l'étude d'O'Brien et al. (2009) considèrent que certaines infirmières ont des difficultés à gérer leurs émotions, ce qui empêche une gestion efficace des lourdes charges de travail. De telle sorte qu'ils évitent de les solliciter (O'Brien, Martin, Heyworth, & Meyer, 2009). Hamric et al. (2014) considèrent que le partage des responsabilités avec les autres professions et l'engagement pour gérer les désaccords sur les valeurs sont nécessaires à des résultats de soins pertinents. O'Brien et al. (2009) relèvent également que les infirmières s'accommodent plus volontiers du style de travail du médecin que l'inverse, les médecins n'ayant pas toujours conscience des compétences et des connaissances de celles-ci. Hamric et al. (2014) conseillent d'intégrer les connaissances et expériences des autres professions pour collaborer de manière efficiente.

L'étude de Caricati et al. (2014) a enquêté sur les facteurs psychosociaux* chez les deux professionnels. Leurs résultats permettent de comprendre que l'engagement professionnel fort des médecins entrave leur bonne volonté de collaborer avec les infirmières, tandis que l'effet est inverse pour les infirmières. Il est intéressant de noter que les médecins, contrairement aux infirmières qui voient la pratique de la collaboration comme une occasion d'améliorer la distinction positive de leur groupe professionnel, la perçoivent plutôt comme une menace pour leur position professionnelle puissante (Caricati, et al., 2014).

Le modèle paternaliste présenté par Stein en 1967, où l'infirmière vise toujours l'approbation du médecin, semble avoir laissé son empreinte. Hamric et al. (2014) rajoutent que la confusion des champs de pratique et leurs changements fréquents peuvent être préjudiciables à la collaboration pour tous les participants.

Plusieurs études avancent que la formation concernant la collaboration n'est pas identique pour l'un et l'autre, ce qui peut expliquer de telles différences de perceptions (Donald et al., 2009 ; Caricati et al., 2014 ; Matziou et al., 2014). Par exemple, la plupart des médecins de l'étude de Donald et al. (2009) ont été formés il y a plus de 30 ans, alors qu'il n'y avait aucun cours sur la collaboration, et ont appris à travailler indépendamment dans un système hiérarchique, se référant à des spécialistes plutôt que de collaborer sur un plan de soins avec d'autres professionnels. Les infirmières interrogées, elles, ont reçu leur formation dans les 8 dernières années, avec un programme mettant l'accent sur la colla-

boration (Donald, et al., 2009). Caricati et al. (2014), dans leur étude, affirment que l'apprentissage de la pratique collaborative commence seulement quand les professionnels entrent dans leur lieu de travail. Le développement de l'engagement professionnel est alors facilité plutôt que l'engagement dans l'équipe (Caricati, et al., 2014). Pour ce qui est du système de formation en Valais, la volonté de mettre en place des modules communs aux infirmières et aux médecins est bien réelle, comme vu dans le Plan d'Etude Cadre (HES-SO, 2015), mais l'apprentissage de la collaboration se concrétise effectivement sur les lieux de pratique. Ainsi, Junod Perron et al. (2008), cités dans le cadre théorique de cette revue de littérature, suggèrent que les professionnels de la santé, quelle que soit leur discipline, doivent recevoir une formation pour une pratique collaborative interprofessionnelle efficiente. Une telle formation permet une meilleure collaboration (Junod Perron, Perone, Kruseman, & Bischoff, 2008). L'étude de Treadwell et al. (2015) apporte un éclairage sur le sujet. Leur étude, de type expérimental, a identifié des perceptions positives de la collaboration interprofessionnelle suite à une formation sur le travail en équipe de 12 semaines sur le lieu de travail.

L'éloignement géographique du médecin dans les établissements de soins à long terme, quant à lui, implique de collaborer et communiquer régulièrement par le biais du téléphone. 97% des infirmières ayant répondu au questionnaire de Donald et al. (2009) identifient la communication téléphonique comme la plus courante. En raison d'une disponibilité simultanée hasardeuse du médecin et de l'infirmière, ce défi logistique induit des perceptions négatives, telles que « se sentir empressée par le médecin », « ne pas trouver un endroit tranquille pour téléphoner », « ne pas parvenir à atteindre le médecin » (Tjia, et al., 2009). Le médecin ne répond pas toujours au moment où l'infirmière le contacte, et rappelle à un moment pas forcément opportun, amenant l'infirmière à un état sous-optimal de préparation. Les infirmières souhaitent que les médecins reconnaissent leurs compétences et connaissances du patient, mais leur possible manque de préparation affecte la communication avec le médecin, soulignent Tjia et al. (2009). Un sentiment de frustration peut émerger de ce type de communication.

Dans l'étude de Donald et al. (2009) également, les infirmières indiquent que les communications avec les médecins se font « au besoin », surtout par téléphone, plutôt que de travailler face à face ou pendant des réunions programmées. Ces appels permettent de régler des questions spécifiques ou urgentes, mais n'offrent pas la possibilité de discuter complètement le statut de santé d'un résident ou de développer un plan de soins, dans lequel le rôle de chacun serait clarifié (Donald, et al., 2009).

Ces difficultés lors des communications téléphoniques ne sont pas décrites dans les autres études retenues. Par contre, la similitude avec le contexte des soins en EMS en

Valais est à relever, le médecin intervenant depuis son cabinet et communiquant régulièrement avec l'infirmière par téléphone.

Les infirmières peuvent parfois se sentir dévalorisées, non considérées dans le processus décisionnel ou fatiguées de devoir être à l'affût d'un contact avec le médecin. Le libre choix du médecin pour les résidents d'EMS induit la nécessité de collaborer avec plusieurs médecins, parfois plus d'une dizaine, et de devoir collaborer à distance. Cette réalité ne favorise pas la construction de la relation infirmière-médecin, à savoir selon Hamric et al. (2014) le partage des valeurs, l'engagement, la prise en compte des opinions de chacun, l'ouverture et le partage du pouvoir. Selon Hamric et al. (2014), la capacité à s'engager dans une interaction authentique et constructive implique que les partenaires apportent certaines caractéristiques et qualités, partagent leurs satisfactions émotives et frustrations et développent des façons de se soutenir l'un l'autre. Cependant, dans les soins à long terme et selon les résultats des études analysées, la distance entre les professionnels collaborateurs, leurs différentes conceptions et représentations au sujet de la collaboration, les enseignements reçus distincts et la méconnaissance des rôles et compétences entravent la qualité de la communication et de la collaboration.

Partant de ce constat de décalage entre les perceptions des infirmières et celles des médecins, il serait intéressant d'observer la collaboration de l'infirmière avec d'autres professionnels, notamment l'ASSC¹⁵. Des schémas identiques se retrouveraient-ils ?

9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études retenues pour cette revue de littérature présentent pour 4 d'entre elles un devis quantitatif, avec des niveaux de preuves moyens sur la pyramide des preuves. L'étude de Tija et al. (2009) utilise la méthode mixte, augmentant ainsi la validité de ses résultats. Une seule étude propose une méthode qualitative, rapportant l'expérience telle que vécue par les participants, et amenant un éclairage supplémentaire à cette revue de littérature, mais dont le niveau de preuve est plutôt faible.

Trois études quantitatives (Caricati et al., 2014 ; Matziou et al., 2014 ; Treadwell et al., 2015) utilisent le coefficient α de Cronbach pour tester leurs outils de mesure, ce qui n'est pas le cas de l'étude de Donald et al. (2009), pour laquelle la validité n'est qu'apparente. En effet, l'instrument est jugé compréhensible et pertinent par le biais de son utilisation dans des études antérieures. Les auteurs recommandent toutefois l'utilisation de tests psychométriques pour une prochaine recherche. L'étude mixte de Tija et al. (2009) n'a pas utilisé le calcul du coefficient α de Cronbach, estimé comme hors de portée de l'étude. La validité du questionnaire a été évaluée par un jury interdisciplinaire et confirmée par un essai pilote. Toutefois, les auteurs recommandent une évaluation psychomé-

¹⁵ Assistante en Soins et Santé Communautaire

trique supplémentaire de l'instrument utilisé. Les données quantitatives de l'enquête ont été complétées par des données qualitatives, à travers des interviews semi-structurées.

Concernant les tests statistiques, plusieurs études (Donald et al., 2009 ; Matziou et al., 2014 ; Treadwell et al., 2015) annoncent des valeurs $p < 0,05$, ce qui prédit des résultats statistiquement significatifs. Dans l'étude de Caricati et al. (2014) concernant les facteurs psychosociaux, les valeurs p sont mentionnées pour chacun des liens analysés, annonçant la significativité ou non de chacune des hypothèses au niveau statistique.

La seule étude qualitative de cette revue de littérature présente un risque de biais mettant en cause les résultats. En effet, le biais de perception est envisagé par les auteurs en raison de la familiarité qui s'est installée entre les participants et les interviewers durant les entretiens.

9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Le petit nombre d'études en lien direct avec le but de la recherche, c'est-à-dire les perceptions des infirmières d'EMS en regard de leur collaboration avec les médecins, induit une limite à cette revue de littérature. Les bases de données consultées ont offert peu d'études remplissant tous les critères, et certaines ont été choisies pour leur thème très approchant. Le contexte européen aurait été pertinent pour cette recherche et faisait partie des critères initiaux. Malheureusement, seules 2 études ont pu répondre à ce critère, étudiant des populations en Grèce et en Italie. La possibilité de la transposition de cette recherche au contexte valaisan reste donc à évaluer.

Les études proposées dans les bases de données consultées se concentrent essentiellement sur la nature et la description de la collaboration, peu sont consacrées aux perceptions et la satisfaction des infirmières. Malgré tout, les résultats sont unanimes et les différences de perceptions sont reconnues, quel que soit le cadre de soins.

Finalement, le poids du passé et de l'histoire a été ressenti dans presque toutes les études retenues, ainsi qu'une notion de pouvoir hiérarchique difficile à réformer. Un apport théorique sur l'historique de la collaboration infirmière-médecin aurait sans doute apporté un éclairage supplémentaire à cette analyse.

10 Conclusions

Cette revue de littérature laisse entrevoir les difficultés pour l'infirmière d'EMS à collaborer avec des médecins nombreux et éloignés de son site de travail. Elle identifie les perceptions des infirmières dans le cadre des soins à long terme concernant cette collaboration, et les compare avec les perceptions des médecins.

Les infirmières ressentent plus d'insatisfactions que les médecins. Il semblerait que les deux professionnels n'ont pas toujours conscience de ces différences. Si tel était le cas, d'éventuels changements de comportements pourraient alors être envisagés, ainsi que la mise en place d'une collaboration plus efficiente. Comme le souligne Hamric et al. (2014), discuter de stratégies pour mieux collaborer ne peut se faire qu'à partir du moment où les deux partenaires ont conscience des difficultés.

Les barrières à la collaboration infirmière-médecin ont été soulevées, comme le manque d'ouverture à la communication du médecin, les défis logistiques, le manque de professionnalisme ou le manque de préparation de l'infirmière.

Je tiens à préciser que les questionnements relevés dans cette revue de littérature sont surtout ceux qui posent problème ou étonnent, toutefois les relations de collaboration saines existent. En effet, les situations où chacun s'efforce de favoriser une bonne collaboration sont nombreuses mais ne sont pas développées dans ce travail.

10.1 Propositions pour la pratique

Dans le contexte valaisan des soins en EMS, un certain nombre de similitudes avec les recherches analysées, notamment la distance entre le médecin et l'infirmière, permettent d'envisager la pertinence de certaines propositions pour la pratique.

En effet, les médecins interviennent sur demande de l'infirmière lors de situations urgentes ou particulières. Ils sont peu nombreux à venir régulièrement pour discuter d'un plan de soins par exemple. La communication par téléphone reste la plus courante et pose un certain nombre de problèmes comme évoqués plus haut, ne favorisant pas la construction d'une relation infirmière-médecin optimale.

Les solutions proposées par Donald et al. (2009) pourraient être envisagées dans notre contexte valaisan. Ces auteurs suggèrent de favoriser des entretiens face-à-face en planifiant des rencontres régulières, afin de discuter des besoins du résident et faire évoluer le plan de soins. Un tel programme pourrait non seulement augmenter l'efficacité et la qualité des soins, mais également favoriser une meilleure compréhension des rôles et des besoins de chacun, renforçant ainsi la relation de collaboration.

La communication par le biais du téléphone reste toutefois la façon la plus commune de transmettre des informations dans les soins de longue durée en EMS. Afin de rendre plus efficiente la communication au médecin, l'utilisation d'un outil unifié, par exemple un

protocole pour la communication avec le médecin, pourrait être utilisé. Un tel outil, identique pour chaque institution, permettrait de cibler l'essentiel pour une transmission pertinente et de conserver les informations en préservant l'efficacité même si le dialogue avec le médecin se produit plus tardivement ou avec une collègue qui aura pris le relais. En outre, une des recommandations provenant des infirmières elles-mêmes est d'être préparée à l'entretien téléphonique pour accroître la crédibilité de l'infirmière. L'outil SBAR (Situation, Background, Assessment et Recommendation) ou SAED (Annexe IV), utilisé généralement dans les soins aigus, peut être une méthode simple, efficace et rapide pour transmettre une information complète et formuler une demande précise. Ces approches sont standardisées mais offrent à chaque collaborateur un langage commun et une précision dans la communication.

Considérant les éléments centraux du métaparadigme infirmier (personne, santé, environnement, soins), l'environnement de soins en EMS peut sans doute être réformé en diminuant le sentiment de frustration existant lors d'une communication inefficace et en augmentant la confiance entre l'infirmière et le médecin. Le but premier reste d'améliorer la qualité des soins et de préserver le bien-être du résident en EMS.

10.2 Propositions pour la formation

La HES-SO propose, dans la formation de base en soins infirmiers, de nombreux cours transversaux ainsi qu'un module sur l'interdisciplinarité en 3^{ème} année. Cependant, celui-ci ne concerne pas la collaboration spécifique avec le médecin, le binôme infirmière-médecin étant pourtant incontournable. Aucun apprentissage spécifique dans le domaine de l'interdisciplinarité ou de la collaboration étroite entre l'infirmière et le médecin ne semble proposé dans les cursus, que ce soit chez les infirmières ou chez les médecins. Néanmoins, des modules communs permettraient probablement aux deux professionnels de connaître les rôles et compétences de chacun et d'envisager des stratégies de collaboration avant même de se retrouver sur le terrain. D'ailleurs, à ce sujet, l'article 5 de la charte de collaboration éditée par l'ASSM invite les institutions de formation prégraduée et postgraduée des différentes professions de la santé à s'organiser en réseau et mettre en place des modules communs (ASSM, 2014). Cependant de tels modules n'existent pas, aujourd'hui, dans les formations de base.

A une moindre échelle, des formations ponctuelles sur le travail en équipe, dans le lieu de pratique comme proposée par l'étude de Treadwell et al. (2015), permettrait d'améliorer la satisfaction des partenaires collaborateurs. Toutefois, cette solution ne touche pas directement la collaboration avec le médecin. Elle pourrait par contre sensibiliser les infirmières et le personnel soignant à la responsabilité partagée lors des difficultés de collaboration, et donnerait des pistes de travail et d'amélioration.

10.3 Propositions pour la recherche

Les études retenues et analysées dans ce travail illustrent les perceptions des infirmières et les dissemblances avec celles des médecins qui collaborent avec elles, aux Etats-Unis, au Canada, en Italie et en Grèce. La généralisation des résultats obtenus est limitée par des contextes de soins très éloignés de la Suisse, géographiquement et fonctionnellement. Des recherches similaires dans le contexte valaisan ou suisse permettraient certainement de soutenir la problématique et les solutions envisagées dans cette revue de littérature.

Pour envisager certains renouvellements tels que des rencontres régulières entre infirmière d'EMS et médecin de famille ou encore des modules communs aux deux professionnels, il est nécessaire d'apporter les preuves de leur potentiel. Une étude qui, dans le contexte valaisan ou suisse, quantifierait les bénéfices pour les patients et pour le personnel soignant liés à la collaboration saine et efficace entre les infirmières d'EMS et les médecins, apporterait ces éléments de réponses et des résultats probants indispensables.

11 Références bibliographiques

- AIIC. (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession*. Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ottawa, Ontario.
- AIIC. (2008). *La pratique infirmière avancée - Un cadre national*. Consulté le 2 mars 2016, sur Association des infirmières et infirmiers du Canada: http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington.
- ASI, Association Suisse des Infirmières. (s.d.). *Sujets infirmiers - Définition des soins infirmiers*. Consulté en décembre 2015, sur SBK-ASI la voix infirmière: <http://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers.html>
- ASSM. (2014). *Collaboration entre les professionnels de la santé*. Bâle, Suisse: Académie Suisse des Sciences Médicales.
- Assoc. des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.). *Collaboration interprofessionnelle*. Consulté le 31 décembre 2015 sur Association des infirmières et infirmiers du Canada: <https://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/collaboration-interprofessionnelle>
- AVALEMS. (s.d.). *Les EMS valaisans*. Consulté le 31 décembre 2015, sur AVALEMS-VWAP: <http://www.avalems.ch/association-ems/valaisans.html>
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques*. Bern: Observatoire Suisse de la Santé.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité - le sentiment d'efficacité personnelle*. (J. Lecomte, Trad.) Bruxelles: De Boeck Université.
- Bauer, W. e. (2007). *Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique*. Bâle: Académie Suisse des Sciences Médicales.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie*. Québec: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Sollami, A., Tafurelli, C., Artioli, G. (2014). *Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals*. Acta Biomed for Health Professions, 85, pp. 32-40.
- Centre Cochrane Français. (2011). *Présentation du tutoriel*. Récupéré sur Centre Cochrane Français: <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr>
- CII, C. (s.d.). *Définition des Soins Infirmiers*. Récupéré en décembre 2015 sur <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Confédération Suisse. (2016). *Statistique suisse - Espérance de vie*. Consulté le 3 mai 2016, sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
- Curaviva.ch. (2013). *Une information pour les résidentes et leurs proches à propos du nouveau droit de protection de l'adulte*. Vivre en EMS. Zollikerberg, Suisse: Curaviva.ch.
- Curaviva.ch. (s.d.). *Profils professionnels - Infirmier-ère Diplômé-e ES*. Consulté le 15 janvier 2016, sur Curaviva.ch: <http://www.curaviva.ch/Formation/Formation-professionnelle/Travail-en-EMS/Profils-professionnels/Infirmier-ere-Diplome-e-ES/PUDX5/?sesURLcheck=true>
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999, septembre). *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences Sociales et Santé, Vol.17, pp. 67-94.
- Dictionnaire fondamental de la psychologie*. (1997). Paris: Larousse.

- Dilles, T., Elseviers, M., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Vander Stichele, R. (2011). *Barriers for nurses to safe medication management in nursing home*. Journal of Nursing Scholarship, pp. 171-180.
- Donald, F., Mohide, E., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M., & Akhtar-Danesh, N. (2009). *Nurse Practitioner and Physician Collaboration in Long-Term Care Homes: Survey Results*. Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement, 28(1), pp. 77-87.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche - Méthodes quantitatives et qualitatives* (éd. 2e). Chenelière Education.
- Guinchard-Kunstler, P., & Renaud, M.-T. (2006). *Mieux vivre la vieillesse*. Paris: Les Editions de l'Atelier/Éditions ouvrières.
- Hamric, A., Hanson, C., Tracy, M., & O'Grady, E. (2014). *Advanced Practice Nursing - an integrative approach*. Saint-Louis: Elsevier Inc.
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*. Consulté en décembre 2015, sur www.has-sante.fr: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2016). *SAED guide complet*. Récupéré le 1 mai 2016 sur [has-santé.fr](http://www.has-sante.fr): http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
- HES-SO. (2015, juin 25). *Plan d'Études Cadre*. Consulté le 14 février 2016, sur HES-SO Valais Wallis: <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=1680&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x1665x1680x0>
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée*. Neuchâtel: Huber.
- Junod Perron, N., Perone, N., Kruseman, M., & Bischoff, B. (2008). *Formation interprofessionnelle: une exigence pour une approche intégrée des soins ?* Revue Médicale Suisse, 2030-2033.
- KFH. (2015). *Référentiel compétences Soins infirmiers - HES-SO*. Récupéré le 12 octobre 2015 sur www.hes-so.ch: <http://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Soins infirmiers - Théorie et pratique*. Saint-Laurent (Québec): Éditions du Renouveau Pédagogique (ERPI).
- Larousse Médical. (2012). *Le Larousse Médical*. Larousse.
- Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières - Approches quantitatives et qualitatives*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., Nicoulin, M., & Papo, T. (2015). *Dictionnaire médical Manuila*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). *Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration*. Journal of Interprofessional Care, 28(6), pp. 526-533.
- Mazzocato, C., David, S., Benaroyo, L., & Monod, S. (2013). *Polymédication et personne âgée: ni trop ni trop peu!* Revue Médicale Suisse, pp. 1026-1031.
- Morin, D. (2015). *La collaboration interprofessionnelle: le futur c'est maintenant*. Consulté le 22 janvier 2015, sur web2.hopitalvs.ch: https://web2.hopitalvs.ch/fr/ichv/DocumentationDoc/MORIN%20%20Collaboration%20interprofessionnelle%20_SION_22jan15.pdf
- Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H., & Zulian, G. (2014). *Interdisciplinarité en milieu hospitalier : entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe*. Revue Médicale Suisse, pp. 134-137.

- Mueller, C., Tetslaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., . . . Hummers-Pradier, E. (2014). *Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol*. JAN, pp.451-457.
- O'Brien, J., Martin, D., Heyworth, J., & Meyer, N. (2009). *A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 21, pp. 444-453.
- Observatoire valaisan de la santé. (2015). *La santé de la population valaisanne, 5ème rapport*. Valais: Observatoire valaisan de la santé.
- OMS. (2016). *Maladies chroniques*. Consulté le 21 mai 2016, sur Organisation Mondiale de la santé: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario. (2014). *Bienvenue*. Consulté le 21 mai 2016, sur Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario: <http://www.cno.org/fr/bienvenue/>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2016). *Infirmière clinicienne*. Consulté le 21 mai 2016, sur Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec: <http://www.oiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-clinicienne>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière Education inc.
- PlanZone. (2016). *10 citations sur le travail en équipe*. Consulté le 8 mai 2016, sur PlanZone: <https://www.planzone.fr/blog/citation-travail-en-equipe/>
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, United States: J.B.Lippincott Company.
- Protégeons la santé mentale au travail. (2012). *Les 13 facteurs psychosociaux de PSMT*. (C. f. (CARMHA), Éditeur) Consulté le 21 mai 2016, sur Protégeons la santé mentale au travail: http://www.psmt.ca/info/risk_factors
- Riat, F., Rochat, S., Büla, C., Renard, D., & Monod, S. (2012). *Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides: guide à l'intention des cliniciens*. Revue Médicale Suisse, pp. 2109-2114.
- Robert, P. (2014). *Le Petit Robert*. Paris: Le Robert.
- SBK - ASI. (2011). *Les Soins Infirmiers en Suisse - Perspectives 2020*. Berne.
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle*. Elsevier Masson SAS.
- Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. (2009). *Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety*. J Patient Saf, 5(3), pp. 145-152.
- Treadwell, J., Binder, B., Symes, L., & Krepper, R. (2015). *Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration*. Professional Case Management, 20(2), pp. 81-88.
- Université du Québec. (2010). Récupéré sur La modélisation par équation structurelle : une approche: http://cdame.uqam.ca/upload/files/Fichiers/SEMINAIRES/2010_2011/Automne_2010/Carla_Barroso_20100913.pdf
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Québec: Editions du Renouveau Pédagogique (ERPI).
- Woodtly, R. (2006). *La Gestion des cas: définition et objectifs*. Panorama, pp. 4-6.
- Young, Y., Barhydt, N., Broderick, S., Collelo, A., & Hannan, E. (2010). *Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing*. JAGS, pp. 901-907.

12 Annexe I : Tableaux de recension

Etude 1 - Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. & Gurwitz, J. (septembre 2009). *Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety*. *J patient Saf*, 5(3), pp. 145-152

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|--|--|---|--|--|---|---|
| <p>Etude mixte, devis transversal</p> <p>Paradigmes positiviste et naturaliste</p> <p>Niveau de preuve: IV</p> | <p><u>Données quantitatives</u> : 325 infirmières</p> <p><u>Données qualitatives</u> : 21 infirmières de 26 maisons de retraite du Connecticut</p> <p>Echantillonnage accidentel** : toutes les infirmières d'une étude antérieure sont éligibles (étude interventionnelle évaluant l'efficacité d'une intervention de communication standardisée pour améliorer la gestion de la warfarine).</p> <p>Puis échantillonnage aléatoire de 10 infirmières intéressées + échantillonnage sélectif de 11 infirmières pour un échantillon global représentatif de l'âge, du sexe, du mandat (n=21)</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : •Infirmières autorisées dans 26 maisons de retraite du Connecticut •Avoir fourni plus de 8 heures de soins directs au patient par mois. •Avoir complété et rendu le questionnaire au bureau central de la recherche</p> | <p>Décrire les perceptions des infirmières sur la communication infirmière-médecin dans le cadre des soins à long terme.</p> <p>Identifier et mesurer les obstacles à la communication efficace au téléphone, et identifier des stratégies pour vaincre ces obstacles.</p> <p><u>Question de recherche</u> : Quelles sont les perceptions des infirmières concernant la communication infirmière-médecin, et quelles sont leurs recommandations pour vaincre les barrières à la communication ?</p> <p><u>Hypothèses</u> : Des stratégies d'amélioration de la communication infirmière-médecin dans le cadre des soins à long terme peuvent rehausser les perceptions des infirmières et augmenter la sécurité des patients.</p> | <p>Le rapport de l'Institut de Médecine « To err is human »</p> <p>Joint Commission's 2008 National Patient Safety Goals for Long-Term Care</p> <p>Echelle de communication infirmière-médecin de Schmidt utilisé en Suède (2002)</p> <p>Modèle C-HIP (Modèle de communication humaine du Traitement de l'information) de Conzola et Wogalter (2001)</p> <p><u>Concepts</u> : •Communication •Barrières à la communication •Communication téléphonique •Relation infirmier-médecin</p> | <p><u>Données quantitatives</u> : Questionnaire autoadministré** (décrivant des barrières) envoyé à toutes les infirmières éligibles via les dirigeants, en demandant de répondre et rendre le questionnaire au bureau de recherche. Un bon-cadeau pour un café offert avec le questionnaire. Puis un 2^{ème} envoi a été demandé pour les non-répondants</p> <p><u>Données qualitatives</u> : Demande dans le questionnaire si intérêt pour une entrevue semi-structurée. Entrevue semi-structurée avec des questions ouvertes mais orientées sur la communication infirmière-médecin</p> <p><u>Considérations éthiques</u> : •Approuvé par le conseil d'examen institutionnel de l'University of Massachusetts Medical School •Respect de la confidentialité •Consentement éclairé de tous les participants aux entretiens •Validité de contenu du questionnaire évaluée et approuvée par jury interdisciplinaire.</p> | <p><u>Donnée quantitative</u> : •Analyse descriptive pour les caractéristiques socio-démographiques et la proportion de réponse pour chaque barrière (mesure par échelle de Likert à 5 points dichotomisée en oui et non) •Analyse de sensibilité pour stratifier les réponses par taux de réponse par institutions •Test du Khi² ** pour évaluer les différences dans chaque réponse</p> <p><u>Données qualitatives</u> : •Transcriptions des données suivant les directives de Krueger (1998) •Extraction des thèmes majeurs •Lecture et comparaison des thèmes puis réunion des auteurs pour discuter et réviser le cadre, renouvelées jusqu'à accord de tous les auteurs •Encodage des données avec le cadre révisé</p> <p><u>Logiciel statistique</u> : STATA SE (version 10.0, StataCorp, College Station, TX)</p> | <p><u>Dans les questionnaires</u>, les barrières sont : manque d'ouverture à la communication de la part du médecin, défis logistiques, manque de professionnalisme et barrières de la langue. Se sentir pressé par le médecin était la barrière la plus fréquente (28%), suivi par « trouver une place tranquille pour appeler » (25%) et la difficulté à joindre le médecin (21%).</p> <p><u>Dans les interviews</u>, les barrières de la 1^{ère} partie se retrouvent, et des thèmes nouveaux : manque de préparation de l'infirmière (thème dominant), défis de collaborer avec médecin de garde, manque de sensibilité du médecin, manque de confiance.</p> <p>Les recommandations principales sont que l'infirmière doit être brève et préparée avec l'information clinique, et les médecins doivent être ouverts à l'écoute et reconnaître que l'infirmière connaît bien le patient.</p> <p>Le problème de communication entre infirmière et médecin continue à être une question importante en dépit de 40 années de recherches et d'efforts pour l'améliorer.</p> <p><u>Forces et faiblesses</u> : •Echantillon récupéré d'une autre étude (warfarine) •Résultats pouvant être généralisés aux soins à long terme •Taux de réponse bas (26%) •Médecins non-inclus dans l'étude. •Précision du questionnaire non rapportée.</p> |

Etude 2 - Donald, F., Mohide, E. A., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M. & Akhtar-Danesh, N. (2009). *Nurse Practitioner and Physician Collaboration in Long-Term Care Homes: Survey Results* *. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 28 (1), pp. 77 – 87

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|---|---|---|--|---|--|--|
| <p>Etude quantitative, non expérimentale Devis transversal</p> <p>Paradigme positiviste</p> <p>Niveau de preuve: IV</p> | <p>14 infirmières travaillant en LTC (soins long-terme) en Ontario, et 27 médecins ayant collaboré avec ces infirmières</p> <p>Echantillonnage par choix raisonné et échantillonnage cumulatif**</p> <p>Sélection d'infirmières financées par MoHLTC (ministère de la santé LTC Ontario), qui ont fourni le nom des médecins avec qui elles ont collaborés (échantillonnage cumulatif)</p> <p><u>Critères d'inclusion:</u> •Etre financé par MoHLTC •Infirmière avec formation universitaire supplémentaire, pratique avancée •En attente d'une licence du Collège d'infirmières d'Ontario •Médecins avec pratique de la famille, qui travaillent dans les homes en collaboration avec NP •Capacité de lire et écrire en anglais</p> <p><u>Critères d'exclusion:</u> •Etre en congé •Homes de retraités, de rééducation, de soins continus complexes, pédiatrie, soins aigus</p> | <p>Mesurer l'étendue et la satisfaction de la collaboration entre les médecins et les infirmières praticiennes, dans les maisons de soins de longue durée en Ontario</p> <p>Comparer la satisfaction des médecins à celles des infirmières</p> <p><u>Question de recherche:</u> Quelle est l'ampleur de la collaboration infirmières praticiennes/ médecins dans les maisons de soins de longue durée en Ontario ? Et y a-t-il une différence entre ces 2 groupes dans la satisfaction de la collaboration ?</p> <p><u>Hypothèses :</u> •Les médecins et les infirmières praticiennes n'ont pas la même satisfaction quant à leur collaboration. •Une expérience antérieure avec la collaboration influe sur la collaboration actuelle. •Le rôle de l'infirmière praticienne affecte le revenu des médecins.</p> | <p>Etude antérieure de DiCenso & al. (2003) Revue de littérature de Zwarenstein & Reeves (2000)</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> <i>Measure of Current Collaboration</i> (MCC, Mesure de collaboration actuelle) et <i>The Provider Satisfaction with Current Collaboration</i> (PSCC, Satisfaction du prestataire avec la Collaboration actuelle)</p> <p><u>Cadre théorique:</u> Pratique collaborative selon Way, Jones, et Busing (2000)</p> <p><u>Concepts:</u> Soins à long-terme Pratique collaborative Satisfaction de collaboration Infirmières praticiennes Médecins</p> | <p>Questionnaire A sur les participants eux-mêmes et questionnaire B sur la collaboration vécue + 4 questions au sujet de la satisfaction</p> <p>Envoyé par e-mail (1 copie de la partie A, et plusieurs copies de la partie B, qui concerne collaboration avec chaque médecin) Les NP identifient les médecins en les nommant, → forme des paires</p> <p>Données collectées entre mars et juin 2007</p> <p><u>Considérations éthiques:</u> Approuvé par le comité d'éthique de l'Université Ryerson et de l'Université McMaster</p> <p>Financement de l'étude par le Ministère de la Santé et des Soins à long terme d'Ontario (MoHLTC)</p> | <p>•Echelle de Likert à 6 points pour éviter la tendance centrale •Statistique descriptive et tests non paramétriques** (car les scores des médecins ont été distribués différemment) •Test de Wilcoxon** pour observations appariées (pour mesurer les différences entre les paires appariées) •Mann-Whitney U-test pour mesurer les différences entre les scores pour les individus avec et sans expérience de collaboration antérieure</p> <p><u>Logiciel statistique:</u> SPSS 14.0 pour Windows</p> | <p>•Les scores de MCC et PSCC étaient dans la gamme modérément positive, mais les médecins ont rapporté un plus haut degré de satisfaction que les infirmières quant à l'ampleur de la collaboration (p=.008) •Quelques répondants ont perçu la collaboration inférieure au niveau qu'ils auraient attendu. •L'expérience de collaboration antérieure n'a pas d'impact significatif sur la collaboration actuelle. •L'impact de la collaboration sur les revenus des médecins n'est pas statistiquement significatif.</p> <p><u>Conclusions:</u> Les scores plus hauts des médecins reflètent des différences dans la perception de la collaboration ou le pouvoir différentiel entre les 2 professions. Territorialisme et confusion des rôles sont des obstacles à la collaboration, et la collaboration inefficace est une barrière à la qualité des soins.</p> <p><u>Forces et faiblesses de l'étude:</u> •Valeur p < .05 •Aucune étude comparant les perceptions trouvée pour la RL •Petit échantillon mais population entière éligible à Ontario •Echantillon d'une province limite la généralisation •Taux de réponse de 93% (infirmières) et 85% (médecins) •Questionnaire pas pour tous les médecins collaborateurs</p> |

Etude 3 - O'Brien, J., Martin, D., Heyworth, J., & Meyer, N. (2009). *A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21, pp. 444-453

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|--|---|---|--|--|--|---|
| <p>Etude phénoménologique qualitative</p> <p>Paradigme naturaliste</p> <p>Niveau de preuve: VI</p> | <p>8 infirmières de pratique avancée (7 femmes et 1 homme) de 27 à 55 ans et 5 médecins (4 femmes et 1 homme) de 29 à 51 ans, d'un grand groupe qui dessert 40 maisons de retraite dans la région du Midwest aux USA</p> <p>Echantillon raisonné sélectionné par les chercheurs dans divers milieux de soins (maisons de retraite qualifiées et de soins de long terme) et pratiquant la collaboration</p> <p><u>Critères d'inclusion:</u> •Maisons de retraite à une distance raisonnable •Membres de l'équipe interagissent en personne ou via technologies de communication •Volonté de participer à l'étude •Avoir de l'expérience dans la pratique collaborative</p> <p><u>Critères d'exclusion:</u> Non mentionnés</p> | <p>Enquêter comment les infirmières de pratique avancée et les médecins perçoivent et décrivent leurs expériences de collaboration dans une équipe interdisciplinaire dans un environnement de maison de retraite.</p> <p>Comprendre l'expérience vécue du point de vue privilégié des participants</p> <p><u>Question de recherche:</u> Comment les infirmières de pratique avancée et les médecins perçoivent-ils et décrivent-ils leurs expériences de collaboration ? Leur point de vue sont-ils semblables ou différents ?</p> <p><u>Hypothèse :</u> Les infirmières de pratique avancée et les médecins ont des perceptions différentes</p> | <p>Stewart et Mickunas (1990) Giorgi (1997) Morse (1994) Husserl (1973) pour l'approche phénoménologique</p> <p><u>Cadre théorique:</u> La collaboration : Resnick et Bonner (2003) et Pike (1991) Les barrières à la collaboration : Clarin (2007) Les conflits entre infirmières et médecins : Sirota (2007)</p> <p><u>Concepts:</u> Infirmières de pratique avancée Médecins Collaboration Equipe interdisciplinaire Perceptions Soins long terme Phénoménologie</p> | <p>Méthodologie phénoménologique (approche de dialogue et d'engagement pour encourager à raconter). 13 entrevues de 60-90 min par 2 intervieweurs avec des vecteurs d'interrogation, selon une approche ouverte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signification de la collaboration - Niveau comportemental - Exemple de collaboration - Caractéristiques de la collaboration recherchée - Barrière perçues <p>Les interviewés avaient de la place pour dire leurs expériences dans leurs propres termes. Les exemples concrets, réminiscences, histoires ou illustrations ont été recherchés. 30-45 minutes séparent chaque entrevue pour permettre une expression supplémentaire sans sensation de contrainte de temps</p> <p><u>Considérations éthiques:</u> Tous les participants étaient volontaires, conformément aux directives IRB (Institutional Review Board) Chambres privatisées et confortables dans la maison de retraite de l'hôte pour les entretiens.</p> | <p>Recherche des significations centrales, de l'essentiel</p> <p>Recherche de l'amplification du récit, des incidents concrets, des exemples, des illustrations</p> <p><u>Logiciel statistique:</u> Pas de logiciel mentionné</p> | <p>4 groupes thématiques consentis par les infirmières de pratique avancée et les médecins comme essentiels à la collaboration:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité - Compétence interpersonnelle - Écoute - Compétence verbale du message <p>mais divergence sur les perceptions des comportements en vigueur ou requis pour accomplir ces composants de collaboration et invariants différents</p> <p><u>Conclusions:</u> Bien que les infirmières et les médecins consentent sur les termes associés à la collaboration, ils diffèrent à propos des invariants qui définissent sa réalisation. Ils doivent aller au-delà d'abstractions de haut niveau et partager des exemples concrets pour clarifier les différences dans la perception. Certains termes familiers peuvent masquer des différences qui nécessitent définition et attention mutuelle</p> <p><u>Forces et faiblesses de l'étude:</u> •Eventuel biais de perception •Pratique interdisciplinaire dans les maisons de retraite du Midwest (généralisation limitée) •Induit des discussions au sujet des invariants</p> |

Etude 4 - Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Sollami, A., Tafurelli, C., Artioli, G. (2014). *Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals*. Acta Biomed for Health Professions, 85, S.3, pp. 32-40

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|--|---|---|--|--|--|--|
| <p>Etude quantitative Devis transversal</p> <p>Paradigme positiviste</p> <p>Niveau de preuve: IV</p> | <p>420 professionnels dont -269 infirmières et 124 médecins. -143 hommes et 272 femmes, 5 dont le sexe n'est pas précisé. -âge moyen de 40,82 ans -durée moyenne 16,06 ans</p> <p>4 unités de soins ont été sélectionnées au hasard pour 25% dans chaque hôpital. 506 professionnels au départ, puis exclusion selon critères.</p> <p><u>Critères d'inclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Etre infirmière ou médecin travaillant efficacement dans une unité de soins dans les quatre hôpitaux nationaux italiens <p><u>Critères d'exclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Questionnaire avec des valeurs manquantes •Questionnaire avec des valeurs extrêmes | <p>Enquêter sur les facteurs psychosociaux individuels liés à la collaboration interprofessionnelle, et sur la relation entre auto-efficacité, engagement dans l'équipe, engagement professionnel et les pratiques collaboratives chez les infirmières et les médecins.</p> <p><u>Question de recherche:</u> Quels sont les effets réciproques de l'auto-efficacité, de l'engagement dans l'équipe, de l'engagement professionnel et la pratique collaborative chez les médecins et les infirmières ?</p> <p>Hypothèse 1 : la PC perçue prédit positivement l'engagement dans l'équipe et l'auto-efficacité pour les deux professions.</p> <p>Hypothèse 2 : l'auto-efficacité accroît l'engagement dans l'équipe.</p> <p>Hypothèse 3 : l'engagement de l'équipe affecte l'attitude envers PC.</p> <p>Hypothèse 4 : l'auto-efficacité prédit positivement l'attitude envers la PC</p> <p>Hypothèse 5 : l'engagement professionnel est affecté par l'attitude envers la PC.</p> <p>Hypothèse 6 : l'engagement professionnel des infirmières a un effet sur l'engagement dans l'équipe et l'attitude envers la PC.</p> | <p>Pratique collaborative de Weiss et Davis (1985)</p> <p>Théorie de l'Identité sociale de Tajfel et Turner (1979)</p> <p>Théorie de l'Auto-catégorisation de Turner (1989)</p> <p><u>Concepts:</u></p> <p>Pratique collaborative (PC)</p> <p>Auto-efficacité</p> <p>Engagement de l'équipe</p> <p>Engagement professionnel</p> <p>Attitudes envers PC</p> | <p>Questionnaires sur la perception de la PC (20 items), l'attitude envers la PC (15 items), l'engagement professionnel (5 items), l'engagement de l'équipe (3 items), l'auto-efficacité (5 items), évalués sur échelle Likert à 5 points</p> <p>Données rassemblées sur une période de 5 mois en 2011</p> <p>Les modèles ont été testés → ajustement satisfaisant pour les infirmières, acceptable pour les médecins</p> <p>Considérations éthiques:</p> <p>L'étude a été approuvée par les comités d'éthique (pas plus de précision de la part des auteurs)</p> | <p>Précision des échelles évaluée par coefficient alpha de Cronbach**</p> <p>Echelles vérifiées pour violation de la normalité grâce à l'<i>analyse de l'aplatissement et de l'asymétrie</i></p> <p>Modélisation par équation structurelle (SEM)</p> <p>Analyse du multi-groupe</p> <p>Des indices d'ajustement ont été utilisés : indice comparatif de forme, indice de Turker-Lewis et erreur de valeur moyenne quadratique d'approximation (RMSEA)</p> <p>Coefficient de corrélation standardisé pour évaluer chaque voie et comparer les sous-groupes</p> <p>Epreuve de Z** pour évaluer l'importance de la différence</p> <p><u>Logiciel statistique:</u></p> <p>IBM SPSS AMOS 19</p> | <p>Hypothèse 1 : vérifiée, la perception d'une bonne PC aide les professionnels à sentir + d'auto-efficacité et un + haut engagement dans l'équipe.</p> <p>H2 : l'auto-efficacité n'a pas accru l'engagement dans l'équipe.</p> <p>H3 : l'engagement n'a pas affecté l'attitude envers PC.</p> <p>H4 : l'auto-efficacité a prédit positivement l'attitude envers PC des infirmières seulement (non significatif pour les médecins).</p> <p>H5 : l'engagement professionnel a été affecté par l'attitude envers la PC (positivement pour les infirmières, négativement pour les médecins)</p> <p>H6 : l'engagement dans l'équipe a un effet sur l'attitude envers la PC par l'engagement professionnel.</p> <p><u>Conclusions:</u> Modèles différents pour médecins et infirmières. Etre attaché à sa profession facilite la volonté de collaborer chez les infirmières, mais pas chez les médecins. L'engagement professionnel des médecins devrait être découragé en favorisant la prise de conscience de la complémentarité des rôles. Les auteurs proposent une restructuration de la relation hiérarchique et des programmes pédagogiques commune.</p> <p><u>Forces et faiblesses de l'étude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Fiabilité satisfaisante •Modèle testé •Basée sur des études antérieures •Etude récente •Valeur p mentionnée pour chaque hypothèse |

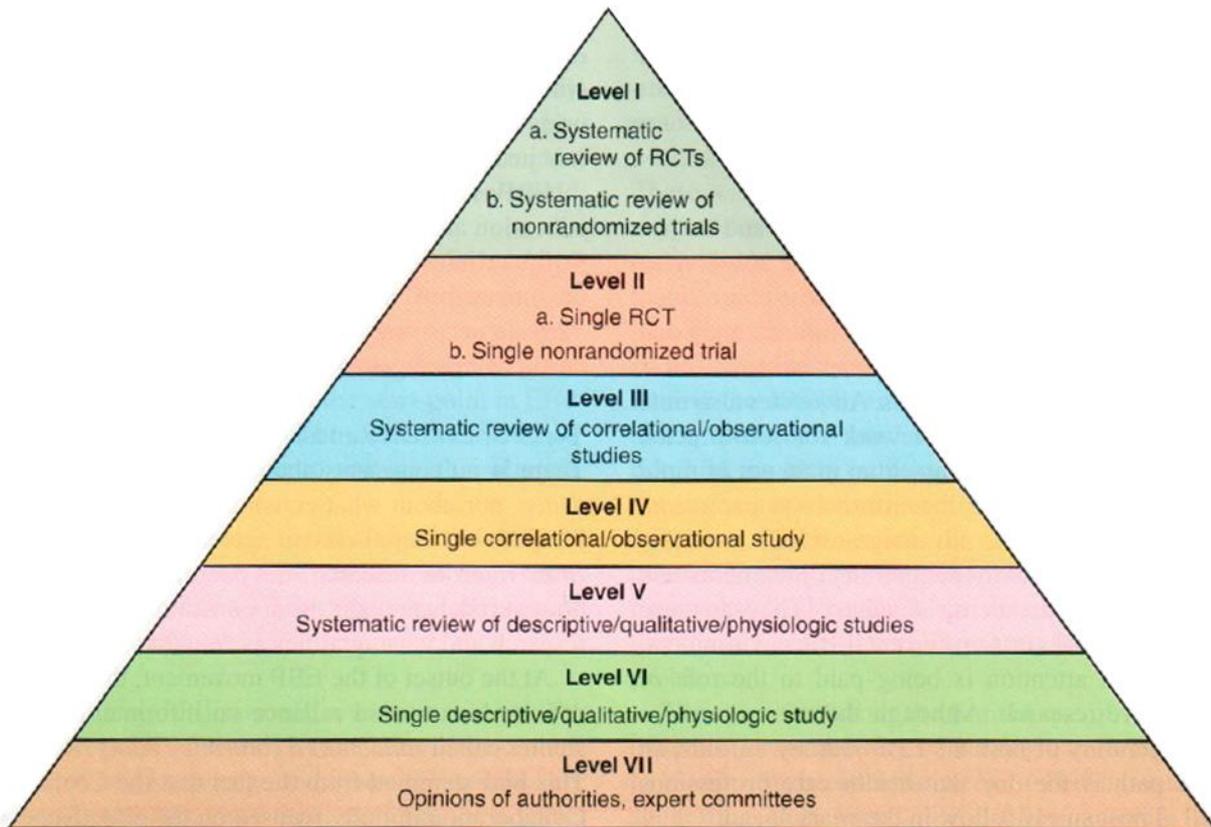
Etude 5 - Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). *Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration*. Journal of Interprofessional Care, 28 (6), pp. 526-533.

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|--|---|--|---|---|--|--|
| <p>Etude quantitative corrélative (non-expérimentale)</p> <p>Paradigme positiviste</p> <p>Niveau de preuve: IV</p> | <p>Echantillon aléatoire de 93 médecins et 197 infirmières, basé dans 2 grands hôpitaux publics à Athènes.</p> <p>Echantillonnage aléatoire de 100 médecins et 200 infirmières dans un échantillon de convenance** (tous les noms de 333 médecins et de 356 infirmières enregistrées travaillant dans ces hôpitaux entrés dans une base de données)</p> <p><u>Critères d'inclusion:</u> Participation volontaire</p> <p><u>Critères d'exclusion:</u> Non mentionnés</p> | <p>Enquêter sur les perceptions des médecins et des infirmiers concernant la communication et la collaboration aussi bien que les facteurs qui peuvent influencer ces activités</p> <p><u>Question de recherche:</u></p> <p>Quelles sont les perceptions des infirmières et des médecins concernant leur collaboration, et quels sont les facteurs qui influencent cette collaboration ?</p> <p><u>Hypothèses :</u></p> <p>Médecins et infirmières ont des perceptions différentes sur leur collaboration. Leurs perceptions sont influencées par des facteurs d'âge, de sexe, d'expérience, de niveau d'étude, de grandeur du service</p> | <p>Modèle de Stein où l'infirmière vise l'approbation du médecin « The Doctor-Nurse Game » (1967)</p> <p>Manuel sur la collaboration interprofessionnelle de Reeves et al. (2010)</p> <p>Collaboration interprofessionnelle efficace</p> <p>Facteurs qui influencent la communication (niveaux de formation, statut professionnel, pouvoir, perception des soins médicaux, positionnement social historique des différentes professions, raisons financières et d'organisation, hiérarchie du système de santé, chevauchement des rôles professionnels).</p> <p><u>Concepts:</u></p> <p>Collaboration</p> <p>Communication</p> <p>Rôles professionnels</p> <p>Dyade médecin-infirmière</p> <p>Perceptions</p> | <p>•Utilisation du questionnaire «Communication and Collaboration among physicians and nurses » (Vazirani et al., 2005). •28 questions divisées en 4 sous-groupes (Partie A pour les infirmières, Partie B pour les médecins et les infirmières, dont 13 questions communes pour infirmières et médecins). •Traduit de l'anglais en grec avec méthode de retraduction. •Testé par α de Cronbach. •Réponses avec échelle de notation type Likert (avec 4 options). •Les auteurs ont administré une copie papier au personnel infirmier et médical, et ont répondu aux questions expositives, et récolté les données de février à mars 2010</p> <p><u>Considérations éthiques:</u> •Approuvé par Faculty of Nursing of the National et la commission d'examen de Kapodistrian Université. •Participation du personnel médical et infirmier approuvée par Comité d'Ethique de chaque hôpital.</p> <p>Consentement éclairé pour chaque individu. Autorisation d'utiliser le questionnaire malgré une légère adaptation de l'original. La participation à l'étude était volontaire et le questionnaire était rempli anonymement.</p> | <p>Analyse de la démographie des participants et de leurs perceptions.</p> <p>Corrélations bivariées effectuées par coefficient de corrélation de Pearson et coefficient de corrélation de rang de Kendall</p> <p>Test khi carré Test t Test Mann-Whitney utilisés pour les échantillons indépendants.</p> <p><u>Logiciel statistique:</u></p> <p>IBM SPSS Statistiques pour Windows, Version 19.0</p> | <p>Les perceptions sont différentes.</p> <p><u>Perspectives infirmières :</u> Reconnues dans leur travail (80.2%), travail infirmier pas assez considéré par les médecins (49.8%), opinion non acceptée (60.4%), médecin non sensible à leur situation familiale (65.9%).</p> <p>Facteurs influençants : Années d'expérience, dimension de la clinique, degré universitaire</p> <p><u>Perspectives des médecins :</u> Respect du travail infirmier (95.7%), sensibilité pour infirmière (87.1%). Les jeunes médecins avec moins d'expérience acceptent plus facilement les opinions des infirmières.</p> <p>Facteurs influençants : âge, sexe, année d'expérience et dimension de la clinique.</p> <p><u>Conclusions:</u> Rôles et responsabilités doivent être clairs, mutuellement acceptés. Les infirmières doivent consolider constamment leur rôle dans le processus de décision et dans le soin aux patients.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude: Validité de contenu vérifiée Valeur $p < 0,05$ Cohérence interne fiable. Echantillon limité de 2 hôpitaux en Grèce, mais assez grand pour les besoins de cette évaluation. L'échantillonnage aléatoire de la cohorte minimise le biais de sélection. Pas de perspectives d'autres professionnels.</p> |

Etude 6 - Treadwell, J., Binder, B., Symes, L., & Krepper, R. (2015). *Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration*. Professional Case Management, 20 (2), pp. 81-88

| Type d'étude, devis, paradigme niveau de preuves | Echantillon et échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion | But, objectifs, question de recherche, hypothèses | Cadre de référence, cadre théorique, concepts | Méthode de collecte des données, considérations éthiques | Méthode d'analyse | Résultats, conclusions, forces et faiblesses de l'étude |
|---|--|---|--|--|--|---|
| <p>Etude quantitative, expérimentale**, randomisée</p> <p>Paradigme positiviste</p> <p>Niveau de preuve: II</p> | <p>50 maisons médicales : 25 dans le groupe « intervention » et 25 dans le groupe contrôle</p> <p>328 participants (taux de participation de 90%), majoritairement des femmes avec un âge moyen de 26 ans (intervalle 18-63 ans)</p> <p>Randomisation (à travers l'utilisation d'une table de nombre aléatoires) parmi 254 sites d'accueil médical, au Texas, pour 32 maisons. Les 18 autres font partie d'un échantillon de commodités car beaucoup de pratiques n'ont pas consenti à participer à cause de leurs horaires chargés</p> <p><u>Critères d'inclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Travailler à plein temps •Rôle incluant interaction avec le patient •Capacité de comprendre, parler, écrire l'anglais <p><u>Critères d'exclusion:</u></p> <p>Non précisés</p> | <p>Explorer si une intervention de 12 semaines basée sur la formation et l'expérience pour développer les compétences d'équipe, dans les maisons médicales, affecterait positivement les perceptions des membres de l'équipe sur la collaboration interprofessionnelle.</p> <p><u>Question de recherche:</u></p> <p>Est-ce qu'une intervention basée sur la formation et l'expérience pourrait avoir un impact positif sur les perceptions des membres de l'équipe sur la collaboration interprofessionnelle ?</p> <p><u>Hypothèse :</u></p> <p>Le personnel qui reçoit une formation d'équipe aurait un score plus élevé sur les perceptions interprofessionnelles positives que celui du groupe-contrôle.</p> | <p>The Patient Protection and Affordable Care Act (2010)</p> <p>Formation « TeamSTEPPS for Primary Care Version » (apprentissage de leadership, communication et soutien mutuel)</p> <p>Programme « Energize Our Families » (Dynamiser nos familles) développé par le Département de la santé et des services à la personne (2008), qui utilise le jeu de rôle, des démonstrations et power points</p> <p><u>Cadre théorique:</u></p> <p>Théorie du changement de John Kotter (1996) (= processus de changement en 8 étapes)</p> <p><u>Concepts:</u></p> <p>Collaboration interprofessionnelle (IPC)</p> <p>Formation</p> <p>Entrevue motivationnelle</p> <p>Amélioration de la sécurité du patient</p> <p>Accès aux soins primaires</p> <p>Rétention du personnel</p> | <p>25 maisons médicales: Formation <i>TeamSTEPPS for Primary Care Version</i></p> <p>25 maisons médicales : Programme Energize our Families</p> <p>Les infirmières enregistrées gestionnaires de cas étaient les facilitateurs de l'intervention (formation).</p> <p>Durée : 12 semaines (dont 6 pour la formation).</p> <p>Etude menée entre août 2013 et juin 2014</p> <p>Après 12 semaines d'intervention, les participants ont rempli l'échelle d'évaluation de la collaboration de l'équipe interprofessionnelle (AITCS)</p> <p><u>Considérations éthiques:</u></p> <p>Des commissions d'examen institutionnelles ont approuvé cette étude</p> <p>Consentements éclairés au début de l'étude (stockés dans cadre sécurisé pour éliminer le risque lié à la confidentialité), protégé par mot de passe</p> <p>Identifiant dépersonnalisé pour les données, dans un serveur sécurisé avec mot de passe</p> | <p>Outil AITCS (Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale), avec 37 items et 3 sous-échelles (partenariat/prise de décision partagée, coopération et coordination)</p> <p>Echelle de Likert à 5 points pour mesurer le niveau de collaboration dans les équipes</p> <p>Mann-Whitney U Epreuve pour tester les différences dans les médianes des 2 groupes</p> <p><u>Logiciel statistique:</u></p> <p>SPSS 17.0, Inc., Chicago, Illinois</p> | <p>Différence significative dans les perceptions d'IPC entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Le rôle le plus souvent sélectionné pour être le chef de l'étude était l'assistant médical. Les infirmières mènent les études d'amélioration de la qualité dans 20% des pratiques. Le respect mutuel est ressenti comme essentiel à la collaboration. Les plans de santé avec des questionnaires qui instruisent les équipes au sujet d'outil IPC et utilisation de techniques secondaires développent des environnements de collaboration</p> <p><u>Conclusions:</u></p> <p>Le personnel qui reçoit la formation d'équipe a des perceptions interprofessionnelles plus positives que le groupe contrôle, ce qui implique que l'IPC peut améliorer la satisfaction de l'équipier et la rétention du personnel</p> <p><u>Forces et faiblesses de l'étude:</u></p> <p>Cohérence interne (coefficient alpha de Chronbach 0.98)</p> <p>Validité de contenu établie par 24 experts</p> <p>Validité de construit (écart-type 61%)</p> <p>Pas d'attrition</p> <p>Valeur P = 0.003</p> |

13 Annexe II : Pyramide des preuves



Evidence hierarchy : levels of evidence regarding the effectiveness of an intervention (Polit & Beck, 2012, p. 28)

14 Annexe III: Tableau récapitulatif des considérations éthiques

| Etude | Considérations éthiques |
|--------------------------------|---|
| Tija et al. (2009) | <ul style="list-style-type: none"> • Etude examinée et approuvée par le conseil d'examen institutionnel de l'University of Massachusetts Medical School. • La confidentialité des participants a été respectée. • Un consentement éclairé a été exigé de tous les participants aux entretiens. |
| Donald et al. (2009) | <ul style="list-style-type: none"> • L'approbation du comité d'éthique de l'Université Ryerson et de l'Université McMaster est mentionnée. • Les auteurs mentionnent également le financement de l'étude par le Ministère de la Santé et Soins à Long terme d'Ontario. |
| O'Brien et al. (2009) | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les participants étaient volontaires, conformément aux directives IRB (Institutional Review Board). |
| Caricati et al. (2014) | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs mentionnent son approbation par les comités d'éthique, sans plus de précision. |
| Matziou et al. (2014) | <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a été approuvée par la Faculté Nationale des soins infirmiers (Faculty of Nursing of the National) et la commission d'examen de l'Université d'Athènes. • La participation à l'étude pour le personnel médical et infirmier a été approuvée par le comité d'éthique de chaque hôpital. • Un consentement éclairé a été obtenu pour chaque individu. |
| Treadwell et al. (2015) | <ul style="list-style-type: none"> • Des commissions d'examen institutionnelles ont approuvé l'étude. • Les participants ont donné leurs consentements, qui ont été stockés dans un cadre sécurisé. • Les données étaient confidentielles avec un identifiant dépersonnalisé. • Le stockage des données, maintenu dans un serveur sécurisé, était protégé par mot de passe pour le respect de la vie privée des participants. |

15 Annexe IV : SAED / SBAR

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose un document de soutien à la communication, version française de l'outil SBAR américain (Situation, Background, Evaluation, Recommandation). Il s'agit de SAED, acronyme de « situation », « antécédents », « évaluation » et « demande » (Haute Autorité de Santé, 2016).



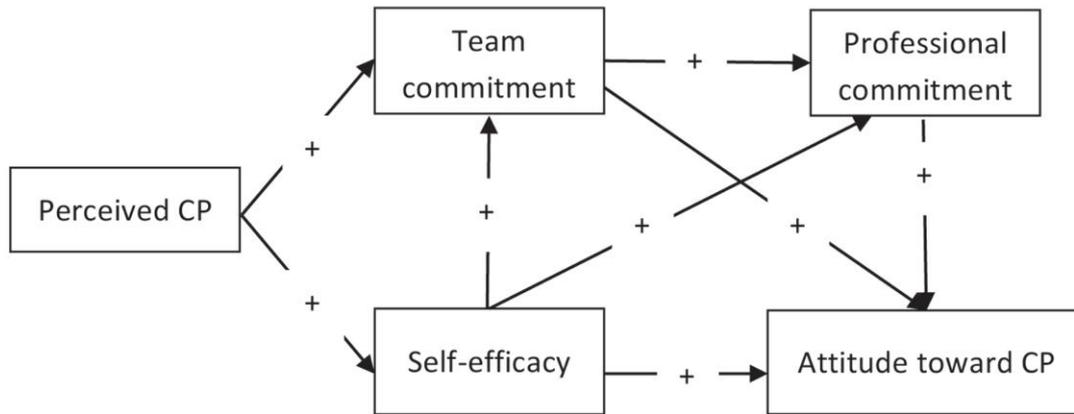
| | |
|--|--|
| S | <p>Je décris la Situation actuelle concernant le patient :</p> <p>Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité Je vous appelle au sujet de : M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité Car actuellement il présente : motif de l'appel Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</p> |
| A | <p>J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :</p> <p>Le patient a été admis : date et motif de l'admission Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ... Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc. Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : labo, radio, etc. La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc. La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours</p> |
| E | <p>Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :</p> <p>Je pense que le problème est : ... J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc. Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</p> |
| D | <p>Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :</p> <p>Je souhaiterais que : ... par exemple : Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ? ET Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?</p> |
| <p>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</p> | |

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

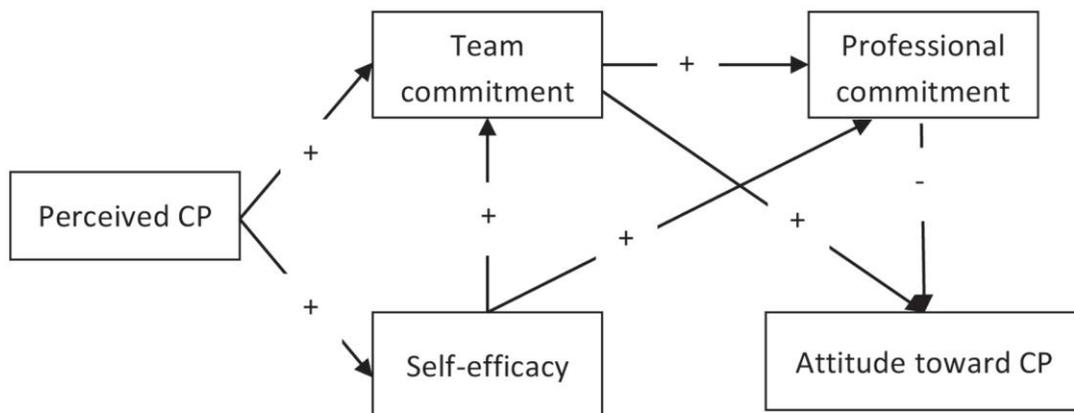
La HAS propose également un petit film de démonstration de l'utilisation de ce document, dont le lien internet est : <https://www.youtube.com/watch?v=FCYlgB1c2-c>

16 Annexe V : Modèles proposés par Caricati et al. (2014)

Model for nurses (model 1)



Model for physicians (model 2)



17 Annexe VI : Glossaire*

Les références en anglais ont été traduites librement.

Auto-efficacité : Traduction de l'anglais « self-efficacy ». Fais référence au concept de Bandura. L'auto-efficacité ou efficacité personnelle perçue est la conviction que l'on peut exécuter avec succès le comportement nécessaire pour produire des résultats positifs (Bandura, 2007).

Dépendance

fonctionnelle : Diminution ou perte de la capacité d'effectuer ses activités de vie de façon autonome. L'autonomie fonctionnelle est souvent garante du maintien à domicile et d'une bonne qualité de vie (Voyer, 2013, p. 219).

Engagement dans

l'équipe : Attachement psychologique et émotif qu'une personne sent vers son groupe de travail, c'est une motivation essentielle conduisant le comportement individuel à servir l'intérêt de l'équipe. Fait référence à une situation de l'intragroupe (par exemple, infirmières et médecins se pensent comme membres de la même équipe) (Caricati, et al., 2014).

Engagement

professionnel : Sentiment d'attachement à sa profession, faisant référence à une situation intergroupe (par exemple les infirmières par opposition aux médecins) qui conduit généralement à privilégier son propre groupe et exprimer de l'hostilité contre les étrangers (Caricati, et al., 2014)

Espérance de vie :

Nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de l'âge x dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

(Statistique suisse - Espérance de vie, 2016)

Depuis la fin du 19^{ème} siècle, l'espérance de vie moyenne en Suisse a progressé de manière presque ininterrompue, passant d'un peu plus de 40 ans (en 1876) à plus de 80 ans (2009 : 79,8 ans chez les hommes et 84,4 ans chez les femmes).

(Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 21)

Facteurs psychosociaux: Les facteurs psychosociaux sont des éléments qui influent sur la réponse psychologique des employés à leur travail et à leurs conditions de travail, et qui peuvent entraîner des problèmes de santé psychologique. Ces facteurs englobent la façon dont le travail est exécuté (échéances,

charge de travail, méthodes de travail) ainsi que le contexte dans lequel il se déroule (notamment les rapports et les interactions avec les supérieurs hiérarchiques, les collègues et les clients).

(Protégeons la santé mentale au travail, 2012)

Gestion de cas :

- Ou «Case management» – est un concept issu du social et de la santé aussi actuel que flou. On peut toutefois dire qu'il s'agit d'une démarche différenciée, clairement structurée, qui coordonne les intérêts de la clientèle aussi bien que ceux des institutions et professions impliquées. Dépasser les frontières et renforcer les personnes concernées font partie des principaux facteurs de succès.

(Woodtly, 2006)

Holistique :

Qui relève de l'holisme, qui s'intéresse à son objet dans sa globalité.

(Robert, 2014, p. 1241)

Holisme :

Théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément.

(Robert, 2014, p. 1241)

Infirmière clinicienne :

Avec un baccalauréat (BAC) en sciences infirmières, l'infirmière clinicienne à Montréal exerce dans des domaines tels que les soins intensifs, la traumatologie, la santé communautaire et la santé mentale. En plus d'évaluer l'état de santé, de déterminer le plan thérapeutique infirmier et de prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux, l'infirmière clinicienne conçoit et applique des programmes de soins. De plus, elle coordonne les soins et les services et peut participer à des projets de recherche.

(Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2016)

Infirmière praticienne :

En Ontario, infirmière enregistrée avec une formation universitaire supplémentaire comme des soins médicaux primaires ou infirmière de la famille et une licence de catégorie supérieure, avec l'autorité indépendante d'exécuter des compétences et des activités d'infirmière avancée, diagnostiquer, ordonner et interpréter des épreuves diagnostiques, et prescrire des médicaments.

(Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario, 2014)

| | |
|---|---|
| Interaction médicamenteuse indésirable : | <p>Modification des effets d'un médicament par un autre médicament ou par une substance donnée. On parle d'interaction indésirable lorsque l'effet est néfaste, pouvant aller du simple blocage de l'effet favorable à une réaction mettant la vie du patient en danger.</p> <p>(Larousse Médical, 2012, p. 508)</p> |
| Interdisciplinaire : | <p>Qui concerne plusieurs disciplines, plusieurs sciences à la fois.</p> <p>(Robert, 2014, p. 1353)</p> |
| Interdisciplinarité : | <p>L'interdisciplinarité permet d'analyser et d'harmoniser les liens entre des disciplines diverses dans le but commun de résoudre des problématiques complexes. Elle est une coopération de pratiques et de décisions au sein d'une équipe de professionnels.</p> <p>(Moutet, Guisado, Butel, Vuagnat, & Zulian, 2014)</p> <p>Dans l'équipe interdisciplinaire, les membres partagent volontiers la responsabilité de fournir des soins ou des services.</p> <p>(Hamric & al., 2014, p. 330)</p> |
| Interprofessionnel : | <p>Commun à plusieurs professions, à toutes les professions.</p> <p>(Robert, 2014, p. 1358)</p> |
| Invariance : | <p>Conservation d'une ou plusieurs propriétés d'un objet, d'un événement, d'une relation en dépit du changement continu du flux des stimulations sensorielles qui en proviennent. C'est grâce l'existence d'invariants que des objets ou événements perçus différents peuvent néanmoins être reconnus et traités comme équivalents.</p> <p>(Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997, p. 665)</p> |
| Maladies chroniques : | <p>Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. (OMS, 2016)</p> |
| Multidisciplinaire : | <p>Qui concerne plusieurs disciplines ou spécialités.</p> <p>(Robert, 2014, p. 1654)</p> <p>Pour Hamric et al. (2014), dans une équipe multidisciplinaire, la philosophie d'interaction de l'équipe est une reconnaissance simple de l'importance des contributions d'autres disciplines. (Hamric & al., 2014, p. 330)</p> |

- Perception :** Ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens.
(Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997, p. 898)
- Pratique infirmière avancée :** Expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé.
(AIIC, 2008)
- Préceptorat :** Une relation officielle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une élève (novice) et cette relation a pour but d'aider la novice à s'adapter, avec succès, à un nouveau rôle, et à réussir dans ses nouvelles fonctions.
(AIIC, 2004)
- Warfarine :** Nom anglo-saxon de la coumarine, qui est une substance présente dans de nombreuses plantes dont les dérivés sont très utilisés comme anti-coagulants administrés per os.
(Dictionnaire médical Manuila, 2015, p. 118)

18 Annexe VII : Glossaire méthodologique**

La plupart des définitions proviennent de l'ouvrage « Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives » de Loisel, C. et Profetto-McGrath, J. (2007). Il n'est signalé alors que le numéro de la page où se situe la définition. Les termes sont listés de manière alphabétique.

Analyse de puissance : Permet d'estimer la probabilité de commettre une erreur de type II, ou bêta (β). La puissance ou la capacité d'un test statistique** de détecter les véritables relations, est le complément de β . Autrement dit, la puissance est égale à $1 - \beta$. En règle générale, on accepte une valeur β égale à 0,20, ce qui représente le risque d'erreur de type II que l'on est prêt à assumer. C'est pourquoi les chercheurs utilisent idéalement un échantillon dont la taille leur donne une puissance minimale de 0,80.
(p.371)

Analyse de sensibilité : Dans une méta-analyse, méthode destinée à déterminer si les conclusions sont sensibles à la qualité des études retenues.
(p.483)

Biais : Facteur qui fausse les résultats d'une étude.
(p.44)

Biais de sélection : Biais de l'échantillonnage, qui se produit lorsque l'échantillon n'est pas représentatif de la population d'où il provient.
(p.266)

Coefficient alpha de Cronbach : Indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties.
(p.332)

Coefficient de corrélation : Indice résumant le degré de relation entre deux variables, allant habituellement de +1,00 (relation parfaitement positive) à 0,0 (aucune relation) et à -1,00 (relation parfaitement négative).
(p.365)

Coefficient de corrélation de Pearson : Coefficient de corrélation très utilisé, exprimant la valeur de la relation entre deux variables mesurées au minimum sur une échelle à intervalles.
(p.366)

Coefficient de corrélation

- des rangs:** Coefficient de corrélation indiquant la valeur d'une relation entre des variables mesurées sur une échelle ordinale.
(p.366)
- Cohérence interne :** En tant que mesure de fidélité d'un instrument, degré auquel les énoncés de cet instrument évaluent tous le même attribut d'un concept.
(p.331)
- Consentement éclairé :** Principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et des avantages éventuels.
(p.94)
- Corrélation :** Association entre deux variables telle que la variation d'une variable est liée à la variation de l'autre.
(p.365)
- Crédibilité :** Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données.
(p.44)
- Devis transversal :** Devis dans lequel on ne recueille les données qu'une seule fois
(p.197)
- Echantillon :** Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude.
(p.265)
- Echantillon de convenance :** Obtenu à partir d'un échantillonnage accidentel, où les sujets sont choisis en fonction de leur disponibilité. L'échantillonnage accidentel est constitué de personnes facilement accessibles qui répondent à des critères d'inclusion précis (Fortin & Gagnon, 2010, p. 234).
- Echantillonnage :** Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité.
(p.265)
- Echantillonnage accidentel :** Sélection de personnes le plus facilement accessibles pour participer à une étude.
(p.267)

Echantillonnage

par choix raisonné : Sélection de participants par le chercheur d'après le jugement qu'il se fait des personnes les plus représentatives.
(p.269)

Echantillonnage

cumulatif : Echantillonnage des participants à partir des recommandations d'autres participants qui appartiennent à l'échantillon.
(p.267)

Echelle de Likert : Mesure qui requiert traditionnellement que la personne indique sur une échelle de 1 à 5 si elle est fortement en désaccord (1) ou fortement d'accord (5) avec un énoncé.
(p.302)

Essai contrôlé randomisé : Essai qui comporte la réalisation d'un tirage au sort (distribution ou allocation ou affectation aléatoire) pour répartir les patients dans les différents groupes de l'étude. Il s'agit de la meilleure méthode de recherche clinique pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou tester une hypothèse car la distribution aléatoire réduit le risque de biais.
(Slim, 2007, p. 46)

Erreur moyenne quadratique d'approximation (RMSEA) :

largement utilisée dans la modélisation par équation structurelle pour fournir un mécanisme d'ajustement pour la taille de l'échantillon où les statistiques du khi carré sont utilisées.
(<http://www.rasch.org/rmt/rmt254d.htm>)

Etude descriptive : Etude dont le principal objectif est de dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe, ou de la fréquence à laquelle certains phénomènes se produisent.
(p.194)

Etude expérimentale : Etude visant à examiner les effets d'une intervention ou d'un traitement.
(p.56)

Fiabilité : Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations.
(p.340)

Généralisabilité : Degré auquel les méthodes de recherches permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des su-

jets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon.

(p.47)

Groupe-contrôle : ou groupe témoin, formés de sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets du traitement.

(p.185)

MeSH : thésaurus de référence dans le domaine biomédical. La NLM (U.S. National Library of Medicine), qui l'a construit et le met à jour chaque année, l'utilise pour indexer et permettre d'interroger ses bases de données, notamment MEDLINE/PubMed.

(<http://mesh.inserm.fr/mesh/>)

Méta-analyse : Technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné.

(p.150)

Métasynthèse : Récits généraux, généralisations ou traductions interprétatives produits à partir de l'intégration ou de la comparaison des conclusions de nombreuses études qualitatives.

(p.151)

Méthode mixte : Etude où plus d'une technique est utilisée pour résoudre un problème ; cette expression désigne souvent les études dans lesquelles on recueille et on analyse à la fois des données qualitatives et des données quantitatives.

(p.250)

Modélisation par équations

structurelles (SEM) : méthodologie statistique qui représente un ensemble de procédures, comme la régression multiple, l'analyse factorielle et l'analyse de covariance. Elle permet de tester un modèle théorique à l'aide d'une série d'équations de régression et son utilisation donne la possibilité d'examiner des modèles explicatifs sur des phénomènes sociaux qui impliquent de multiples variables dont les interactions suivent des standards complexes (Université du Québec, 2010)

Paradigme : Façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche.

(p.15)

Paradigme naturaliste : Paradigme qui postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la ré-

alité dans le contexte qui lui est propre. Ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative.

(p.16)

Paradigme positiviste : Paradigme qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective. Ce paradigme est souvent associé à la recherche quantitative.
(p.15)

Phénoménologie : Tradition de recherche qualitative, ancrée dans la philosophie et la psychologie, qui met l'accent sur l'expérience vécue.
(p.58)

Questionnaire

auto-administré : Méthode de collecte d'informations à partir d'une description effectuée par la personne interrogée ; les questions sont auto-administrées et la personne utilise soit papier et crayon, soit un ordinateur.
(p.246)

Randomisation ou répartition aléatoire :

Affectation des sujets à différents traitements, de façon aléatoire (c'est-à-dire d'une façon déterminée uniquement par le hasard).
(p.185)

Tendance centrale : Indice statistique illustrant la valeur la plus représentative d'un ensemble de scores et provenant du centre de la distribution.
(p.359)

Tests non paramétriques : Catégorie de tests statistiques inférentiels ne reposant pas sur des postulats rigoureux quant à la distribution des scores.
(p.373)

Test psychométrique : Evaluation de la qualité d'un instrument effectuée essentiellement en examinant la fidélité et la validité.
(p.333)

Test t : Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques.
(p.374)

Test khi carré : Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal. Symbolisé par χ^2 .
(p.378)

Test U de Mann-Whitney : Test non paramétrique utilisé pour vérifier la différence entre les rangs de scores de deux groupes indépendants.
(p.380)

- Test de Wilcoxon :** Test permettant de vérifier la différence entre les rangs quant aux scores de deux groupes liés.
(p.380)
- Test statistique :** Outil analytique permettant d'estimer la probabilité que les résultats obtenus à partir d'un échantillon illustrent les véritables valeurs caractérisant la population (valeur p).
(p.78)
- Valeur p :** Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard. Si la valeur p est supérieure à 0,05, on estime que les résultats ne sont pas significatifs sur le plan statistique, selon les normes admises.
(p.373 et 79)
- Validité apparente :** ou validité manifeste, degré auquel un instrument de mesure semble effectivement mesurer ce qu'il est censé mesurer.
(p.334)
- Validité de construit :** Degré auquel un instrument mesure le construit étudié.
(p.335)
- Validité de contenu :** Degré auquel les énoncés d'un instrument représentent comme il se doit l'univers de contenu lié au concept mesuré.
(p.334)