

Faculté de santé publique

Compétences Interprofessionnelles :

Quelles compétences et comment influencent-elles le processus de réadaptation auprès des personnes atteintes d'une LME ?

Mémoire réalisé par
Sara ALVES JORGE

Promoteur(s)
Madame Sophie Thunus
Madame Lucia Alvarez Irusta

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à ma promotrice de mémoire, Madame Sophie Thunus et à ma co-promotrice, Madame Lucia Alvarez pour leur confiance, leur disponibilité, leur accompagnement, leurs précieux conseils et leur encadrement tout au long de l'année.

Je tiens aussi à apporter mes remerciements à Monsieur Jean Macq, pour le temps dispensée à la lecture et à l'analyse de ce mémoire et de sa présence lors de la défense orale.

Un tout grand merci à l'infirmière Dolores Fonseca pour son soutien, son engagement et sa précieuse amitié. Merci à ma directrice Madame Christelle Tellier et au Directeur médical du CTR, Docteur Minooee Kambiz pour leur intérêt et participation dans la concrétisation de cette étude.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont participé à ce projet et qui ont rendu possible sa réalisation. Merci à mes collègues Marine Flao et Ana Mendes pour leur précieuse aide à la réalisation des *focus group*.

Je remercie chaleureusement mes collègues infirmiers et mon chef, Vincent Ghesquière qu'au long de ces quatre ans d'étude m'ont toujours apporté un soutien important et m'ont encouragé dans les moments difficiles. Je les remercie pour leur précieuse amitié.

Je remercie toutes les personnes que j'ai eues la chance de rencontrer durant ces quatre ans d'études : Magaly, Pedro, Catherine, Gisela, Louise-Marie, Éléonore, ...

Finalement je remercie tout particulièrement mon mari qui m'a donné le souffle d'entamer ce master. Cette aventure n'aurait pas été possible sans son amour inconditionnel, sa patience, sa disponibilité, son écoute et ses encouragements constants. Mes pensées vont également à ma mère, que malgré la distance que nous sépare a toujours été là pour moi, a toujours cru en moi et m'a toujours réconforté avec ses mots.

Le Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieur illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

TABLE DE MATIERES

Introduction	1
Cadre Théorique	3
1. La lésion de la moelle épinière, le cadre légal et le Centre de Réadaptation	3
1.1. La lésion de la moelle épinière	3
1.2. La réadaptation fonctionnelle chez les personnes atteintes d'une LME	4
1.3. Réadaptation ou rééducation ?	6
1.4. Aspects légaux institutionnels	7
1.4.1. La convention de rééducation fonctionnelle et les textes de loi.....	7
1.4.2. Le centre de réadaptation	10
2. La Collaboration Interprofessionnelle (CIP).....	12
2.1. Collaboration interprofessionnelle : multiples concepts ?.....	13
3. Les compétences interprofessionnelles	14
3.1. Les compétences interprofessionnelles : intérêt et définition.....	15
3.1.1. Limites des compétences interprofessionnelles	16
4. <i>The Four-Dimensional Model of Collaboration et A national Interprofessional Competency framework</i>	17
Méthodologie.....	21
5. Revue de littérature et construction du cadre théorique.....	21
6. Objectifs et question de recherche.....	22
7. Choix de la méthode	22
7.1. Enquête qualitative : <i>focus groups</i> et entretiens semi-directifs.....	23
8. Échantillonnage et méthode de recrutement des participants	24
9. Outils de collecte de données	26
10. Déroulement de la collecte de données	27
11. Analyse de données	29
12. Motivations et réflexion éthique	30
13. Limites et biais de recherche	30
Résultats.....	32
14. Collaboration interprofessionnelle.....	32

14.1.	Catégories issues du <i>The Four-Dimensional Model of Collaboration</i> (D'Amour et al., 2008)	34
15.	Catégories émergentes en lien avec la CIP	45
16.	Conclusion : lien entre les différents catégories, sous-catégories et thèmes	48
17.	Compétences interprofessionnelles.....	49
17.1.	Catégories issues du <i>A National Interprofessional Competency Framework</i> (CIHC, 2010)	51
18.	Catégories émergentes en lien avec les compétences interprofessionnelles	59
19.	Conclusion : liens entre les différentes catégories, sous-catégories et thèmes.....	61
20.	Liens entre la collaboration et les compétences interprofessionnelles.....	62
	Synthèse des Principaux Résultats et Discussion	64
21.	Pistes d'amélioration	73
	Conclusion	75
	Bibliographie.....	79
	Annexes	87

LISTE DES ABREVIATIONS

CFAI :	Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
CIHP :	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CIO :	Collaboration Interorganisationnelle
CIP :	Collaboration interprofessionnelle
CFK :	Conseil Fédéral de la Kinésithérapie
DIC :	Document d'Information Éclairé
INAMI :	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
FG :	Focus Group
FNBE :	Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes
LME :	Lésion de la moelle épinière
LMET :	Lésion de la moelle épinière traumatique
MPR :	Médecine physique et de réadaptation
NICF:	<i>National Interprofessional Competency Framework</i>
LMENT :	Lésion de la moelle épinière non traumatique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PC :	Pratique Collaborative
PI :	Pratique Interprofessionnelle
PRM :	Physical and rehabilitation medicine
SP :	Santé Publique
TME :	Traumatisme de la Moelle Épinière
UEMS :	Union européenne des médecins spécialistes

INTRODUCTION

La lésion de la moelle épinière (LME) ou traumatisme de la moelle épinière (TME) constitue un problème de santé complexe, qui malgré une faible incidence, a des répercussions qui dépassent la sphère personnelle, puisqu'elle impacte aussi le système de santé (Alizo G. et al., 2018). Une prise en charge adéquate doit par conséquent être envisagée dès la phase aiguë, où des mesures de réadaptation sont préconisées par différentes institutions nationales et internationales comme l'OMS (2014), les Nations Unies (2006) et l'INAMI (2005).

De ce fait, l'encadrement de cette étude concerne la réadaptation dans un centre spécialisé à Bruxelles : le Centre de Traumatologie et Réadaptation (CTR). Dans ce centre, est envisagée une optimisation du niveau fonctionnel de la personne atteinte d'une pathologie, que ce soit de l'ordre traumatique ou non-traumatique, notamment les LME. La réadaptation va ainsi permettre à la personne d'atteindre son niveau maximal d'autonomie et de prévenir certaines affections secondaires suite à la LME qui peuvent faire surface (OMS, 2014).

Le patient est conséquemment accompagné par différents professionnels, de différents domaines : médical, paramédical, social, ... qui mettent tous leurs savoir, expertise, compétences à son profit. De ce fait, en tant qu'infirmière en réadaptation depuis quasiment dix ans, je réalise un travail quotidien avec d'autres professionnels, les patients, les proches/ la famille et c'est par ce travail en collaboration que je me suis intéressé à mieux comprendre la vision de différents managers, professionnels de santé et patients sur la manière dont se déroule la collaboration interprofessionnelle (CIP) au sein du CTR. En effet, la CIP peut apporter une amélioration dans les résultats de santé, une plus grande sécurité en termes de prestation des soins et une prise en charge plus riche (Didier A. et al., 2017). Toutefois, afin de percevoir une optimisation de la CIP, il m'a semblé essentiel de mettre en avant les compétences nécessaires pour bien mener une CIP et comprendre de quelle manière elles influencent le processus de réadaptation. Le CIHC (2010) expose « *Interprofessional competencies are developed to help achieve interprofessional collaboration* ». Ainsi, cette étude a un double objectif ; *premièrement, obtenir une compréhension plus fine quant aux compétences interprofessionnelles essentielles au développement d'une CIP, auprès des patients avec une LME, au sein de la réadaptation, et deuxièmement, essayer de comprendre l'influence que ces compétences interprofessionnelles peuvent avoir dans le processus de réadaptation, auprès des patients avec une LME.*

Par la suite, dans un premier temps, le cadre théorique où les principaux concepts et modèles sur lesquels s'appuient cette recherche sont développés, est présenté. Ils sont le résultat d'une

recherche de littérature scientifique et des textes de loi, et vont nous aider à mieux comprendre le contexte de cette étude. De ce fait, l'on débute par une compréhension de la LME, notamment sa définition et ses conséquences, pour ensuite apporter une vision de la réadaptation fonctionnelle. De plus, des précisions sont apportées aux concepts de réadaptation et rééducation. Ensuite, une révision des aspects légaux institutionnels est réalisée, ayant un intérêt sur la convention de rééducation fonctionnelle de l'INAMI, les textes de loi et les profils de compétences des professions des soins de santé, afin de mieux comprendre les dispositions légales concernant la réadaptation et les compétences partagées dans les différents profils de compétences. Par la suite, une présentation du CTR, qui semble essentielle, est abordée, de manière à porter un éclairage sur le contexte dans lequel se déroule cette étude.

Cette recherche s'intéresse à la CIP et aux compétences interprofessionnelles. De ce fait, premièrement, une définition de la CIP est mise en avant et le modèle proposé par D'Amour et al. (2008) est utilisé afin de mieux la comprendre. Ensuite, je me suis intéressée aux compétences interprofessionnelles, notamment à leur définition, à leur intérêt et à leurs limites. Le référentiel de compétences *A National Interprofessional Competency framework* (CIHC, 2010) est ainsi utilisé pour apporter un éclairage sur les compétences interprofessionnelles et servira de base à l'élaboration du référentiel de compétences propre au CTR.

Dans un deuxième temps, la méthodologie qualitative des quatre *focus groups* (FGs) et des entretiens semi-directifs sont précisés. Ils permettront de mettre en avant les opinions, perceptions des managers, professionnels de santé et patients, tout d'abord de manière collective et puis individuelle, sur la CIP et les compétences interprofessionnelles essentielles au processus de réadaptation auprès des patients atteints d'une LME. L'analyse du corpus est réalisée de manière déductive, à partir de la littérature scientifique retrouvée dans le cadre théorique, notamment le modèle D'Amour et al. (2008) et le référentiel de compétences de CIHC (2010), et inductive. Dans la discussion, les résultats sont mis en relation avec la littérature scientifique et cette étude se termine par la mise en avant des pistes d'amélioration avancées par les différents participants et une brève présentation du référentiel de compétences élaboré à partir des résultats obtenus, du modèle D'Amour et al. (2008) et du référentiel de compétences *A National Interprofessional Competency framework* (CIHC, 2010). Finalement, des recommandations sont proposées à partir des résultats obtenus et leur analyse, quant à la réalisation d'autres études futures.

CADRE THEORIQUE

1. La lésion de la moelle épinière, le cadre légal et le Centre de Réadaptation

Le cadre sur lequel porte cette étude concerne la prise en charge de la LME dans un centre spécialisé, ainsi que le travail en équipe où interviennent différents services de soins et différents professionnels de santé.

De ce fait, dans ce premier point théorique, l'on va s'intéresser, tout d'abord, à la LME et à la réadaptation fonctionnelle, pour ensuite analyser les aspects légaux institutionnels et ainsi introduire la CIP au point 2.

1.1. La lésion de la moelle épinière

Une LME correspond, d'un point de vue physiopathologique, à une rupture ou une perturbation de l'influx nerveux entre le cerveau et la partie du corps sous-lésionnelle. Sa gravité et son étendue sont plus importantes si la lésion est classifiée comme « complète » et si elle se produit à un niveau plus haut de la moelle épinière (Nas K., 2015 ; OMS, 2014).

Selon l'OMS (2014), « *Les LME cervicales provoquent souvent la perte sensorielle et motrice (paralysie) des bras, du corps et des jambes, ce qu'on appelle tétraplégie ... Une LME thoracique (dorsale) provoque souvent une perte sensorielle et/ou motrice dans le tronc et les jambes, ce qu'on appelle paraplégie* ».

La LME est, ainsi, une condition de santé complexe survenue de manière soudaine qui peut avoir une origine traumatique (LMET) ou non traumatique (LMENT). L'étiologie des LMET correspond le plus fréquemment aux accidents de la circulation, aux chutes et à la violence (OMS, 2014). Par contre, les LMENT ont comme cause principale les tumeurs néoplasiques, les maladies dégénératives de la colonne vertébrale, les troubles vasculaires et les maladies auto-immunes (OMS, 2014).

D'après le KCE (2007), l'incidence annuelle des LME est de 1-3 pour 100 000 en Europe. Au niveau international, la prévalence globale des LMET est estimée entre 236 à 4187 par million de personnes (Lee BB et al., 2014), par contre, aucun chiffre n'est mentionné pour l'incidence et la prévalence globale des LMENT (OMS, 2014 ; New PW, Cripps RA et Lee BB, 2014).

Malgré le fait que la LME soit une pathologie peu commune, elle bouleverse non seulement la vie de la personne et de son entourage, entraînant des problèmes chroniques importants aux niveaux moteur, sensoriel et autonome, mais elle est aussi un défi pour les systèmes de santé, figurant comme un fardeau majeur pour les soins de santé (Alizo G. et al., 2018).

Par conséquent, une personne avec une LME présente toute une série de besoins spécifiques. Elle fait face à un risque accru de multimorbidité, liée au possible développement d'une série d'affections secondaires, comme des troubles urinaires, du système nerveux autonome, du système respiratoire, du système cardiaque, entre autres (OMS, 2014). De plus, elle a un risque plus important de développer des troubles psychologiques (Moreno A. et al., 2017). De ce fait, la LME est un problème de santé qui présente non seulement une charge importante au niveau des coûts pour le système de santé, mais sa chronicité et sa complexité lui confèrent aussi une importance toute particulière (Alizo G. et al., 2018 ; OMS, 2014). Cette complexité peut être expliquée par le fait d'avoir, dans certaines situations, un consensus relativement faible quant à la définition du problème « LME » et une faible certitude quant à l'efficacité des interventions interdisciplinaires (Macq J., 2018). En effet, le fait de déterminer le niveau de la lésion, de manière précise, et si elle se présente comme complète ou incomplète n'est pas toujours très clair (OMS, 2014). De plus, l'évolution de la pathologie n'est pas linéaire, car elle va dépendre de toute une série d'éléments, comme la présence d'autres pathologies déjà présentes ou qui se développent lors de l'hospitalisation, mais aussi de la prise en charge par une équipe spécialisée (OMS, 2014). De ce fait, la certitude quant à l'efficacité, associée au type de traitement choisi et aux interventions interdisciplinaires est faible.

Ainsi et malgré les caractéristiques particulières des LME, elles ne doivent pas être vues comme l'issue finale d'une maladie. Il est dès lors important d'apporter des réponses adéquates en matière de santé et au niveau social, de manière à ce que la personne puisse construire une nouvelle vie, sous un nouveau regard (OMS, 2014). Une brève description de la réadaptation fonctionnelle auprès des personnes atteintes d'une LME mérite, par conséquent, notre attention.

1.2. La réadaptation fonctionnelle chez les personnes atteintes d'une LME

La réadaptation constitue une priorité pour les personnes atteintes d'une LME (OMS, 2014). Une prise en charge adéquate, dès la phase aiguë, est essentielle dans la prévention de complications et la récupération des capacités fonctionnelles et de(s) l'autonomie(s)¹ (OMS,

¹ Il est important de remarquer qu'il existe différentes formes d'autonomie à renforcer dans un travail de réadaptation :

- Une autonomie fonctionnelle : en lien avec la capacité de la personne à être indépendante dans la réalisation de différentes tâches quotidiennes (Aujoulat I., 2018).
- Une autonomie décisionnelle (auto-détermination) : en lien avec la capacité de la personne à prendre des décisions, considérées par elle-même comme étant les meilleures (Aujoulat I., 2018).

2014). Ce processus de réadaptation est long et complexe, il implique la collaboration de plusieurs professionnels de santé qui doivent travailler en équipe et inciter, aussi, l'implication du patient et de ses proches (Melin J. et al., 2018; Moreno A. et al., 2017 ; OMS, 2014).

De ce fait, chaque professionnel apporte, au sein d'une équipe, ses connaissances, compétences et expériences en vue d'obtenir les meilleurs résultats de santé pour les patients (Körner M. et al., 2016). Par conséquent, dès l'admission du patient en centre de réadaptation, un plan thérapeutique est discuté et défini, initialement, par les différents professionnels de santé, tenant aussi en compte la durée maximale de la réadaptation, établie par l'INAMI : 9 mois pour une paraparésie et paraplégie et 15 mois pour une tétraplégie et tétraparésie (Projet médical institutionnel, CTR (s.d.)). Toutefois, ce plan est provisoire, car il peut subir des modifications, en fonction de l'évolution du patient, de ses besoins et de ses attentes exprimées ; « ...*the view of rehabilitation as a changing process with evolving needs in different phases of care can help clinicians to understand and modify their practice when considering SCI needs as a dynamic in different stages of care* » (Moreno A. et al., 2017).

En outre, les différents professionnels de santé, les proches/la famille de ce dernier sont des acteurs à ne pas négliger car ils peuvent non seulement favoriser la connaissance de la personne atteinte d'une LME, mais aussi l'aider à identifier ses besoins, ce qui sont des éléments essentiels afin de construire, diriger le plan de soins et parvenir aux meilleurs résultats possibles en termes de santé (Moreno A. et al., 2017). De plus, pour les professionnels de santé, la connaissance des proches/de la famille est aussi importante, puisque la LME peut entraîner un changement au niveau relationnel entre les proches/la famille et la personne atteinte d'une LME (Bourke J.A. et al., 2018). En effet, certaines études mettent en évidence l'expression d'un besoin important en termes d'information, ainsi que d'un support émotionnel, souvent négligé (Moreno A. et al., 2017).

En vue d'une collaboration réelle, différents auteurs (Melin J. et al., 2018 ; Byrnes M. et al., 2012) soulèvent la participation du patient comme étant un aspect essentiel du processus de réadaptation chez les personnes atteintes d'une LME. Cette participation est associée « ...*with improved self-care, better physical functioning, and satisfaction with care* » (Melin J. et al., 2018). Ainsi, les patients sont stimulés à s'engager et la participation est particulièrement importante dans la fixation des objectifs ; « *Patient-focused goal planning is important for facilitating increases in independence and gains in physical, social and psychological functioning* » (Duff J. et al., 1999 cit par Byrnes M. et al., 2012).

De ce fait, il semble pertinent de faire un point sur la définition des objectifs, sur base des modèles applicables au contexte de la réadaptation.

a. Goal-Oriented Care

Déterminer et poursuivre des objectifs en santé est très complexe, puisqu'une multitude d'éléments entrent en relation non linéaire et parfois imprévisible (Wade D.T., 2009). Le modèle proposé par Mold J. et al. (1991), le *Goal-Oriented Medical Care*, se révèle comme étant pertinent dans le contexte de la réadaptation, il est « ... *applicable to the care of patients with chronic incurable illness (...) that is better suited to interdisciplinary teamwork, and that allows for increased involvement of patients in their own health care* ».

Le principe fondamental qui oriente le *Goal-Oriented Medical Care* et qui doit guider la définition des objectifs de santé, concerne la relation « professionnel de santé – patient ». La fixation des objectifs implique, ainsi, une définition des problèmes et pour que cela soit effectué de manière optimale, la contribution des professionnels avec leurs connaissances, leur expertise et leur objectivité et des patients avec leur expérience et leurs préférences est essentielle (Mold J.W. et al., 1991 ; Melin J. W. et al., 2018).

De ce fait, le *Goal-Oriented Medical Care* est caractérisé par « ... *a broad and flexible definition of health, individual goals and strategies, greater involvement of patients in their own health care, a stronger physician-patient relationship, and potentially increased interdisciplinary teamwork within the health care system* » (Mold J.W. et al., 1991).

1.3. Réadaptation ou rééducation ?

Différentes terminologies sont présentes dans la littérature et dans les textes de loi concernant la réadaptation et la rééducation fonctionnelles. Dans le but d'une meilleure compréhension, il est important d'accorder la même signification aux mots utilisés. Par conséquent, selon Wirotius J.M. (2011), le sens attribué à la rééducation est plutôt d'ordre paramédical. Elle « *désigne les moyens à mettre en œuvre pour la récupération de la fonction, ce qui peut inclure des formes d'adaptation à des dysfonctionnements physiologiques non guérissables pour maintenir ou récupérer* » (Yelnik A. 2001). De son côté, la réadaptation fonctionnelle est plus ample et se perçoit « *comme les moyens d'adaptation à une situation nouvelle où la fonction antérieure est manifestement altérée et doit être suppléée par une autre approche* » (Yelnik A., 2001).

En Belgique, selon Lejeune T. (2001), il n'existe pas de consensus quant à la signification des termes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, car dans les textes officiels et

légaux, on trouve certaines activités se rapportant à la réadaptation fonctionnelle qui sont dénommées comme étant de la rééducation fonctionnelle.

Il est vrai qu'une certaine confusion peut s'installer quand on regarde la terminologie présentée par la littérature anglo-saxonne. Au sens anglo-saxon, la réadaptation peut se confondre avec le terme « *rehabilitation* ». Ainsi, la réadaptation fonctionnelle prend un sens plus large, dans lequel la rééducation fonctionnelle peut être incluse (Yelnik A., 2011 ; Devailly J.P. et Josse L., 2011).

1.4. Aspects légaux institutionnels

La disponibilité et l'accessibilité à des services et à des soins de santé spécialisés, dans la prise en charge des personnes atteintes d'une LME, constituent des éléments essentiels à la diminution de l'impact social de la LME et à la construction d'une vie épanouie et satisfaisante (OMS, 2014).

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006) consacre, à l'article 25, « *le droit de jouir du meilleur état de santé possible* ». Pour que cela soit possible, elle consacre aussi, à l'article 26, le droit à des mesures de réadaptation, notamment le développement et la mise en place des services et des programmes qui « *soient fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun* », appelant les États au « *développement de la formation initiale et continue des professionnels et personnes qui travaillent dans les services de réadaptation* ».

Par conséquent, il est intéressant d'avoir égard, au plan national, à la manière dont la réadaptation a été transposée dans les textes de loi.

1.4.1. La convention de rééducation fonctionnelle et les textes de loi

En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) constitue l'entité qui assure l'accessibilité aux soins de santé et le remboursement des prestations des soins de santé. La rééducation fonctionnelle dispose, ainsi, d'une convention pour les personnes handicapées, proposée par le Collège des médecins-directeurs institué auprès du service des soins de santé de l'INAMI (2005). Ci-dessous, en voici quelques articles pertinents pour le présent travail.

- L'article 2 : « *La rééducation dans l'établissement vise une amélioration significative de l'état fonctionnel du bénéficiaire, eu égard au décours normal des affections vissées, une*

augmentation de l'autonomie et du bien-être psychologique, en vue de favoriser ainsi une (ré)intégration sociale², si possible, professionnelle maximale (...)»

- L'article 4 : « *Le but de la rééducation se traduit en besoins du bénéficiaire individuel par le programme individuel de rééducation fonctionnelle. »*
« Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle se compose d'un certain nombre d'interventions de l'équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire de l'établissement de rééducation fonctionnelle en faveur du bénéficiaire. »
- L'article 6 : « (...) *bilan final doit être expliqué (entre autres par des conseils de réintégration...) au bénéficiaire et/ou à ses proches par les principaux intervenants de l'équipe multidisciplinaire de rééducation (...)* ».

En outre, la convention de rééducation fonctionnelle nous informe sur la durée de la rééducation, en fonction de la pathologie et sur le nombre de professionnels que le service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle doit compter.

De ce fait, nous pouvons remarquer que l'INAMI prône une augmentation de l'autonomie de la personne ainsi que son bien-être psychologique, mettant en exergue le rôle de l'équipe multidisciplinaire et de leur travail, en lien avec la personne et ses besoins spécifiques, dans une institution spécialisée : un centre de rééducation et de réadaptation.

Il importe, par conséquent, de relever les différents points en commun présents dans les textes de loi et dans le profil de compétences de différents professionnels de santé qui font partie du programme spécifique de rééducation fonctionnelle, exposé dans la convention créée par l'INAMI.

b. Profils de compétences des professions des soins de santé

En Belgique, les règles de base sur l'exercice des professions des soins de santé sont définies dans la loi coordonnée du 10 mai 2015, relative à l'exercice des professions des soins de santé. La présente loi coordonnée définit, notamment, l'exercice de l'art médical, infirmier, paramédical, ainsi que l'exercice de la psychologie clinique, entre autres. Cependant, en médecine physique et de réadaptation (MPR), il n'existe pas, en Belgique, un profil de compétences bien défini, comme c'est le cas pour le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et l'infirmier responsable des soins généraux. Par conséquent, d'autres documents ont été consultés afin de mieux comprendre leurs compétences, comme l'*e-book de l'Union*

² La (ré)insertion sociale selon l'INAMI correspond au retour des personnes dans leur milieu familial, rendu possible par la rééducation. Elle se rapporte, ainsi, au « *fait d'insérer quelqu'un à nouveau dans la société, dans la vie professionnelle, dans une communauté, dans un groupe* » (Paugman S., 2010).

européenne des médecins spécialistes (UEMS) et le *White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe*.

Après la lecture des documents cités ci-dessus, il est possible de remarquer, essentiellement, l'existence de trois dimensions dans la pratique des professionnels de soins qui se chevauchent :

- la collaboration

Selon le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI), l'infirmier possède le rôle de collaborateur ; il dispense des soins dans une équipe inter- et multidisciplinaire, se basant « ...sur les connaissances en soins infirmiers, mais a aussi recours à tous les domaines de connaissances partagés avec d'autres professions actives dans le secteur des soins » (CFAI, 2016).

Le Conseil Fédéral de la Kinésithérapie (CFK, 2016) nous présente le rôle « Interagir », qui comprend la compétence « Collaborer » ; « en vue de contribuer à l'intérêt général et à un résultat commun au niveau d'une équipe, d'une entité ou d'une organisation, même quand il n'y a pas directement d'intérêt personnel en jeu » (CFK, 2016).

A leur tour, Neumann V. et al. (2009) déclarent « *No single clinician is likely to have the necessary skills to achieve optimal results alone* », par conséquent, nous pouvons retrouver dans le *White Book on PRM in Europe* « *PRM physicians collaborate with many other medical specialists and health professionals...* ».

La collaboration est donc une dimension importante dans l'établissement d'un diagnostic médical, ainsi que dans la détermination d'un plan de soins, dans la définition d'objectifs communs du projet de santé et des priorités de soins, inscrits dans la loi coordonnée du 10 mai 2015, dans le profil de compétences de l'ergothérapeute et dans le e-book de l'UEMS.

Le deuxième élément commun aux différents textes concerne :

- La pratique orientée vers le patient

La MPR (White book on PRM, 2018) a comme focus la personne dans sa globalité. A leur tour, le CFAI (2016) et le FNBE (2017-18) caractérisent le patient comme étant le partenaire privilégié dans la relation de collaboration. Il occupe une place centrale et doit, par conséquent, être dans un processus de *shared decision making*, où les professionnels l'impliquent, non seulement dans la prise de décisions, mais aussi dans la définition des objectifs de santé et du plan de soins, en vue de prodiguer « *des soins respectueux et répondant aux possibilités, préférences, souhaits et attentes du patient* » (CFK, 2016).

La participation active du patient est fondamentale puisqu'elle favorise son autodétermination dans les choix relatifs à sa santé, ayant aussi un impact dans l'augmentation ou dans le maintien de son autonomie (CFAI, 2016 ; CFK, 2016).

Ensuite, le troisième élément commun concerne :

– La communication

La communication est une compétence requise dans la collaboration avec le patient/la famille, mais aussi avec l'équipe inter- ou multidisciplinaire. Elle a pour but « *d'instaurer une relation de confiance dans laquelle le patient/client se sent respecté, concerné et en sécurité* » (CFAI, 2016). De ce fait, le dialogue est le moyen par lequel un partage d'informations est possible, favorisant la participation du patient à la création et à l'avancement de son projet thérapeutique (FNBE, 2017-18 ; CFAI, 2016 ; CFK, 2016 ; Neumann et al., 2009).

Après cette analyse de la convention de rééducation et des textes de loi, une attention toute particulière sera attribuée, dans le point suivant, au centre de réadaptation qui nous occupe.

1.4.2. Le centre de réadaptation

Le CTR a été créé en 1950 pour accueillir et offrir une prise en charge spécialisée à des patients avec des lésions locomotrices et neurologiques sévères. Dans sa déclaration d'intention, publiée en 1948 dans le Moniteur belge, il est mentionné que « *L'association a pour objet l'étude et la mise en œuvre des moyens propres à assurer le traitement des accidentés du travail, des blessés et infirmes dont l'état est susceptible d'être amélioré, en vue d'assurer leur réinsertion sociale, familiale ou occupationnelle* ».

Depuis 1948, le CTR a dû faire face à une évolution sociétale importante, ainsi qu'à une évolution du type de patientèle. De nos jours, l'accent est plutôt mis sur la réinsertion socio-familiale, car au fil du temps, on a assisté à un multiculturalisme croissant, à un changement au niveau de l'étiologie des traumatologies et des pathologies neurologiques et à une multimorbidité qui, associée à l'augmentation de l'espérance de vie, nous a amenés et nous amène, chaque jour, à mettre en place des procédures de plus en plus complexes (CTR (s.d.)). De ce fait, le centre dispose, actuellement, de plus d'une centaine de lits répartis dans cinq services, ainsi que d'une équipe qui s'est vue intégrer des spécialistes en médecine physique, des psychiatres, des logopèdes, des psychologues, des diététiciens, etc.

Un travail interdisciplinaire avec de nouvelles collaborations est, par conséquent, fondamental, de manière à optimiser les résultats fonctionnels, en vue de faciliter la transition

à la vie communautaire et assurer une certaine qualité de vie³ (Kornhaber R., Wiechula R. et McLean L., 2015 ; OMS, 2014 ; CTR (s.d.)). Ce travail interdisciplinaire requiert, donc, une prise en charge en continu avec une collaboration entre différentes organisations, professionnels de santé et services sociaux, ce qui implique « *regular negotiation and contribution between professionals, which values the expertise's and contributions that various healthcare professionals brings to patient care* » (Reeves S. et al., 2017).

Ces différentes collaborations se concrétisent lors de différents moments d'échange et outils qui se sont développés au cours des années, dans l'institution. En ce qui concerne les moments d'échange, l'institution dispose actuellement:

- De réunions interdisciplinaires hebdomadaires, appelées staffs d'étage, où différents professionnels de la santé (le médecin de service, le chef/responsable infirmier du service d'hospitalisation concerné, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychologue, l'assistant social et, quand cela est pertinent, la logopède) mènent une discussion autour des objectifs des patients, de leur évolution, des problèmes potentiels et de la définition des nouveaux objectifs pour les semaines à venir. Des outils/documents « objectifs patient » et *check lists* de préparation à la sortie sont mis à disposition des équipes, afin de mieux préparer ces réunions et assurer une continuité dans les informations transmises.

- Du staff du jeudi. Il s'agit d'une réunion avec les responsables de tous les services du CTR, ainsi qu'avec les directions médicale, infirmière et paramédicale. Dans ces réunions hebdomadaires, il est discuté des patients qui sont définitivement sortants, des patients qui partent en congé thérapeutique ainsi que des nouveaux patients qui rentrent dans la semaine suivant la réunion. Pour les nouveaux patients, des informations quant à la pathologie, les raisons de l'hospitalisation, les soins particuliers, etc. sont transmises lors de ces réunions.

- Du tour médical. Une fois par semaine, le médecin du service, avec le directeur médical et le chef/responsable infirmier réalisent un tour auprès de tous les patients. Lors de ce tour, il est discuté avec les patients leur évolution, leurs craintes, perspectives, souhaits, objectifs et des problèmes éventuels.

- De réunions de famille. Elles se rapportent à des réunions avec les patients et les proches, réalisées en fonction des besoins et de l'évolution des patients, il n'y a donc pas de timing prédéfini. Dans ces réunions, le responsable infirmier, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, ainsi que le médecin du service, l'assistant social et, dans certains cas, le

³ Dans ce sens, on entend par qualité de vie «... la perception qu'à l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1994 cit par Ferron M., 2011).

directeur médical sont présents. Elles permettent aux patients et à leurs proches de s'exprimer sur leurs craintes, besoins, attentes. De plus, les objectifs, le projet thérapeutique sont aussi définis, ainsi que la préparation à la sortie définitive.

- De formations internes et externes. Différentes formations sont proposées aux professionnels de la santé, dont certaines ont un caractère obligatoire. Ces formations permettent un développement des aptitudes et compétences des professionnels.

Les différents outils d'échange d'informations se rapportent :

- Au dossier médical en papier ; on est actuellement dans une période de transition vers le dossier médical informatisé, cependant, actuellement, l'évolution médicale est toujours rapportée dans une version en papier que les différents professionnels peuvent consulter.
- Au système informatique – *Xpertis* pour le département infirmier ; il sert à encoder l'anamnèse infirmière, les soins infirmiers et à rédiger des observations sur l'évolution du patient ou les événements. Seuls les infirmiers et le médecin ont accès à ces informations. Les autres départements ont d'autres systèmes informatiques auxquels les infirmiers n'ont pas accès.
- Au système *NHcare* ; il s'agit d'un système informatique dans lequel tous les professionnels ont accès au planning journalier des divers traitements des patients.
- Au tableau existant dans les services d'hospitalisation, sur lequel chaque jour, les examens prévus pour les patients sont notés. Chaque thérapeute peut, de cette manière, prendre note de l'indisponibilité du patient.
- Aux divers rendez-vous pris au CTR, envoyés par Outlook. Toutefois, les rendez-vous externes sont toujours pris et transmis en version papier ou par téléphone.

Le CTR reste une petite structure avec des ressources qui sont en train d'être adoptées, pour répondre à des exigences de qualité et pour s'uniformiser par rapport à l'institution avec laquelle le centre a été contraint de se fusionner en 2014.

2. La Collaboration Interprofessionnelle (CIP)

La collaboration, étant associée au travail collectif, est sollicitée par plusieurs disciplines dans différents domaines, comme le médical, le management, la sociologie, entre autres...

De ce fait, avoir une définition claire de la collaboration est très difficile, car chacune des disciplines apporte sa vision de ce qu'est la collaboration (Bedwell L.B. et al., 2012). Ce manque de clarté pose problème, puisque « *Managers and other organization practitioners cannot determine the appropriate employee knowledge, skills, attitudes, and other*

characteristics to select, train, and assess without a clear understanding of the attitudes, cognitions, and behaviors required for effective collaboration » (Bedwell L. B. et al., 2012). En Belgique, la CIP est plutôt une tendance. On peut remarquer la création et le développement de différents projets pilotes, comme le Plan Conjoint en faveur des maladies chroniques, intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé », créé en 2015. Ce plan s'est concrétisé par le démarrage de 12 projets pilotes, en 2018, sur toute la Belgique. Sur le site officiel de l'INTEGREO, il est mis en évidence que « *la coordination et la collaboration autour du patient doivent créer un cadre au sein duquel les soins médicaux et paramédicaux trouvent leur juste place et sont soutenus par un contexte de travail favorable à leur réussite* ».

Il est, ainsi, important de comprendre, d'une part, le concept de CIP aux yeux du domaine des soins de santé et, d'autre part, de saisir l'importance du lien de la collaboration d'une équipe et d'une structure de soins, en utilisant, à cet effet, le modèle proposé par D'Amour et al. (2008) (point 4).

2.1. Collaboration interprofessionnelle : multiples concepts ?

Malheureusement, au sein de la communauté scientifique, il n'y a pas de consensus quant à la définition conceptuelle de CIP (Careau E., 2013 ; D'Amour D. et al., 2005). Multiples « *surrogate concepts* » à la CIP peuvent être retrouvés dans la littérature, à savoir : « multidisciplinaire », « interdisciplinaire », « travail d'équipe », « pratique interprofessionnelle », entre autres (Careau E. et al., 2014 ; Perreault K. et Careau E., 2012). Toutes ces combinaisons entraînent une confusion constante au niveau de la terminologie à utiliser (Reeves et al., 2017).

De ce fait, Careau E. et al. (2014) proposent un schéma illustratif des pratiques de collaboration (voir Annexe 1). Dans ce schéma, nous pouvons remarquer que les pratiques collaboratives s'intègrent dans un *continuum*. Ensuite, lorsqu'on est en présence d'une situation où les besoins de la personne sont complexes, comme c'est le cas chez les blessés médullaires, l'intensité de la collaboration entre les professionnels, la personne et ses proches est très importante et donc, l'interdépendance entre les différents acteurs est plus intense. Dans ces situations complexes, tous les professionnels mettent leurs connaissances et leurs expertises au profit de la construction d'un plan d'action commun capable de clarifier et de répondre aux besoins identifiés et exprimés par la personne.

De ce fait, l'étape ultime de la CIP concerne l'interdisciplinarité ; un processus dans lequel « *People with distinct disciplinary training working together for a common purpose, as they*

make different, complementary contributions to patients-focused care » (McCallin, 2001 cit par Careau E., 2013).

Comme transposé dans les différents cadres de compétences, textes officiels belges et comme cité ci-dessus, chaque domaine professionnel, à partir de ses études supérieures, développe un système de connaissances particulières, un cadre disciplinaire qui lui donne une vision spécifique quant à sa pratique professionnelle. Cette spécificité enrichit le travail interdisciplinaire et par conséquent, renforce la CIP, cependant, ce processus complexe n'est pas bien compris par les professionnels de différentes disciplines (D'Amour D. et al., 2005). D'Amour D. et al. (2008) affirment, ainsi, que la collaboration constitue un problème central dans toute organisation collective, puisque les professionnels ont « *their own interests and want to retain a degree of autonomy and independence* ».

Dans le cadre de cette étude, il est important de pouvoir retenir une définition de la CIP, cependant, différentes définitions sont proposées par différents auteurs, dont certaines sont plus complètes que d'autres. Quand on analyse différentes définitions de CIP (Reeves S. et al., 2017 ; D'Amour et Oandasan, 2005 cit par Careau E., 2013 et CIHC, 2010 (voir Annexe 2), il est possible de mettre en évidence différents éléments. Pour ce travail, la CIP est définie comme étant *un processus au travers duquel une action collective est sollicitée. Il existe un partenariat entre différents professionnels de différents domaines, afin de répondre à la complexité des besoins de notre public, moyennant un travail collectif où chaque professionnel interagit avec les autres, négocie et apporte sa perspective, dans le respect et la confiance de chacun. Le tout, dans la visée de prodiguer les meilleurs résultats de santé* (Reeves S. et al., 2017 ; D'Amour et Oandasan, 2005 cit par Careau E., 2013 ; CIHC, 2010). Ainsi, connaître les différents aspects, comme les compétences interprofessionnelles qui favorisent et enrichissent la CIP, s'avère être essentiel. Dès lors, dans les différents FGs et entretiens semi-directifs que je souhaite réaliser, les participants seront amenés à avoir une discussion sur ces aspects, plus particulièrement dans le domaine de la réadaptation auprès des patients avec une LME.

3. Les compétences interprofessionnelles

Dans le point 2, il a été possible de constater la complexité autour de la CIP. En effet, une mauvaise collaboration basée sur des pratiques uni-professionnelles, où les différents acteurs se concentrent sur leurs propres fonctions, peut conduire à des résultats décevants en matière de santé, mais aussi à des conduites incohérentes pour les bénéficiaires de soins (Vestergaard E. et Norgaard B., 2018).

Dès lors, il est important de comprendre ce que la littérature nous apporte en matière de compétences interprofessionnelles, car elles vont avoir une influence sur la manière dont la CIP est conduite, tout particulièrement dans un service de réadaptation.

3.1. Les compétences interprofessionnelles : intérêt et définition

Les compétences sont habituellement associées à un cadre professionnel et sont, généralement, développées afin de permettre à un professionnel d'exercer sa propre profession (Person et al., 2002 cit par Kendall et al., 2011). Par conséquent, elles sont essentielles « ... *to the development of good practice because they provide the basis for recognition, accreditation, and equitable assessment process, and they articulate into training and structures for career progression* » (Person et al., 2002 cit par Kendall et al., 2011).

Comme relevé au point 1.4.1 de ce cadre théorique, certaines compétences spécifiques à des professions de santé se chevauchent, comme la « communication » et « l'équipe ». Toutefois, selon Bainbridge L. et al. (2010), elles sont génériques et ne donnent pas une représentation exacte de la CIP. En outre, la « collaboration » est aussi mise en évidence, mais il n'y a pas d'orientation explicite quant à la pratique interprofessionnelle (PI).

Le domaine qui nous occupe dans cette étude, la réadaptation, ajoute de la complexité quant au développement d'un cadre de compétences, vu l'hétérogénéité présente au niveau des disciplines (Kendall et al., 2011). Ainsi, cette interdisciplinarité requise dans le processus de réadaptation est une force, mais aussi un défi en ce qui concerne la construction d'un référentiel de compétences interdisciplinaires (Kendall et al., 2011).

Selon l'infirmière référente au CTR, Fonseca Dolores, actuellement, les différents professionnels de la santé exercent leur pratique au CTR de manière dite « interprofessionnelle », mais cela, en absence d'un cadre cohérent et réflexif de compétences interprofessionnelles. Un document élaboré en 2012 par le directeur médical et la directrice gestionnaire énumère et contient une très brève description de la mission interdisciplinaire, toutefois, les compétences incluses sont très génériques et rien n'est mis en place au niveau de la coordination des équipes interdisciplinaires, alors que pour répondre aux différents besoins et exigences de notre public en réadaptation, il est important que les professionnels de santé puissent avoir un référentiel de compétences spécifique à ce domaine, de façon à mieux guider et soutenir la PI (Kendall E. et al., 2011).

Reeves S., Fox A. et Hodges D. (2009) révèlent que les compétences « ...*offer wide appeal as they establish consistent standards of practice across settings, help validate the*

significance of issues that practitioners feel are important such as patient safety, collaboration, and communication, and provide directly observable indicators to help measure professional performance ».

Il importe, ainsi, d'apporter une définition des compétences interprofessionnelles dans le domaine de la santé. CIHC (2008 cit par Bainbridge L. et al., 2010), dans sa définition, fait le lien entre les différents éléments : connaissances, compétences, attitudes, valeurs et jugements et leur application dans les diverses situations de collaboration. De plus, elle ajoute « *Competencies should guide growth and development throughout one's life and enable one to effectively perform the activities required in a given occupation or function and in various contexts* ».

3.1.1. Limites des compétences interprofessionnelles

Les compétences sont, ainsi, tellement présentes dans la formation et dans la pratique des professionnels de santé que certains auteurs les qualifient de « *most cherished ideas* » (Lingard, 2009 cit par Flood B., 2019). Elles sont, par conséquent, la pierre angulaire de la PI, car elles s'établissent par une articulation de modèles de compétences, ainsi que par un cadre de formation et de pratique (Charles et al., 2010 et OMS, 2010 cit par Flood B., 2019). Comme exposé antérieurement, un certain nombre d'avantages sont à relever en ce qui concerne les compétences interprofessionnelles, toutefois « *...the competency movement may also be viewed as a trend that reduces conventional practices, limits innovation and interferes with interprofessional practice* » (Reeves S., Fox A. et Hodges B. D., 2009).

Certaines critiques se sont adressées quant aux limites des « compétences ». Heidegger (1889-1976, cit par Flood B., 2019) remet en question l'idée de décrire et de mesurer objectivement l'engagement humain. Talbot (2004, cit par Reeves S., Fox A. et Hodges B. D., 2009) et Kumagai (2014, cit par Flood B., 2019) ajoutent que cette approche peut être perçue comme étant réductionniste, car elle se focalise surtout sur les actions pratiques et sur les résultats, sans tenir compte de la nature complexe de la PI, limitant, aussi, le processus réflexif, essentiel à une pratique holistique.

De ce fait, une question se pose : comment dépasser cette divergence ? Kendall et al. (2011) nous expliquent que « *... the role of competencies in the development of good practice can only be meaningful if there are reflective practitioners, technologies to support their practice, organizations and managers who support learning and a culture that values good practices* ». Il est dès lors important, dans le développement d'un cadre de compétences, de faire attention à tous les aspects mentionnés ci-dessus.

4. *The Four-Dimensional Model of Collaboration et A national Interprofessional Competency framework*

Plusieurs modèles et cadres théoriques qui conceptualisent la CIP utilisent une approche par système. Selon cette approche, différents déterminants (variables, qui peuvent ou non favoriser une CIP) vont influencer le processus de collaboration en vue d'atteindre certains résultats. Toutefois, dans cette conceptualisation de la CIP, d'autres chercheurs se sont plutôt intéressés aux compétences requises dans une collaboration (Careau E., 2013).

De ce fait, D'Amour et al. (2008) présentent le *Four-Dimensional Model of Collaboration*, qui permet d'analyser la manière dont la collaboration se produit auprès de différents acteurs dans des systèmes définis comme étant complexes et hétérogènes, à différents niveaux. Ainsi, l'activité collective peut être analysée à partir de quatre dimensions : *Partage des objectifs et vision*, *Internalisation*, *Formalisation* et *Gouvernance*, mises en œuvre par dix indicateurs. Les deux premières dimensions se rapportent aux relations entre les individus, tandis que les deux autres concernent l'organisation qui influe les activités collectives. De plus, ces quatre dimensions s'influencent mutuellement et sont reliées les unes aux autres.

A son tour, le CIHC (2010) a développé un référentiel de compétences : *A National Interprofessional Competency framework* (NICF), afin d'aider les professionnels à donner un sens à leur pratique, à différencier les questions en fonction de leur pertinence, à appliquer leurs connaissances à des situations pratiques et à intégrer les connaissances, attitudes et compétences (CIHC, 2010).

Le NICF (CIHC, 2010) est, ainsi, composé de six domaines de compétence, qui mettent en évidence les connaissances, les attitudes, les valeurs et les compétences cultivant les jugements nécessaires à la PI en collaboration (CIHC, 2010).

Ce cadre conçoit, donc, deux domaines : *la communication interprofessionnelle* et *les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté*, qui vont appuyer et toujours influencer les quatre autres domaines, qui se trouvent au sein d'un ensemble intégré : *la clarification des rôles*, *le travail en équipe*, *la résolution de conflits interprofessionnels* et *le leadership collaboratif*.

Comme certaines dimensions et certains indicateurs présents dans le modèle proposé par D'Amour et al. (2008) et les domaines de compétence présentés par le NICF se chevauchent et se complètent, j'ai décidé de les mettre en relation dans un tableau :

	<i>The Four-Dimensional Model of Collaboration</i> (D'Amour et al., 2008)	<i>A National Interprofessional Competency framework</i> (CIHC, 2010)
<u>Relation entre les individus</u>	Dimension – Partage des objectifs et vision Fait référence à : – L'existence d'objectifs communs et leur appropriation par l'équipe ; – La reconnaissance des points de divergence et multiples allégeances ; – La diversité des définitions et attentes sur la collaboration.	Domaines de compétences : <u>Soins centrés sur la personne/ses proches et la communauté :</u> – Engagement du patient/ de la communauté dans la mise en œuvre de soins et services ; – Partage d'informations avec le patient de manière respectueuse et compréhensible → encourager la discussion et améliorer la participation dans la prise de décision ; – Écoute respectueuse des besoins de toutes les parties dans l'élaboration et la prestation de soins et services ; – Patient, partenaire⁴ actif dans la pratique collaborative ; – Patient, expert dans ses propres expériences de vie → rôle essentiel dans l'élaboration du plan de soins.
	Indicateur – But : – Point de départ pour entamer une collaboration ; – Lié aux valeurs professionnelles sous la forme d'objectifs communs, se réfère au caractère consensuel et à la compréhension des buts ; – But commun : promouvoir des soins centrés sur le patient et répondre à ses besoins ; – Problème : transformation des valeurs et pratiques qui rend son adoption difficile. Indicateur – Orientation centrée sur le patient : – Les différents acteurs : les professionnels de la santé et le patient/la famille peuvent avoir des intérêts différents ; – Besoin de négocier afin de maintenir une concentration sur la collaboration axée sur le client.	(CIHC, 2010)
	Dimension – « Internalization » : – Prise de conscience par les professionnels de leur interdépendance et de l'importance de sa gestion, ce qui amène à un sentiment d'appartenance, à une connaissance des valeurs, de la discipline de chacun et de la confiance mutuelle.	<u>Travail en équipe :</u> – Englobe intrinsèquement la collaboration ; – Comprendre les principes de la dynamique du travail d'équipe, afin de permettre d'élaborer un ensemble de principes pour travailler ensemble ; – Faciliter et établir les interactions et les discussions entre les membres de l'équipe basées sur des relations de travail saines et efficaces ; – Participer et respecter la participation de tous à la prise de décisions en collaboration ; – Éthique interprofessionnelle → engager le partage de valeurs et le respect mutuel, permettant l'union entre les différents professionnels.

⁴ Le modèle de Patient Partenaire (PP) est développé par l'ULB. Ce modèle, inspiré des travaux de l'Université de Montréal, considère le patient comme étant partenaire de ses soins, « *Le partenariat patient est donc un mode de collaboration entre un patient désireux d'être partenaire de ses soins et un professionnel de santé, qui mettent en commun leurs savoirs respectifs, complémentaires, de la vie avec la maladie et de la maladie* » (Scheen A.J. et Giet D., 2010 cit par Lecocq D. et Néron A., 2018). Ceci implique, ainsi, une évolution de la dynamique de la relation de soins, notamment le passage de l'approche centrée sur le patient où prédomine la consultation entre le patient et le soignant, vers une approche PP qui fait prévaloir un partenariat ; le patient et le soignant coopèrent ensemble. La compréhension est un élément primordial (Lecoq, Lefebvre & Néron, 2017 cit par Lecocq D. et Néron A., 2018).

	Indicateur sur la <u>Connaissance mutuelle</u> : A développer sur le plan : – Personnel – permet de percevoir les valeurs et compétences des autres. – Professionnel – permet de connaître le cadre disciplinaire et la pratique professionnelle. – Cette familiarisation est possible si l'organisation met en place des stratégies/mécanismes de liaison (Mintznerg 1982, cit par Cultiaux J., 2017). Indicateur – Confiance : – Réduction des sentiments d'incertitude et de vulnérabilité ; – Collaboration solide si confiance mutuelle ; – Élément nécessaire à une relation entre les membres d'une équipe (DiazGranados D. et al., 2018).	(CIHC, 2010)
<u>Organisation</u>	Dimension – « Formalisation » : – Clarifie les responsabilités des divers partenaires professionnels ; – Négocie la distribution de responsabilités.	<u>Clarification des rôles</u> : – Produite par une compréhension de leur propre rôle, et de celui des autres ; – Utilisation de ses connaissances de manière adéquate, afin d'atteindre les objectifs du patient/de la famille et de la communauté. – Nécessaire : une écoute active entre chaque professionnel afin d'identifier ceux qui possèdent des connaissances et des compétences nécessaires pour répondre aux besoins de notre public.
	Indicateur – Outils de formalisation : – Existence de divers outils de formalisation, comme les protocoles, systèmes d'information, etc. – Important que les professionnels sachent ce qu'il est attendu d'eux et ce qu'ils peuvent attendre des autres. Indicateur – Échanges d'informations : – Échanges rapides et complets d'informations moyennant l'utilisation d'infrastructures d'information ; – Permettent une augmentation de la confiance entre les professionnels, ainsi que d'avoir des informations sur les patients et de réaliser une évaluation des compétences des partenaires.	
	Dimension - Gouvernance : – Fonction qui soutient la collaboration ; – Oriente et soutient les professionnels dans la mise en place d'innovations liées aux pratiques de CIP et CIO.	<u>Communication interprofessionnelle</u> : – Capacité de communiquer de manière efficace, attentive, collaborative et responsable avec les autres professionnels et patients ; – Écoute active ; compréhension commune des décisions de soins ; développement de relations de confiance avec le patient et les autres membres de l'équipe ; – Utilisation de la technologie d'information et de communication. (CIHC, 2010) <u>Leadership collaboratif</u> : – Établissement et co-création d'un climat de leadership partagé et de pratique collaborative ; – Les professionnels endossent la responsabilité partagée sur les choix du processus employé ; – Application des principes de prise de décision collaborative ; – Intégration des principes d'amélioration continue et de qualité du processus de travail et des résultats ; – Les patients peuvent, aussi, assumer le rôle de leadership.

Indicateur – Centralité : – Implique la participation des autorités centrales qui ont un rôle stratégique et politique dans l’orientation et la mise en œuvre de processus et structures de collaboration. Les cadres supérieurs peuvent, ainsi, influencer davantage la CIO. Indicateur – Leadership : – Peut prendre diverses formes et être classé dans la catégorie « émergent » ou « lié à un poste » ; – Facilite et renforce les différents rôles ; crée et développe de nouvelles relations ; favorise des solutions novatrices (Kolkman A. K., Tveit B. et Sverdrup S., 2019).	Résolution des conflits interprofessionnels : – Engagement dans la recherche de solutions pour les désaccords, de manière constructive et positive ; – Valorisation du « <i>Conflict positive</i> » ; – Identification des « déclencheurs de conflits » et résolution par des lignes directrices ; – Établissement d’un climat sûr avec la possibilité d’expression des opinions ; – Valorisation de tous les points de vue afin de faire sentir à tous qu’ils ont été entendus ; – Recherche d’un consensus prenant en considération l’opinion de tous. (CIHC, 2010)
Indicateur – Soutien à l’innovation : – Émerge de l’introduction des changements dans les pratiques cliniques et dans la redistribution des responsabilités entre les partenaires. Ces changements figurent comme étant des innovations qui doivent se développer et être mises en œuvre. Indicateur – Connectivité : – Inter-connectivité entre les individus et les organisations, ce qui permet la résolution de problèmes de coordination et l’ajustement des pratiques.	

Tableau 1 : Mise en relation *The Four-Dimensional Model of Collaboration* et *A National Interprofessional Competency framework*

Les deux modèles sont illustrés et décrits de manière plus exhaustive, en Annexes 3 et 4.

Pour conclure, il importe de remarquer que le modèle de D’Amour et al. (2008) met bien en évidence la complexité présente dans le processus de collaboration, dans le lien entre le travail en équipe et la structure organisationnelle. Ce processus est, de plus, soumis à l’influence de facteurs dits externes et structurels, comme les politiques, les ressources et les exigences financières, qui ne doivent pas être négligés (D’Amour et al., 2008).

Un autre aspect à relever dans le NICF (CIHC, 2010) concerne la « communication interprofessionnelle » et « les soins centrés sur la personne » qui sont transversaux à tous les autres domaines de compétence ; ce ne sont donc pas des indicateurs au même niveau que tous les autres, comme dans le modèle de D’Amour et al. (2008), où toutes les dimensions ont des interrelations à un même niveau.

METHODOLOGIE

5. Revue de littérature et construction du cadre théorique

La construction du cadre théorique s'est réalisée par une revue de littérature et par la consultation de certains documents du CTR. Des textes de loi ont été utilisés dans la rédaction de la première partie du cadre théorique. Les publications scientifiques ont été identifiées à travers différents moteurs de recherche, à savoir : *Pubmed, TripDataBase, Cochrane, Cairn, GoogleScholar, EBSCO Health et ScienceDirect*. De plus, des recherches ont, aussi, été menées directement dans des revues électroniques, comme dans le *Journal of Interprofessional Care*.

En ce qui concerne la sélection des textes, elle s'est surtout fondée sur des résultats probants de recherches scientifiquement actuelles. Pour cela, la méthode PICO et PICO a été appliquée dans la construction de l'équation de recherche, mais vu la multitude de termes employés par les chercheurs pour désigner le même domaine, différentes combinaisons avec les mots-clés ont été réalisées, en employant les opérateurs booléens « AND », « OR » et « NOT ». Nous retrouvons, en anglais, *interprofessional collaboration, collaborative care, interprofessional team, interprofessional practice, teamwork, multidisciplinary collaboration, interprofessional competencies, competency, collaborative competence, health care, patient perspectives, patient participation, hospitalized patients, professional perspectives, health care personnel, spinal cord injury, rehabilitation, inpatient rehabilitation, informal caregiver, informal caregiver perspective* et en français, *collaboration interprofessionnelle, compétences interprofessionnelles, multidisciplinarité, pluridisciplinarité, interdisciplinarité, rééducation, réadaptation, lésion de la moelle épinière*.

Les textes actuels qui dataient de moins de cinq ans ont particulièrement été retenus. Toutefois, il est à signaler que certains articles plus anciens ont aussi été consultés et utilisés au vu de leur importance dans cette étude. Finalement, les études avec un plus haut niveau de preuves, en se référant à la pyramide des preuves, ont été privilégiées.

Des ouvrages ont également été consultés, ils concernaient plus particulièrement le domaine de management et de la théorie des organisations, afin de mieux comprendre certains aspects associés à l'organisation en tant qu'institution et au travail en équipe.

Durant la construction du cadre théorique, quelques difficultés sont survenues. Elles étaient surtout liées à la multitude de synonymes employés pour la CIP et également, beaucoup d'études concernant les compétences interprofessionnelles liées au domaine de l'éducation ont été trouvées. Cependant, pour ce projet, seulement la littérature se rapportant aux études

sur les compétences interprofessionnelles dans le domaine des soins de santé a été prise en considération.

6. Objectifs et question de recherche

L'objectif de cette étude est double. Tout d'abord, il est *envisagé d'obtenir une compréhension plus fine quant aux compétences interprofessionnelles essentielles au développement d'une CIP, auprès des patients avec une LME, au sein de la réadaptation, et deuxièmement, d'essayer de comprendre l'influence que ces compétences interprofessionnelles peuvent avoir dans le processus de réadaptation, auprès des patients avec une LME.*

Pour cela, je me suis posée quelques questions auxquelles je souhaite apporter une réponse en fin d'étude. Les voici :

- Comment les managers, les professionnels de la santé et les patients atteints d'une LME perçoivent-ils, par leur expertise et expérience, la CIP au sein du CTR ?
- Quelles sont les compétences interprofessionnelles considérées comme étant importantes, dans le processus de réadaptation auprès des blessés médullaires, par les managers, les professionnels de la santé et les patients ?
- De quelle manière les compétences interprofessionnelles peuvent-elles influencer le processus de réadaptation ?

De ce fait, la question de recherche qui m'occupe dans cette étude est : « *Les compétences interprofessionnelles : quelles compétences et de quelle manière influencent-elles le processus de réadaptation chez les patients avec une LME ?* »

7. Choix de la méthode

Afin de répondre à la question de recherche initiale et de comprendre en profondeur le processus complexe qu'est la CIP (Didier A. et al, 2017 ; Reeves S. et al., 2017 ; D'Amour et al., 2005) et les compétences interprofessionnelles en réadaptation, il m'a semblé pertinent d'explorer les témoignages et les perspectives des différents managers, professionnels de santé et patients au sein d'un centre spécialisé. A ce titre, une étude qualitative s'avère être la plus appropriée, car elle vise « *...à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux (...) à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé* » (Kohn L. et Christiaens W. 2012). Paillé P. et Mucchielli A. (2016) expliquent que « *l'analyse qualitative vise en fait à construire des descriptions et des interprétations. Elle est au service de la quête du sens des actions et expériences humaines* ».

C'est *la quête de sens* qui nous intéresse dans cette étude et pour cela, différentes sources de données qualitatives ont été utilisées.

7.1. Enquête qualitative : *focus groups* et entretiens semi-directifs

L'enquête qualitative de terrain correspond à la recherche qui implique une interaction, un contact personnel avec le public, surtout via des entretiens, dans le cadre naturel où ils évoluent (Paillé P. et Mucchielli A., 2016 ; Kohn L. et Christiaens W., 2012).

Dans cette étude, différentes techniques de collecte de données ont été utilisées, notamment des FGs avec des publics différents (managers, professionnels de la santé et patients) et des entretiens semi-directifs, également avec le même public.

Deux méthodes de recherche qualitative différentes et plusieurs regards ont été apportés dans cette étude. Ce principe appelé triangulation permet, ainsi, de trouver des lignes convergentes des résultats, d'avoir une compréhension et une vision plus approfondie de ces mêmes résultats, ce qui apporte de la rigueur, de la richesse et une validation des interprétations (Bekhet A.K. et Zauszniewski J.A., 2012).

– Focus group

Le FG est une forme d'entretien semi-structuré qui implique une interaction entre les participants (Thunus S., 2017 ; Kohn L. et Christiaens W., 2012). Selon Green et Thorogood (2009 cit par Kohn L. et Christiaens W., 2012), « *In essence, a focus group is a small (usually 6-16 people) group brought together to discuss a particular issue(...) under the direction of a facilitator who has a list of topics to discuss* ». La collecte de données et l'analyse doivent prendre en considération non seulement le discours des différents participants, mais aussi les interactions produites durant la discussion, de manière à faire ressortir « *the way in which meaning is negotiated and coproduced in the group context* » (Wilkinson, 1998 cit par Sim J. et Waterfield J., 2019).

Les FGs ont été réalisés avant les entretiens semi-directifs, de manière séquentielle ; les différents témoignages ont révélé des points de vue et des idées qui ont été construits par la discussion de groupe, ce qui n'était pas possible par des méthodes individuelles (Guest G. et al., 2017). Ainsi, après les entretiens semi-directifs, il a été possible d'aller plus en détail et de manière plutôt individuelle dans le développement de certains concepts, d'idées ressortis lors des FGs.

– Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs permettent la collecte des données à travers l'utilisation de techniques de conversation, qui, selon Bowling (1997 cit par Kohn L. et Christiaens W.,

2012), « ...gives the opportunity to the respondents to tell their own stories in their own words ». D'autres chercheurs signalent que les entretiens individuels font émerger une information plus détaillée et plus profonde des visions, pensées et sentiments, par rapport aux FGs (Guest G. et al., 2017).

De ce fait, des entretiens individuels ont été mis en place afin de mieux compléter les données obtenues avec les FGs. Ils ont permis de discerner les perspectives individuelles sur la CIP et les compétences interprofessionnelles, ainsi que sur la manière dont celles-ci influencent le processus de réadaptation. Par conséquent, une analyse des expériences personnelles, des attitudes et des croyances individuelles a été réalisée. Elles viennent compléter les données obtenues lors des différents FGs.

8. Échantillonnage et méthode de recrutement des participants

La sélection des participants pour les FGs mérite une attention particulière, car la qualité de la discussion et par conséquent des résultats va dépendre de la dynamique de groupe créée (Thunus S., 2017). Ainsi, les participants sont sélectionnés selon les principes de l'échantillonnage raisonné, c'est-à-dire en fonction de la pertinence de leur position, de leurs expériences, compétences et connaissances spécifiques sur le sujet de l'étude, c'est un groupe qui est « *focused on a given topic* » (Rabiee F., 2004).

Le nombre de participants dans chaque FG peut varier ; idéalement, il se situe entre six et dix personnes, de manière à ce que le groupe soit « *large enough to gain a variety of perspectives and small enough not to become disorderly or fragmented* » (Rabiee F., 2004).

Dans un souci d'éviter l'influence du pouvoir hiérarchique et afin de diminuer la possible émergence de conflits, quatre groupes assez homogènes ont été créés : un groupe avec les managers du CTR, deux groupes avec les professionnels de la santé (pour avoir une représentativité de tous les groupes professionnels au CTR) et un groupe de patients atteints d'une LME. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont cités ci-dessous.

Managers

Critères d'inclusion : être manager au CTR ; représenter différents groupes professionnels (médecins, infirmiers, paramédicaux et assistants sociaux) ; avoir au moins un an d'ancienneté comme manager au CTR et maîtriser la langue française.

Critères d'exclusion : avoir exercé à l'étranger pendant une période prolongée. De manière à ne pas avoir d'influence d'une pratique et d'une expérience extérieures lors des FGs et des entretiens semi-directifs, ce critère d'exclusion a été fixé. En effet, ce qui était souhaitable dans cette étude, c'était d'avoir des opinions et expériences de la pratique au CTR, sans

influence d'autres contextes, ce qui a permis d'avoir une discussion avec un focus sur la pratique spécifique au CTR.

Professionnels de santé :

Critères d'inclusion : être professionnel de santé au CTR ; représenter différents groupes professionnels (infirmiers, paramédicaux et assistants sociaux) ; représenter différents secteurs (hospitalisation, traitements, consultations et bloc technique) ; avoir au moins un an d'ancienneté en tant que professionnel de la santé au CTR ; avoir une collaboration avec d'autres professionnels de santé et maîtriser la langue française.

Critères d'exclusion : avoir exercé à l'étranger pendant une période prolongée. De manière à ne pas avoir d'influence d'une pratique et d'une expérience extérieures lors des FGs et des entretiens semi-directifs, ce critère d'exclusion a été fixé. En effet, ce qui était souhaitable dans cette étude, c'était d'avoir des opinions et expériences de la pratique au CTR, sans influence d'autres contextes, ce qui a permis d'avoir une discussion avec un focus sur la pratique spécifique au CTR.

Patients :

Critères d'inclusion : être un patient atteint d'une LME, hospitalisé au CTR ; avoir plus de 18 ans ; être hospitalisé depuis au moins 6 mois au CTR (si nouveau patient) (l'étude contient de nouvelles hospitalisations ainsi que des réhospitalisations) ; avoir différents traitements journaliers, notamment d'ergothérapie et de kinésithérapie, être stable psychologiquement et maîtriser la langue française.

Critères d'exclusion : avoir des problèmes de communication verbale et de compréhension ; ne pas avoir d'interruptions lors de l'hospitalisation (notamment par le congé thérapeutique) ; avoir une dépression et se trouver dans les phases de refus et de désorganisation, selon Couture C. (2010).

Dans un premier temps, les différents managers ont été contactés par mail. Dans ce mail, il leur a été demandé d'informer les différents professionnels de santé moyennant une affiche d'appel à la participation. Une communication a aussi été réalisée lors de la réunion des chefs du 25 novembre 2019. Plusieurs déplacements au CTR ont aussi été réalisés dans le courant des mois de novembre et décembre 2019, afin d'informer, personnellement, de la réalisation de ce projet aux différents managers et professionnels de santé. En ce qui concerne le recrutement des patients, il a été réalisé en concertation avec les différents chefs de service d'hospitalisation du CTR spécialisés dans les LME. Dans un souci éthique, cette sélection a été réalisée en tenant en considération l'étape du processus d'acceptation psychologique des

patients, ainsi que de leur stabilité psychologique. Après cette sélection, le chercheur étudiant a personnellement informé les patients de l'étude.

Le tableau 2 reprend les caractéristiques principales de l'échantillon pour les FGs.

Focus Groups			Âge μ [min – max]:	Ancienneté μ [min – max]:	Durée :
Managers n=1	Nombre de participants n= 10 Hommes n= 6 Femmes n= 4	Direction médicale et infirmière n= 2	46,7 ans [33-65]	19,6 ans [6-34]	90min.
		Chefs du paramédical n= 2			
		Chefs infirmiers n= 3			
		Chef assistants sociaux n= 1			
		Médecins n=2			
Professionnels de la santé n=2	Nombre de participants : 12 FG 1 n= 6 Hommes n=0 Femmes n=6 FG 2 n= 6 Hommes n=1 Femmes n=6	Paramédicaux n=7 Infirmiers n= 5 Assistants sociaux n=0	37 ans [24-48]	12,5 ans [2-22]	110min.
				Durée Hospitalisation μ :	
Patients n=1	Nombre de participants n= 6 Hommes n=5 Femmes n=1	Paraplégiques n=2 Tétraplégiques n=3 Tétraparésiques n= 1	47 ans	12 mois [5-18]	95min.

Tableau 2 : caractéristiques de l'échantillon pour les FGs

En ce qui concerne les entretiens individuels semi-directifs, la stratégie de recrutement est la même que celle utilisée pour les FGs (échantillonnage raisonné), et les critères d'inclusion et d'exclusion sont, aussi, les mêmes que pour les FGs, vu que les entretiens sont réalisés auprès des participants qui n'ont pas su s'exprimer spontanément lors des FGs, à cause du mal à se positionner sur cette thématique et du fait d'être arrivé en retard. De ce fait, 4 personnes ont été contactées personnellement pour réaliser l'entretien ; une de chaque FG.

Le tableau 3 reprend les caractéristiques principales de l'échantillon des entretiens.

Nombre d'entretiens	N= 4		
Participants	Managers n= 1	Professionnels de la santé n= 2	Patients n= 1
	Chef service infirmier	Ergothérapeute Infirmier	Paraplégique
	Ancienneté :13 ans	Ancienneté μ : 5 ans	Temps d'hospitalisation : 12 mois
Durée moyenne	1h		

Tableau 3 : caractéristiques de l'échantillon des entretiens

9. Outils de collecte de données

Les différents guides d'entretien ont permis à l'interviewer de guider la discussion en conservant le caractère naturel d'une conversation, en groupe et en individuel.

La construction des guides et la sélection des thèmes à aborder sont fonction de la question de recherche, des objectifs de la recherche, ainsi que de la révision de littérature, qui a permis d'identifier les éléments sur lesquels les questions ont été axées. En outre, l'élaboration des différents guides d'entretien a tenu compte de certaines recommandations, à savoir : le public-cible interviewé, que ce soit pour les entretiens individuels ou pour les FGs, vu qu'un élément fondamental concerne le langage et le vocabulaire qui doivent être adaptés en

fonction du public auquel ils s'adressent. La séquence des sujets passe du général au plus spécifique, les questions sont différenciées en fonction des thèmes et sont ouvertes non-dirigées. Des questions de relance ont, aussi, été prévues.

Un aspect à relever est le caractère évolutif des guides d'entretien pour les FGs réalisés auprès des professionnels de santé et des patients, car ils ont été fonction de l'analyse du premier FG réalisé auprès des managers. Certaines questions ont ainsi été ajoutées. En ce qui concerne les guides pour les entretiens semi-directifs, ils ont souffert de quelques changements par rapport à ceux utilisés lors des FGs. Ces changements sont en lien avec l'analyse réalisée des FGs, de manière à pouvoir approfondir certains sujets qui n'ont pas été bien explorés dans les FGs, ainsi que pour avoir l'opinion individuelle sur d'autres thèmes survenus lors de ces analyses (ces changements sont repris dans les guides en Annexe 5). Seul le guide utilisé pour l'entretien avec le patient n'a pas eu de changements par rapport à celui utilisé lors du FG, vu que le patient interviewé est arrivé très en retard au FG et s'est montré très déçu de ne pas avoir participé à l'intégralité de la discussion.

Les différents guides ont été testés par des personnes non représentatives des participants, afin d'améliorer la formulation des questions, de manière à ce qu'elles soient plus compréhensibles et qu'elles reflètent le sujet auquel elles étaient destinées à apporter comme réponse. Les différents guides ont été par la suite validés par la promotrice et la co-promotrice de cette étude (voir Annexe 5).

10. Déroulement de la collecte de données

Les FGs se sont déroulées dans une salle neutre, au CTR. Une tranche horaire de deux heures a été prévue pour la réalisation des FGs, de 12h jusqu'à 14h, sur quatre semaines consécutives : celles du 17/01/20, 24/01/2020, 31/01/20 et 10/02/20.

Pour les différents FGs, c'est le chercheur étudiant qui a joué le rôle de modérateur ; le fait d'être connu dans l'institution a permis une discussion plus naturelle et familiale. Cependant, certaines contraintes peuvent survenir, comme le fait d'avoir un discours qui va à la rencontre de ce qu'ils pensent qu'il aimerait avoir. Pour essayer de réduire ce biais lors de la présentation du projet auprès des différents participants, il a été valorisé le fait que l'étude vise, avant tout, à apporter des réponses à un besoin institutionnel par une amélioration des pratiques interprofessionnelles. Dès lors, leurs opinions, expériences sur ce qui se passe au CTR étaient essentielles.

Les quatre FGs se sont déroulés de manière assez différente. Lors du premier FG, un participant a pris beaucoup de place dans la discussion, il est arrivé en retard et a pris la place

disponible qui était au milieu de la table, ce qui a pu avoir une influence au niveau de sa conséquente participation, ne donnant pas l'opportunité à d'autres d'intervenir davantage dans la discussion. En plus de cela, la position qu'il occupe dans l'institution a mis le modérateur dans une situation assez inconfortable lorsqu'il voulait donner la parole aux autres participants.

De manière à ce que cette situation ne se reproduise plus lors du deuxième FG, le modérateur a eu une attitude plus directive dans le déroulement de la discussion. Malheureusement, cette directivité s'est ressentie au moment de l'analyse, puisque les données recueillies étaient moins riches que celles du premier FG. De ce fait, lors du troisième FG, le modérateur a eu une attitude non directive, ce qui a permis d'avoir des échanges plus naturels entre les participants et des données beaucoup plus riches. Dans le quatrième FG, les participants avaient dû mal à aller plus en profondeur dans leurs interventions. Cette situation a amené le modérateur à avoir une attitude beaucoup plus directive afin d'inviter les différents participants à aller plus en profondeur dans leurs pensées.

Le rôle d'observateur a été joué par deux professionnels, l'un possédant un Master en Santé Publique et l'autre étant une étudiante en Master en Santé Publique. A cause des contraintes horaires, il n'a pas été possible d'avoir la même personne comme observateur dans les quatre FGs.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés fin février et début mars, dans un endroit calme, choisi en fonction et par le public-cible. Une durée moyenne de 45-50min. a été prévue pour la réalisation des entretiens.

L'utilisation des entretiens semi-directifs a permis d'obtenir des données individuelles et plus profondes sur les sujets abordés. Les différentes techniques conversationnelles ont laissé la liberté de réponse aux participants, « *It gives the opportunity to the respondents to tell their own stories in their own words* » (Bowling, 1997 cit par Kohn L. et Christiaens W., 2012). Le guide d'entretien a piloté l'interview, de manière à ce que toutes les questions soient posées et que le sujet ne soit pas trop détourné, mais toujours en portant une certaine attention aux préoccupations manifestées par les participants.

Les FGs, comme les entretiens semi-directifs, se composaient d'une partie introductive qui a rappelé les objectifs de l'étude, leur déroulement et ce qui était attendu des participants lors des FGs et des entretiens semi-directifs.

A la fin de chaque FG, un moment convivial d'échange autour d'un petit apéro a été offert aux participants, de manière à les remercier de leur participation.

Un questionnaire individuel a été distribué aux différents participants, afin d'obtenir des informations sur les caractéristiques de l'échantillon, pour les FGs. La récolte de ces informations se trouve dans les guides d'entretien pour les entretiens semi-directifs.

De manière à pouvoir traiter les données collectées, une demande d'enregistrement audio a été réalisée auprès des participants. Elle sera détruite au terme de cette étude.

11. Analyse de données

Pour l'analyse des données, des retranscriptions intégrales des FGs et des entretiens semi-directifs ont été réalisées par le chercheur étudiant. Cette étude a pour intention la description du corpus ; pour cela, le choix de l'analyse thématique s'est révélé pertinent, vu que « ...*la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique)* » (Paillé P. et Mucchielli A., 2016).

De ce fait, les unités d'analyse ont été identifiées, tout d'abord, selon une approche déductive, en fonction des objectifs de l'étude et du cadre théorique. Cependant, certaines catégories et thèmes ont aussi émergé du corpus analysé à travers une démarche inductive.

L'analyse a été faite dans le cadre d'un processus itératif. Le premier FG réalisé a été celui avec les managers. Après l'analyse du contenu de ce FG, un deuxième avec les professionnels de santé a eu lieu et puis un troisième, encore avec des professionnels de santé et un quatrième, avec les patients atteints d'une LME. De même, chaque entretien individuel s'est succédé après l'analyse du précédent.

Pour chacune des analyses, un tableau reprenant les catégories et les thèmes prédéfinis et émergents ainsi que les *verbatim*s a été construit. Après avoir analysé les quatre FGs, il a été possible d'identifier des thèmes conjoints repris dans chaque FG et d'autres ayant leur intérêt dans cette étude, vu la question de recherche et les objectifs, mais qui n'ont pas été présents dans l'analyse de tous les FGs. Ceci a permis la construction d'un nouveau tableau et d'un arbre thématique avec les différents liens entre les thèmes et rubriques. Lors de l'analyse des entretiens, les différents thèmes ont été ajoutés à ce dernier tableau et un arbre thématique final a été construit. Les participants n'ont pas été associés à l'analyse des données et les résultats n'ont pas fait, non plus, l'objet d'une discussion, toutefois un retour global de l'étude après la défense de ce travail, au CTR, est prévu.

12. Motivations et réflexion éthique

La réalisation de cette étude ressort des constats observés au cours de ma pratique professionnelle, en tant qu'infirmière, au sein du CTR. Quotidiennement, nous sommes confrontés au besoin de collaborer avec d'autres professionnels d'autres disciplines, qui ont parfois des valeurs un peu différentes, des expériences, une organisation et une vision de la prise en charge du patient avec une LME différentes. De plus, nous avons l'organisation, en tant qu'institution, avec des conditions particulières et un climat éthique qui lui sont propres. Ces différences amènent parfois à des conflits, non seulement identitaires, mais aussi au sein de l'équipe interdisciplinaire, ce qui met à mal la collaboration et par conséquent la prise en charge adéquate du patient.

Si on envisage l'éthique comme Dupuis Michel (2015, cit par Dupuis M., Raymond G et Hesbeen W., 2015), autrement dit « *l'art de réussir sa vie au quotidien* », il est important, en tant que professionnel de santé et comme patient, d'avoir la capacité d'orienter et de réaliser des activités qui sont soutenues par des valeurs partagées. Par conséquent, le chemin qui conduit à un épanouissement professionnel est guidé par une éthique relationnelle, dont l'organisation joue un rôle essentiel dans l'optimisation de la prise en charge, ainsi que dans le bien-être et la satisfaction professionnels, éléments primordiaux à la réussite de la vie professionnelle (Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., 2015).

Toujours dans le domaine de l'éthique, pour la réalisation de cette étude, l'on a été contraint de faire une demande d'approbation au comité d'éthique de l'hôpital Erasme. L'accord a été obtenu par e-mail le 23/12/2019 (voir Annexe 6).

Une demande d'enregistrement des FGs et des entretiens a été faite aux participants, en leur rappelant l'anonymat de leur discours et l'utilisation de codes chiffrés pour les FGs. De plus, la réalisation des FGs et des entretiens suppose, aussi, l'obtention de la signature du DIC, qui a été signé par les différents participants.

13. Limites et biais de recherche

Malgré toutes les précautions et efforts qui ont été entrepris, quelques limites sont identifiées. Une première limite concerne le nombre de participants dans les FGs et entretiens semi-directifs. Au départ, a été prévue la réalisation de 3 FGs avec 10 participants chacun et un FG avec 8 participants, afin d'avoir une représentativité de tous les professionnels de santé. Malheureusement, ce nombre s'est réduit à 1 FG avec les 10 participants, comme prévu initialement, et 6 participants chacun pour les FGs restants. Il a été très difficile d'avoir le nombre prévu initialement et cela, malgré les nombreux appels à la participation via e-mail

et en présentiel avec des explications sur le projet aux professionnels de santé de l'institution. Ce nombre plus réduit d'intervenants a pu avoir une certaine influence dans la richesse des discussions et des données obtenues. De même, pour les entretiens, la réalisation de davantage d'entretiens semi-directifs aurait naturellement renforcé l'analyse des thèmes.

Le recrutement des patients a été mené en association avec les différents chefs de services. Cette sélection pourrait, aux yeux des patients, être perçue comme étant une contrainte à participer, même si le critère de non-obligation a bien été expliqué lors de la rencontre entre le chercheur étudiant et les patients.

Un autre aspect à relever concerne le public-cible. Ce travail s'est centré sur les patients atteints d'une LME, alors que l'institution prend en charge des patients atteints d'autres affections pathologiques. Par conséquent, lors des FGs, certains professionnels ont eu difficile à intégrer cela, surtout ceux qui s'occupent de patients atteints de toutes affections confondues. De plus, il a été décidé, pour cette étude, la non inclusion des proches/de la famille des patients, or il est vrai qu'ils ont un impact important dans le processus de réadaptation des patients et leur inclusion aurait pu apporter un plus à cette étude.

Une autre limite se rapporte au caractère contextuel des résultats qui ne sont pas transposables et sont donc idiosyncrasiques au CTR. De plus, l'étudiant qui a mené cette étude n'a aucune expérience dans le domaine de la recherche, excepté les cours et la participation à certaines activités de recherche dans le cadre du Master en sciences de la santé publique.

Par rapport aux biais, le principal concerne le fait que l'étudiant chercheur ait un poste de soignant dans l'institution où s'est réalisée cette étude. Le poste d'infirmier a pu, d'une certaine manière, influencer les réponses des participants, même si une posture la plus neutre possible a été tenue lors des différentes interactions avec les participants. Ce même positionnement a été employé tout au long des différentes analyses de données, de manière à minimiser la subjectivité professionnelle.

RESULTATS

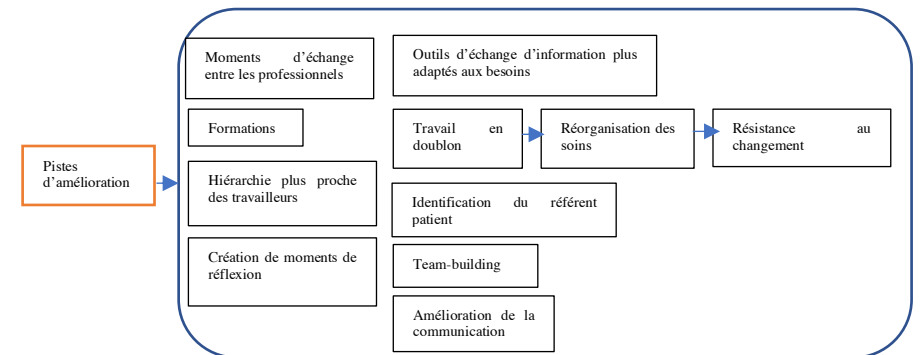
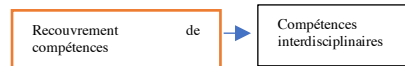
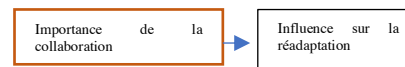
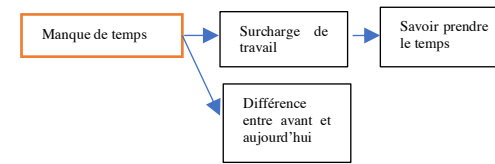
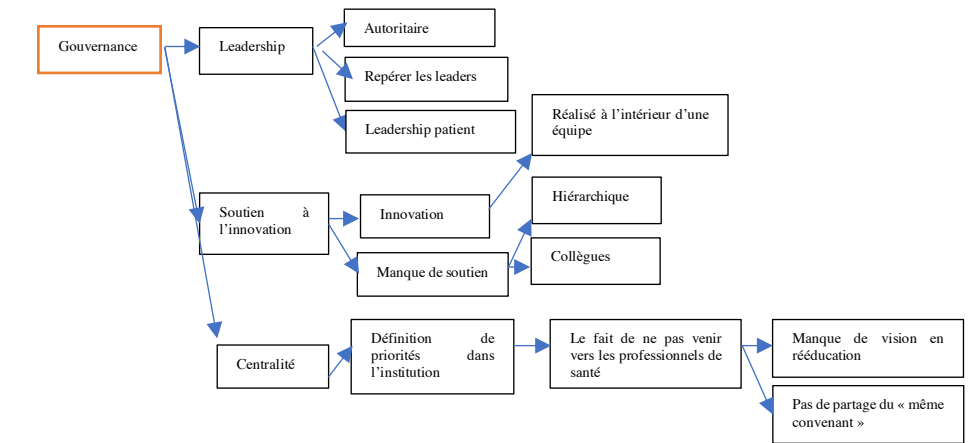
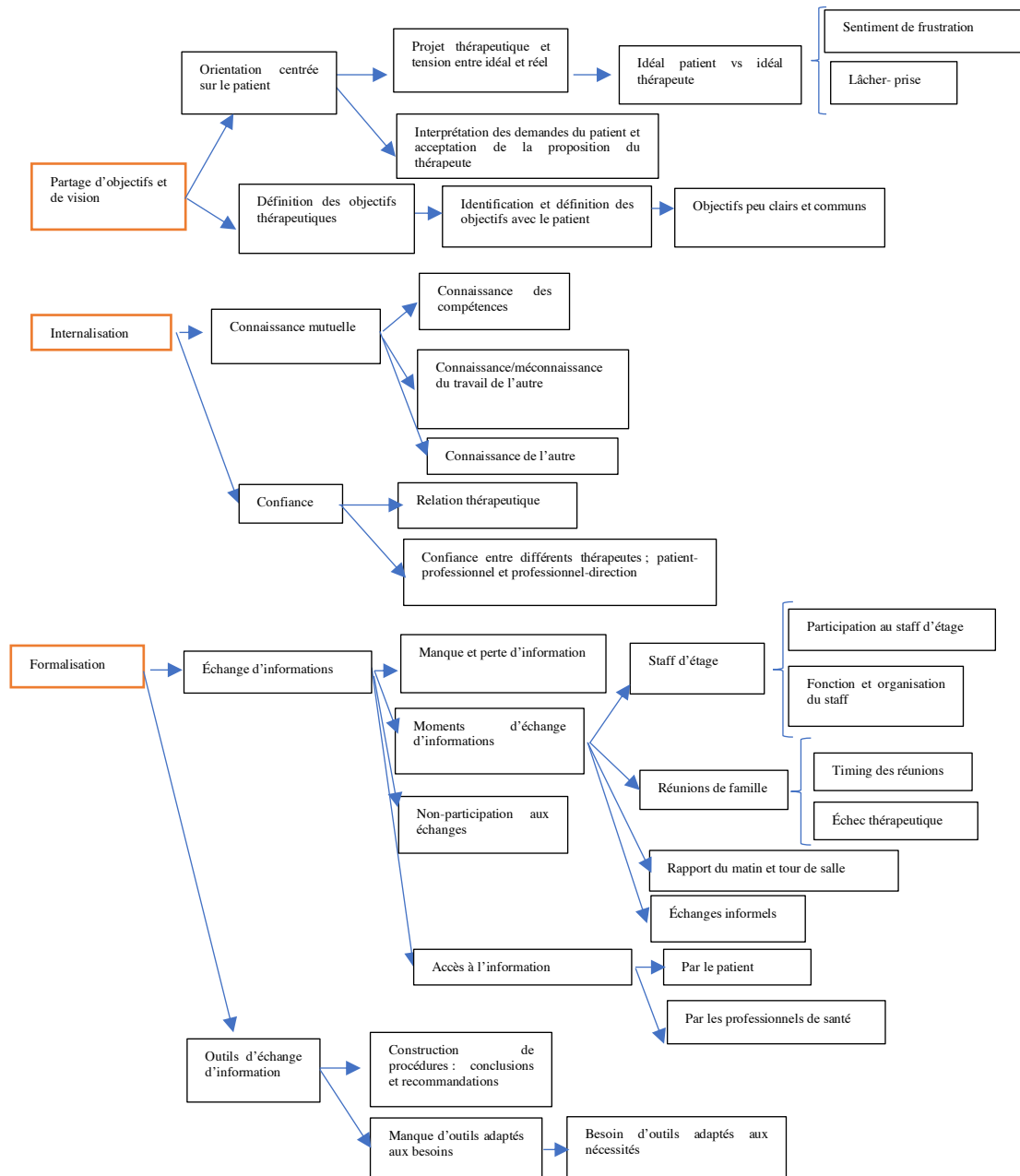
Suite à l'analyse des données, les résultats sont présentés en deux grandes parties qui correspondent aux deux grandes catégories de résultats de cette étude : la CIP et les compétences interprofessionnelles. Pour la CIP, le modèle proposé par D'Amour et al. (2008) a permis le repérage des catégories déductives, tandis que pour les compétences interprofessionnelles, c'est sur base d'*A National Interprofessional Competency Framework* (CIHC, 2010) qu'elles ont été établies. De plus, tout au long de l'analyse du corpus, des catégories émergentes ont aussi été identifiées, elles seront ainsi présentées dans ce chapitre-ci.

Dans un souci d'anonymat, les citations qui viennent appuyer les résultats seront mentionnées en italique suivi du numéro correspondant au FG ou à l'entretien (ex. FG1, ENT1). De plus, seulement les *verbatim*s le plus significatifs seront retenus dans ce chapitre, même s'il y en a d'autres qui pourraient aussi être utilisés (voir Annexe 7).

Il a été intéressant de constater que, lors des FGs, l'importance donnée aux différents thèmes n'était pas la même. Le FG1 s'est beaucoup focalisé sur la définition des objectifs thérapeutiques par le patient et le moment où cela se déroule, le discours était fort orienté vers ce qu'on trouve dans la théorie, situation qui ne s'est pas produite lors des autres FGs qui ont été beaucoup plus centrés sur le concret, la pratique quotidienne ; le FG2 a plutôt développé la problématique des outils d'information dans l'institution et les conséquences sur la communication interprofessionnelle ; le FG3 s'est plus focalisé sur le patient, la place du patient dans l'équipe interdisciplinaire et le manque de vision commune entre les autorités centrales et les professionnels du terrain et le FG4 s'est questionné sur le staff d'étage et les multiples problèmes de communication existants au CTR entre les thérapeutes et les patients.

14. Collaboration interprofessionnelle

Dans le cadre de cette étude, il a été important de connaître les représentations des managers, des professionnels de santé et des patients sur la CIP. A cet effet, différentes catégories et sous-catégories ont été identifiées et un arbre thématique a été construit, afin de mieux visualiser cette analyse.



14.1. Catégories issues du *The Four-Dimensional Model of Collaboration* (D'Amour et al., 2008)

1) Partage d'objectifs et vision

a) Orientation centrée sur le patient

i) Projet thérapeutique et tension entre l'idéal et le réel

Lors des différents FGs et entretiens, quand la CIP a été évoquée, il a été question de l'existence d'un projet. Ce projet est élaboré moyennant la collaboration entre les différents acteurs et il favorise la réussite en réadaptation. Il est ainsi « *un projet commun centré sur les intérêts du patient* » (FG1) et est aussi fonction des besoins exprimés du patient « *dès que le patient exprime des besoins, il exprime de nouvelles choses, et donc ce projet, il change...* » (ENT2).

(1) Idéal patient versus idéal thérapeute

Cependant, souvent, ce projet « *n'est pas adapté au patient* » (FG1) et cela, à cause d'un idéal du thérapeute qui n'est pas forcément le même que celui du patient, « *de temps en temps, par un idéal, on s'emballe et du coup, il y a des choses qu'on voit un peu, parfois, en grand ou qui ne sont pas justes par rapport au patient* » (FG1).

Il y a, ainsi, une certaine confusion de la part des thérapeutes, concernant l'idéal du patient et celui des thérapeutes ; « *tout ce que nous faisons [les thérapeutes] est censé aller dans le sens du patient (...) son idéal n'est pas l'idéal du patient et là, il y a une confusion* » (FG1).

(a) Sentiment de frustration et lâcher-prise

L'idéal des thérapeutes peut amener à un sentiment de frustration ; « *Il y a donc cette frustration qui est née, en fait, entre notre idéal, l'idéal auquel on aspire pour le patient et ce qu'on peut vraiment faire, raisonnablement, pour le patient...* » (FG1). En outre, l'incapacité de certains thérapeutes de lâcher prise a été mise en avant ; « *il y a des gens (...) qui ont une espèce d'incapacité de lâcher prise sur leurs patients et qui ne sont pas contents de ce qu'ils ont obtenu comme résultat et qui veulent toujours plus* » (FG1), ce qui met à mal la CIP ; « *il y a des professionnels (...) qui vont être protecteurs de leur truc et ne plus être en collaboration avec les autres, quitte à bloquer le système* » (FG3).

(2) Interprétation des demandes du patient et acceptation de la proposition des thérapeutes

Un autre aspect important dans la construction de ce projet thérapeutique a été soulevé lors de l'ENT3, il concerne l'interprétation des demandes du patient par les thérapeutes. « *Chacun a un vécu et quelqu'un pourra dire une chose et ce sera interprété en fonction du vécu de chacun (...) Est-ce que le thérapeute avec qui le patient discute, est-ce qu'il entend bien*

réellement ce que le patient veut ? », car « on veut toujours imposer une certaine forme de rééducation, une certaine forme de vie que nous, on pense être bien mais ce n'est peut-être pas ce qu'ils [les patients] veulent » (ENT3). Selon certains managers, le patient doit, à certains moments, accepter les propositions des thérapeutes ; « il [le patient] doit accepter ce qu'on lui propose, parce que ça a une durée déterminée dans le temps et qu'on ne peut pas faire ça à n'importe quel moment dans sa vie » (FG1).

b) Définition d'objectifs

i) Définition et identification des objectifs avec le patient

En ce qui concerne les objectifs thérapeutiques, ils sont définis, d'abord, en fonction des besoins du patient et de sa pathologie (FG2), mais des questions ont été soulevées concernant les objectifs interdisciplinaires : « *Est-ce que nos patients sont vraiment au courant de nos objectifs de rééducation ? Est-ce qu'on leur a demandé s'ils y adhéraient ? Moi, je n'ai pas toujours été expliquer les objectifs de rééducation au patient* » (FG1). La définition des objectifs thérapeutiques est établie avec les différents thérapeutes d'une même discipline, mais pas au niveau interdisciplinaire (FG1 ; FG3). En effet, un thérapeute expliquait qu'il fallait « *voir avec la personne [individuellement] : qu'est-ce que vous avez envie de faire maintenant ? Quel est votre problème majeur maintenant ? Et à ce moment-là, on met en place des objectifs prioritaires* » (FG2). Les patients en témoignent ; « *comme c'est pour nos objectifs à nous, ils [les thérapeutes] nous donnent la parole, on nous demande ce que nous, on voudrait* » (FG4).

(1) Objectifs peu clairs et communs

Toutefois, les participants ont relevé certains points d'attention en lien avec la CIP, notamment l'existence d'objectifs peu clairs ; « *Les objectifs qui sont peu clairs, chacun de l'équipe ne sait pas quel objectif, réellement, on atteint et on part dans tous les sens* » (FG1). Il est, ainsi, important qu'il y ait « *un objectif qui ressorte, mais qui soit clair et exprimé à tout le monde, pour tout le monde* » (FG2) et donc, d'avoir des objectifs communs, car il a été relevé que « *si les infirmiers donnaient un but, les kinés donnaient un autre but, c'est (...) le capharnaüm...* » (ENT3).

2) Internalisation

a) Connaissance mutuelle

i) Connaissance des compétences

La connaissance des compétences de sa discipline comme celles des autres disciplines a été relevée lors du FG3 comme étant importante dans la CIP. En outre, les soignants reconnaissent, aussi, l'existence des compétences dites personnelles et professionnelles : « *Chaque personne est non seulement censée avoir un bagage de sa discipline, mais également un bagage lié à son expérience, à sa façon d'être* » (FG3).

ii) Connaissance/méconnaissance du travail de l'autre

Outre la connaissance des compétences, les participants remarquent qu'« *à partir du moment où on a connaissance du travail de l'autre et de ses difficultés également, on va être plus attentif, peut-être, à l'autre personne, à l'autre discipline* » (FG3), cependant, « *on ne connaît pas bien ce que font les autres, on ne se rend pas compte ce que font les autres* » (ENT1). Cette situation a aussi été relevée par les patients : « *entre les infirmières, les ergos et les kinés, la main gauche ne sait pas ce que fait la main droite...* » (ENT4), ce qui pose problème à la CIP et peut mener à mal une réadaptation. « *Il n'y a pas de collaboration assez forte, puisque chacun ignore ce que l'autre dit ou fait.* » (FG4), « *Si on ne sait pas clairement ce que fait l'autre, ça peut effectivement mener à l'échec de ce qu'on voulait mettre en place* » (FG1).

iii) Connaissance de l'autre

La connaissance de l'autre est un autre aspect qui peut favoriser la CIP : « *Quand tu connais bien les gens, dans le contexte où tu es, c'est beaucoup plus facile pour eux et pour toi.* » (ENT4), par exemple « *toi, en fait, tu as beaucoup travaillé avec un urologue (...) si je bloque sur un problème de sondage ou quoi, c'est à toi que je vais poser la question* » (ENT2). Malheureusement, « *on se connaît, mais on ne se connaît pas, à part dire bonjour, bonjour, voilà et ça s'arrête là...* » (FG3).

b) Confiance

i) Relation thérapeutique

Selon certains participants, la confiance renvoie à la relation thérapeutique, « *c'est ce qu'on appelle la relation thérapeutique et cette relation, dans chaque discipline médicale ou paramédicale, le thérapeute doit la créer avec le patient* » (FG1).

ii) Confiance entre les différents professionnels, entre le patient et le professionnel et entre les professionnels et la direction

Toutefois, la confiance ne concerne pas seulement les patients, elle figure, aussi, comme étant importante auprès des différents professionnels, « *si tu ne fais pas confiance à l'autre, forcément cela [la collaboration] ne peut pas marcher* » (FG1). De plus, dans ce travail en

collaboration, *« il faut montrer au patient (...) qu'on a confiance en l'équipe qui est autour de nous (...) je fais entièrement confiance pour résoudre ce problème et pour référer à cette personne... »* (FG1). En ce qui concerne les patients, *« cette confiance n'est pas là au début, mais elle s'installe petit à petit »* (ENT1), toutefois, les patients expriment ressentir un certain manque de confiance. Voici ce qu'évoque un patient : *« Je n'ai pas une confiance totale, en tout cas, parce que j'ai déjà eu certaines blagues (...) quand vous avez la blague, il y a une confiance qui s'envole »* (FG4).

Ce manque de confiance est, aussi, évoqué par rapport à la direction ; *« Je pense qu'il faut régler le souci de transparence pour essayer de réinstaurer ce climat de confiance avec la direction »* (ENT1).

3) Formalisation

a) Échange d'informations

i) Moments d'échange d'informations

L'échange d'informations est très important dans une CIP. Pour cela, l'institution propose différents moments d'échange d'informations entre les thérapeutes et entre thérapeutes et patients : *« il faut des réunions où on se rejoint tous pour pouvoir en discuter »* (FG2).

(1) Staff d'étage

Le staff d'étage a été évoqué à plusieurs reprises lors des différents FGs et entretiens et c'est notamment lors de celui-ci que les différents professionnels de santé du corps médical et paramédical vont *« pouvoir transmettre des informations importantes »* (FG3), *« c'est toujours mieux d'en discuter au staff, comme ça, tout le monde entend l'information, ça évite de répéter des millions de fois »* (ENT2). De plus, lors des staffs, il est important *« qu'on puisse revenir sur certains points, en voyant ce qu'on peut améliorer »* (FG3).

(a) Participation au staff

Certaines questions ont été soulevées par rapport à la participation au staff. D'un côté, il y a la participation du patient : *« dans un staff multidisciplinaire, le patient ne doit pas être là tout le temps, il y a des choses qui se disent qui sont de l'ordre de la confiance, mais il y a un moment où il [le patient] doit être là, pour moi »* (FG1), *« le problème du patient c'est qu'il ne participe pas à ces réunions interdisciplinaires, normalement, le patient devrait être au milieu, au sein de celles-ci et participer, il va travailler, mais à côté, avec chaque discipline »* (FG3). De l'autre côté, il y a la participation des différents soignants, de ceux qui sont en contact quotidien avec le patient : *« le problème du staff, ce que je trouve un peu dommage, c'est que le staff va commencer et que (...) tout le monde [les soignants] ne peut*

pas y être » (FG2). Pourtant, il serait important que tous puissent participer « parce que moi, je ne suis pas tout le temps au chevet du patient, mon équipe travaille plus avec les patients, moi je ne fais parfois que rapporter ce qu'on m'a dit, parfois même, je n'ai pas vécu avec le patient, parce que je ne l'ai pas encore soigné, ou pas beaucoup soigné, ou pas assez » (ENT1). Ce constat est encore plus marquant chez les patients, qui se questionnent sur certaines choses : « le représentant des kinés, comment est-ce qu'il va parler de moi, alors qu'il ne me fait jamais la kiné ? Ou alors le représentant des ergos, que va-t-il dire sur moi alors qu'il n'y va jamais ? » (FG4). Il y a donc un transfert d'informations de celui qui prend en charge le patient à celui/celle qui participe au staff d'étage.

(b) Fonction et organisation du staff

Il y a un certain consensus entre les participants pour dire que c'est lors du staff d'étage que la CIP se déroule de manière formelle, *« on revoit où en sont les patients, s'il y a des nouvelles choses, où est-ce qu'en sont les objectifs dans les semaines à venir, etc. » (FG1), mais « au sein de chaque staff, parfois la parole est mal distribuée, les informations ne sont pas toujours tout à fait bien données » (ENT2). Il y a, ainsi, un problème de structure, d'organisation qui est exprimé autant par les patients ; « je vois très bien l'intérêt qu'il a, mais il me semble que ce n'est pas bien organisé » (FG4), que par les thérapeutes, puisqu'il est comparé « au marché, où c'est celui qui parle plus fort qui a l'opportunité de donner son information (...) on n'arrive même pas à y penser tellement on est noyé dans les informations » (ENT2).*

Dès lors, il y a certains problèmes qui sont exprimés sur le staff d'étage, mais il faut voir au cas par cas, puisqu' *« il y a différentes manières de construire le staff et cela est spécifique à chaque étage » (FG1).*

(2) Réunions de famille

Des réunions de famille sont organisées entre les patients et leurs proches, pour discuter de leur projet thérapeutique, de leurs objectifs et priorités (FG1, ENT3). Lors de ces réunions, les professionnels de santé essayent *« que lui [le patient] se sente acteur et qu'il influence un petit peu ce qu'il va faire dans le futur » (ENT1). Selon les patients, « il y a deux choses : soit (...) vous avez le droit de demander d'avoir une réunion et ça se fait automatiquement ou soit, si vous ne le faites pas, arrivé à un certain moment, de toute façon, c'est imposé... » (FG4), mais « pour certains patients, on fait plus de réunions que pour d'autres et pour certains on n'en fait pas, ce qui est un tort, c'est clair... » (FG1).*

Un autre élément discuté par les participants, en lien avec les réunions de famille, concerne le timing. Il y a eu comme un consensus pour dire que « *les réunions de famille doivent se faire plus vite [dans l'hospitalisation] ou plus régulièrement* » (FG1), « *on ne peut pas mettre une ligne de conduite, un protocole en disant : voilà, après 3 mois d'hospitalisation, on fait une réunion, parce que c'est différent pour chacun* » (ENT3), mais certains étages commencent à revoir, de manière individuelle, le moment et le rythme de ces réunions : « *chez nous, on essaye de revoir un peu le rythme des réunions de famille et de faire beaucoup plus tôt la première réunion de famille, après quelques semaines, pour pouvoir justement, avec le patient, expliquer qu'est-ce qui lui arrive et quels sont les objectifs à deux mois, et essayer de revoir le patient tous les deux mois* » (FG1).

De plus, il y a une certaine relation entre les moments des réunions de famille et l'échec thérapeutique, « *les dates de mise en place des réunions de famille, on constate souvent que c'est suite à l'échec répété de petits projets ou l'échec d'un grand projet (...), c'est au constat du non-avancement d'un projet qu'on dit qu'il faut faire une réunion de famille* » (FG1). En outre, « *si l'objectif n'est pas réalisable, alors, on discute avec le patient, d'où l'intérêt des réunions de famille* » (FG2).

(3) Échanges informels

Les échanges informels sont des moments d'échange d'informations ; « *Il y a des échanges informels entre les réunions, s'il y a un souci ou bien s'il [le patient] va plus vite que prévu, c'est vrai (...), il y a énormément d'échanges informels entre deux ou trois disciplines.* » (FG1), même si « *en tout cas ça fonctionne, je trouve que ce n'est pas hyper parfait, parce que ça reste plus ou moins dans un couloir, plus ou moins dans un coin pour essayer de protéger les informations du patient, on essaye de ne pas crier dans un couloir, on essaye de s'y trouver un petit coin pour en parler, mais ça reste (...) c'est pas le mieux, je trouve...* » (ENT2).

(4) Rapport du matin et le tour de salle

Le rapport du matin est un moment d'échange d'informations, principalement entre les infirmiers d'une unité de soins. Pour certains soignants, comme les infirmiers de l'équipe volante, « *le rapport du matin on le reçoit plus tard, c'est vrai que ça a toujours fonctionné, c'est vrai que c'est sympa, mais je trouve, parfois, qu'il y a des infos manquantes le matin, quand on commence* » (ENT3).

Le tour de salle est un moment de discussion avec le patient : *« le fait de faire un tour intermédiaire, le tour de salle, (...) on vérifie les projets interdisciplinaires mis en place dans les différentes étapes de leur mise en place »* (FG1), *« le tour avec le médecin, on passe en chambre et on discute avec le patient et c'est aussi un moment où on peut voir où est-ce que le patient se situe, s'il a des problèmes, etc. »* (ENT1).

b) Manque et perte d'informations

Malgré les différents moments d'échange d'informations dont l'institution dispose, il y a un problème de manque d'informations qui a été évoqué comme ayant une influence négative sur la réadaptation du patient ; *« si on n'a pas suffisamment d'informations, on peut partir dans la mauvaise direction »* (FG1). De plus, les différents problèmes évoqués dans ces moments d'échange d'informations amènent à une perte d'informations *« parce qu'il va avoir une information, je vais en avoir une, entre nous, on va peut-être se le dire, mais du coup, une troisième personne ne va pas l'avoir... »* (FG2) et donc *« il y a des fois où on perd vraiment en qualité de prise en charge, parce qu'il y a des informations qui se perdent »* (FG2).

c) Non-participation aux échanges

Certains professionnels se sentent un peu à part, non seulement de l'équipe interdisciplinaire, mais aussi lors des moments d'échange d'informations. Après la réalisation d'un FG, un participant a dit qu'il avait le sentiment d'être à part ; son bureau ne se trouve pas à côté des services d'hospitalisation, ni des salles de traitement et malgré que sa discipline appartienne au groupe des paramédicaux, son chef n'est pas le chef paramédical. De plus, il s'est montré surpris lors de mon invitation à participer à cette étude, en me disant qu'il est rarement sollicité pour ce genre d'initiative. Au moment d'un FG, un participant s'est exprimé en ces termes, exposant la même idée : *« J'ai un peu dur là-dedans [sujet de l'étude] parce qu'étant dans XXX, je participe très rarement, que ce soit au staff, voilà, je vois l'évolution du patient quand j'y retourne dans quelques jours, mais c'est vrai que je ne participe pas du tout, voilà, on va dire, aux échanges qui se passent »* (FG3).

d) Accès à l'information

i) Par le patient

Les patients, de nos jours, *« s'informent eux-mêmes, ils viennent, que ça soit à la consultation, en hospitalisation, en disant : « Docteur, et vous pensez quoi de ça ? » et il faut pouvoir se positionner par rapport à un traitement, par rapport à ce qu'ils ont entendu, à*

leur attente d'avoir une information » (FG1). Cependant, ils rencontrent aussi des difficultés à avoir des informations qui les concernent au sein de l'institution : « *si vous ne demandez pas, on ne vous dit rien (...), mais s'il y a des évolutions et que vous les demandez, alors ils vous les communiquent* » (ENT4), mais il arrive aussi que pour avoir des réponses à certaines questions, le patient doive questionner plusieurs soignants, il faut « *se balader chez tout le monde* » (FG4). De plus, « *les patients nous [les thérapeutes] expriment, souvent, qu'ils n'ont pas assez de retours des médecins* » (FG1). Un patient a déclaré « *je suis déjà rentré dans le bureau du docteur et des infirmiers, ils soupiraient quoi, pour dire « Voilà (...) et tu demandes quoi ? » je te jure, des fois tu te demandes si tu as fait quelque chose, c'est comme si tu ne pouvais pas demander ce qui t'arrive* » (FG4).

ii) Par les professionnels de santé

Le fait d'avoir des informations est important pour optimiser la CIP, « *on doit tous avoir un tas d'informations qui nous permette aussi de collaborer, d'interagir* » (FG3). La plupart du temps, l'accès à des informations concernant le patient se fait par un contact direct avec la personne/le thérapeute concerné (ENT3) et donc, il faut être intéressé : « *il faut que nous-mêmes, on soit intéressés, donc, à poser des questions (...). Je m'intéresse et j'arrive quand même à avoir les infos* » (ENT3).

Un autre aspect important pour obtenir des informations relatives à un patient concerne le repérage et l'acceptation, de la part des autres soignants, de l'existence d'une affinité entre le patient et le thérapeute, « *il faut savoir repérer et accepter les affinités (...) des gens avec qui il [le patient] a un super contact et avec qui il va pouvoir lâcher les choses, lâcher des infos qui vont pouvoir servir à remettre l'église au milieu du village* » (FG3). Ainsi, « *Il a donc, comme ça, un peu des porte-paroles (...) dans une équipe comme ça, l'ergo va être le porte-parole du patient et l'assistant social va être le porte-parole de la famille* » (FG3).

a) Outils d'échange d'informations

Les outils d'échange d'informations permettent, selon les participants, une CIP plus aisée. L'institution propose des procédures à cet effet.

i) Construction de procédures interdisciplinaires : conclusions et recommandations

Un de ces outils concerne « *toutes les procédures, qui sont la base et pour lesquelles on ne discute pas, parce qu'on sait bien ce qu'on doit faire, qui fait quoi* » (FG1). Mais, il n'y a pas de consensus quant à leur élaboration, puisque pour certaines, elles sont réalisées « *en collaboration, avec la validité des différents responsables de secteurs* » (FG1) et pour d'autres, « *une procédure, même spécifique à un département, aboutit à quelque chose pour*

le patient, à terme, et donc, je pense que les autres, des autres départements, sont aussi un des points de sortie de la procédure spécifique et donc, la constitution d'une procédure dans son coin, dans son département sans qu'il y ait de collaboration sur le point de sortie, ce n'est pas multidisciplinaire » (FG1), il faut prendre en compte que « les procédures « kiné » peuvent avoir des implications sur le travail infirmier, sur le travail ergo et donc, il ne faut pas oublier que ce qui arrange le kiné n'arrange peut-être pas les ergos, les infirmiers » (FG1).

ii) Manque d'outils adaptés aux besoins

Différents participants ont exprimé un manque d'outils et un manque de performance de ceux qui existent : « On n'a pas les moyens à disposition, on doit chercher l'information tout le temps, c'est fatigant. » (FG2), « notre logiciel NHcare n'est pas très performant, les encodages sautent tout le temps » (ENT2). Dans le dossier du patient, en papier, « tu n'as aucune information (...), ici quand c'est un ancien patient qui vient, il n'a rien, on ne sait pas si c'est suite à un accident, à quelle date, ... » (ENT3), « je trouve que les dossiers des patients, ça fait partie de la communication interdisciplinaire » (ENT3). Il serait, ainsi, important « qu'il y ait un suivi dans le dossier, pour que les personnes concernées, que ce soit nous [l'équipe volante] ou les étudiants, les autres corps, le kiné puissent voir où ils [les patients] en sont, pareil pour les ergos, ... » (ENT3).

Par conséquent, le besoin d'outils adaptés aux nécessités est manifesté : « on devrait avoir un truc où on retranscrit et je vais ouvrir le système et je vais retrouver la retranscription du kiné, des ergos (...) et se dire « pour tel patient-là, où on en est ? Au dernier staff, il était dit que... » » (FG2). Ceci nous renvoie au besoin du dossier global informatisé : « au niveau des informations, on n'est pas (...), je trouve qu'il faudrait un outil (...), un dossier global, point, c'est tout » (FG3), « ça serait super chouette d'avoir un dossier informatique partagé par tout le monde et que tout le monde puisse venir mettre ses objectifs ou l'évolution du patient » (ENT1).

4) Gouvernance

a) Leadership

L'existence de leaders dans toutes les équipes a été reconnue par les participants : « Il y a des leaders dans toutes les équipes, à partir du moment où tu as ton mot à dire, où tu exprimes ta volonté, tu arrives par ton charisme, notamment, à entraîner les autres, parce que les autres te reconnaissent » (FG3). Mais le type de leader peut avoir une influence sur la CIP, notamment lorsqu'il y a un leadership autoritaire, comme cela a été explicité lors d'un

exemple où « elle a répondu : « Ici, c'est moi la chef, on fera ce que j'ai dit ! », il n'y avait pas moyen de discuter » (FG2). Ce genre d'attitude amène non seulement à un manque de motivation mais aussi à un blocage au niveau de la collaboration (FG2). De plus, « Ce genre de situations, c'est assez fréquent en pluridisciplinarité, je trouve que cela arrive assez fréquemment, ce système-là où à un moment donné, voilà (...) « Je prends mon statut supérieur comme excuse pour dire « Voilà, je tranche. » » » (FG2). Par contre, il y a aussi des situations où « le médecin est « le chef » du groupe, mais quand on se voit en réunion, on se retrouve quand même vite au même niveau hiérarchique, j'ai envie de dire (...), puisqu'ils [les thérapeutes] ont chacun leur expertise... » (ENT1), il est vrai que « dans une équipe interdisciplinaire, le médecin peut être le leader, (...) mais dans l'équipe, tu peux avoir plusieurs leaders de disciplines différentes et qui, justement, à un moment disent « Allez, on bouge ce patient, regardez, on n'a rien fait, on y va là » » (FG3).

Il est, ainsi, important de repérer les leaders, « d'aller repérer quels sont les bons et les mauvais leaders et de leur laisser plus ou moins de place » (FG3), car « il faut qu'il y ait des leaders dans les équipes qui puissent amener, déjà, à réfléchir et amener à agir après, éventuellement, mais c'est pour ça que les leaders sont importants (...) pour mener, pour donner des idées, ce sont des gens qui vont entraîner les autres » (FG3).

En ce qui concerne les patients, certains participants sont d'accord pour dire qu'ils n'ont pas un rôle de leader, vu leur faible participation au niveau interdisciplinaire (FG3), toutefois, il y a certains patients qui jouent ce rôle de leader de manière positive, ce qui apporte une aide importante aux autres patients, mais d'autres ne le font pas (ENT3).

b) Soutien à l'innovation

L'innovation, selon les participants, est associée à la mise en place de nouvelles choses (ENT2), à une nouvelle vision qui favorise la prise en charge des patients (ENT1).

Cependant, il y a un manque de soutien qui a été exprimé par les participants, qui provoque une démotivation (FG2). Voici la déclaration de l'un d'entre eux : « Je baisse les bras parce que si à chaque fois que tu viens avec quelque chose, « moi je te dis que ton idée c'est de la XXX », voilà, moi, à la fin, je n'en ai plus rien à faire... Et alors, à la fin, oui, tu baisses les bras, et tu es moins motivé pour faire les choses auprès du patient » (FG2). Ce manque de soutien est non seulement hiérarchique : « on veut lancer des idées, on veut faire des trucs, on avance et puis on se fait bloquer au-dessus » (FG2), mais il vient également de la part des collègues : « que ce soit des supérieurs, des collègues aussi, par exemple, par rapport à un patient, il serait intéressant qu'on fasse ceci ou cela, des choses comme ça, et un collègue te

dit « oui, oui », mais n'est pas très impliqué et du coup, c'est un peu démotivant parce que tu veux lancer quelque chose et puis finalement, personne ne te suit derrière et puis, tu finis par abandonner » (FG2). Un autre participant ajoute « Être soutenu verbalement et psychologiquement », oui, je pense, mais dans la réalisation, je ne suis pas sûr, je le vois même dans les événements qu'on a faits... » (ENT2).

Un autre élément en lien avec la mise en place des innovations, c'est qu'elles sont souvent réalisées à l'intérieur d'une équipe, d'une unité : « Ici, ce sont des choses vraiment internes, en fait, et on espère que si, par exemple, on arrive dans notre unité à améliorer des choses et à pouvoir prouver que ça tourne mieux, pouvoir, à ce moment-là, le présenter à la hiérarchie, aux autres unités et voir s'il y a d'autres gens qui sont preneurs pour, aussi, essayer ce genre d'innovation » (ENT1).

c) Centralité

Dans la CIP, l'existence d'une autorité centrale qui apporte du soutien et dirige la collaboration est importante (D'Amour et al., 2008). Cependant, différents participants considèrent que dans l'institution, cette autorité centrale, dont le rôle est surtout pris par la direction générale, n'a pas une réelle implication et ne procure pas une vision commune à suivre (FG2, FG3). En effet, les priorités dans l'institution ne sont pas communiquées aux différents professionnels de l'institution, tel qu'en témoignent les participants : « la direction ne nous a pas dit : « Tiens, cette année on va travailler, notre objectif c'est d'améliorer ça, ça et ça. » » (ENT1) et de plus, « j'ai rarement vu la direction venir nous trouver et voir ce qu'on pensait, s'il y avait des choses à améliorer, quoi qu'il en soit (...), je trouve que c'est dommage, combien de fois on ne s'est pas dit « Qu'ils viennent un peu voir sur le terrain, plutôt que de mettre des choses en place aberrantes ! » » (ENT3).

Selon certains thérapeutes, la direction a comme priorité la réponse aux chiffres : « Ce qui les intéresse [la direction] et ce qu'ils voient, ce sont leurs fonds, leurs finances et voilà et après, en fonction de ça, on essaye de faire quelque chose, ce n'est pas l'inverse » (ENT3). Le problème, c'est l'impact négatif que ça peut avoir sur la prise en charge des patients (ENT3).

Ensuite, il y a le fait que la direction ne vienne pas retrouver les professionnels du terrain, ce qui procure le sentiment qu' « il n'y a pas de trame, dire « cette année on va travailler sur telle ou telle chose », on ne vient pas nous demander notre avis, non plus, ... » (ENT1). Voici ce qu'en dit un participant : « Je trouve qu'il y a effectivement un manque de vision, même

institutionnelle, par rapport à la rééducation générale, vers quoi on va, qu'est-ce qu'on veut, etc. » (ENT1).

Ainsi, il n'y a pas de « partage du même convenant », ce qui apporte un sentiment de « *contradiction avec eux [la hiérarchie], qu'ils ne sont pas prêts à nous soutenir et c'est ça qui est compliqué* » (FG3). Un patient a aussi exprimé : « *d'un côté, vous voulez le bien-être des gens et d'un autre côté, votre direction, si je peux dire, ne répond pas à ce dont vous estimez avoir besoin et avoir droit, quand je dis vous, je parle d'entité ici, et ça, c'est difficile pour eux et pour nous, on ne le ressent pas trop, même si parfois, oui* » (ENT4).

15. Catégories émergentes en lien avec la CIP

5) Manque de temps

Un élément énoncé par différents participants comme ayant une influence négative sur la CIP concerne « *effectivement le manque de temps, bah à un moment donné, telle discipline est sous pression et donc voilà, on avait décidé de faire de telle manière, mais ça demandait la collaboration de cette discipline-là, mais forcément, ça ne marche pas, parce que là, à ce moment-là, elle est saturée* » (FG3). A leur tour, les patients constatent une différence entre avant et maintenant : « *Avant, on avait peut-être plus de temps avec les personnes, ils savaient parler 5 minutes avec nous, alors que maintenant, ce n'est pas évident* » (FG4).

a) Surcharge de travail

La surcharge de travail a aussi été nommée comme ayant une influence négative sur la CIP : « *voilà, parfois, ça arrive qu'il y ait des jours où on est débordés, on est un peu surchargés de travail et du coup, on ne prend pas le temps nécessaire, le temps dont on aurait vraiment besoin pour discuter de tel ou tel patient avec les membres d'une autre discipline* » (FG3). Cependant, un participant a parlé de « savoir prendre le temps », il comprend bien que la surcharge de travail puisse être problématique, surtout pour des petites équipes, mais il dit : « *je pense qu'il y a des moments où il faut savoir prendre le temps et qu'à partir du moment où on part sur un objectif et que ça demande un peu de temps, moi je le prends et c'est tout* » (FG3).

6) Travail en interdisciplinarité

Il y a consensus quant au fait qu'au sein de la réadaptation, il est essentiel de travailler en interdisciplinarité : « *on a besoin de toutes ces disciplines-là pour que le patient y arrive (...), on ne peut pas être chacun de son côté, ce n'est pas possible...* » (FG2), il faut donc « *avoir envie de travailler en interdisciplinarité, je pense qu'il y a des gens qui aiment bien travailler*

tous seuls avec leur pc, et donc, je pense que pour travailler en interdisciplinarité, ce n'est pas possible » (FG2). Ainsi, la CIP n'est possible qu'en interdisciplinarité : « L'interdisciplinarité ne fonctionne que via la CIP. » (FG3), toutefois, « il faut vraiment, vraiment que l'institution accorde de l'importance à cette interdisciplinarité et donne les moyens à chacun de la mettre en œuvre » (FG3).

L'échange interdisciplinaire a été mentionné comme permettant le développement de nouvelles idées : *« un échange, pour moi, est celui qui est constructif et transdisciplinaire, entre toutes les disciplines, qui a permis de dégager des idées et des solutions face à un problème » (FG3).*

7) Importance de la collaboration

La collaboration a une influence sur la réadaptation : *« si on était dans le meilleur des mondes où on collaborerait parfaitement, ça aurait une influence vraiment puissante sur nos patients, ça c'est clair et quelque part, les dysfonctionnements tirent plus la rééducation vers le bas que vers le haut » (ENT1). Elle permettrait, ainsi, d'apporter de meilleurs soins aux patients (FG4). Cependant, selon un patient, « la collaboration n'existe presque pas, parce que (...) les kinés travaillent entre eux et ça fonctionne entre eux, je peux vous dire qu'ils ne s'adressent pas aux infirmiers, ce n'est pas qu'ils ne veulent pas, à la limite ils n'y pensent pas, donc... Et c'est la même chose avec les ergos » (ENT4).*

8) Partage

a) Partage de valeurs et d'expérience

La CIP, pour les participants, correspond, entre autres, à un partage de différentes valeurs : *« Le mot « valeur », pour moi, est très important, parce qu'effectivement, entre les différentes disciplines et au sein d'une même discipline, je pense que les personnes ont des valeurs différentes, ont une éthique différente, c'est vrai que parfois, dans les cas compliqués où il faut faire des choix de vie, ou pas, ça fait vraiment appel à ses propres valeurs » (FG3).* Outre le partage de valeurs, la CIP se rapporte, aussi, à un partage d'expérience, d'expertise *« Partage d'expérience, (...) c'est pouvoir dire : « Moi, j'ai essayé ça, toi tu as essayé ça, voyons si quelqu'un peut encore venir avec une autre idée. » » (FG2).*

9) Recouvrement de compétences

Lors du FG1, un participant a décrit la CIP comme étant un recouvrement de compétences : *« Ce sont des compétences spécifiques, mais aussi des compétences communes, un recouvrement de compétences entre les gens » (FG1) et donc, la CIP « demande plein de*

compétences, il faut pouvoir connaître le travail des autres, ce qu'ils font, comment ils font, communiquer avec eux, comment échanger, comment s'organiser » (FG1). A un certain moment, lors d'une discussion, il a été question du développement des compétences transdisciplinaires par la CIP ; « il y a aussi des compétences transdisciplinaires qui se créent, donc on a un bagage (...) lié à notre expérience, lié à notre discipline, mais on apprend, aussi, voilà d'autres disciplines. » (FG3), on peut, ainsi, « avoir des compétences qui sont de l'ordre du savoir : dialoguer en équipe, savoir s'informer, ce sont des compétences qui sont transdisciplinaires » (FG3).

10) Pistes d'amélioration

Plusieurs pistes d'amélioration de la CIP ont été énoncées lors des différentes interventions. Nous retrouvons, ainsi, la création de moments d'échange entre les professionnels : « la meilleure façon de les favoriser, c'est quand ils font des fêtes du personnel, où là, chacun discute (...), parce que là, toutes les professions sont au même endroit et on discute tantôt avec le kiné, tantôt avec l'infirmier, tantôt avec le médecin, ... » (ENT2). Concernant la création des team-buildings, les participants disent : « ça, on devrait avoir, au moins dans chaque équipe, une fois par an (...). Je dis bien toute l'équipe infirmière, ergo, tous ceux qui interviennent dans cette unité-là et ont une activité commune » (FG3), parce que les interactions avec les autres professionnels « sont des choses qui pourraient aider au bien-être des gens et du coup, à leur efficacité émotionnelle » (FG1). La mise en place de formations, non seulement avec des cadres supérieurs, mais aussi avec tous les professionnels, est également évoquée. Un chef de service explique, par rapport à la participation à une formation : « on était vraiment contents, parce qu'on a pu partager. D'abord, on a pu se former, mais on a pu partager des expériences, des problématiques dont (...) on ne voit pas toujours la réalité derrière » (ENT1). Des moments de réflexion se créent, « pas autour d'un patient en concret, mais sur « Ok, qu'est-ce qu'on a envie, de manière globale, de mettre en place ? Avec quelles valeurs ? » » (FG3), car « c'est vraiment important de se poser et de se dire « Ok, qu'est-ce qu'on construit ensemble ? Comment on veut travailler ? » et d'avoir une réflexion, quoi » (FG3). Cela pourrait se faire en interne ou avec quelqu'un d'extérieur. Un participant témoigne : « Si jamais t'avais quelqu'un de l'extérieur qui venait un petit peu ébranler les bases de tout le monde, c'était « Allez, on recommence ! ». » (FG3). De plus, le besoin d'outils d'échange d'informations plus adaptés aux nécessités du terrain et une sollicitation à ce que la hiérarchie soit plus proche des

travailleurs ont été exprimés : « *la direction devrait descendre d'un étage et (...) voir comment on travaille* » (FG2).

Par rapport au patient, il serait intéressant d'identifier un référent patient, de « *créer des binômes (...) où chacun devrait pouvoir être référent, on devrait pouvoir le sentir, le patient pourrait même choisir son référent.* » (FG3), afin d'améliorer le contact avec le patient. Concernant le travail en doublon, il ne faut « *pas créer de groupes cadrés mais faire des doublons par moment, travailler en commun sur certaines choses, ce qui renforcerait, justement, la coopération et la connaissance du travail de l'autre* » (FG3). Pour cela, une réorganisation des soins est nécessaire, mais le problème « *c'est d'être habitué à travailler d'une certaine manière* » (FG3). Il y a, ainsi, une certaine résistance au changement : « *parce que les gens sont habitués, sont cadencés dans leurs habitudes et que pour en sortir...* » (FG3).

Lors de la discussion avec les patients et de l'entretien semi-directif, il a été question d'une amélioration de la communication, d'« *améliorer la communication dans les différentes fonctions. Afin de ne pas être devant un problème, qu'on le résolve avant, qu'on le résolve en amont* » (ENT4).

16. Conclusion : lien entre les différents catégories, sous-catégories et thèmes

Lors des FGs et des entretiens semi-directifs, les participants faisaient des liens entre différentes catégories, sous-catégories et thèmes qui ont été identifiés lors de l'analyse. Les plus parlants sont, ainsi, repris dans cette conclusion.

Le sentiment de frustration surgit lorsque certains professionnels se donnent des objectifs qu'ils n'arrivent pas à atteindre. Ceci nuit à l'ambiance, à l'organisation de toutes les équipes et par conséquent, à la CIP (FG1).

Une autre relation est faite entre la connaissance du travail de l'autre et le respect (FG1). Ce type de connaissance favorise un travail cohérent en réadaptation (ENT2). En ayant connaissance de l'autre, un sentiment de confiance se développe ainsi que le respect (ENT4, FG3).

Dans la transmission d'informations, il est rapporté que si plusieurs soignants donnent des informations différentes concernant un même sujet, la confiance du patient peut être touchée (ENT1).

Lorsqu'il y a un manque d'informations, notamment sur le sujet à discuter dans les moments d'échange interdisciplinaires, la personne pourra difficilement avoir une participation active et la structure prévue pour la réunion peut se briser (FG1). Le manque d'informations peut,

aussi, avoir une influence négative sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques (FG1). En effet, la méconnaissance de certains éléments essentiels à la mise en place de l'objectif, comme le stade d'évolution du patient, peuvent compromettre l'atteinte de ces objectifs (FG1, FG2). De plus, c'est lors des rencontres interdisciplinaires que des discussions se réalisent concernant la définition des objectifs thérapeutiques (FG2, ENT1), mais ceux qui n'étaient pas présents (participation au staff) ne s'expriment pas et peuvent ne pas participer à l'objectif fixé (FG3).

Les réunions de famille sont en lien direct avec la définition du projet du patient et des objectifs thérapeutiques (ENT1). Au plus tôt ces réunions se réalisent (*timing*), au plus tôt les patients sont inclus dans la définition de leurs objectifs et ils peuvent ainsi être acteurs actifs de leur réadaptation (ENT1).

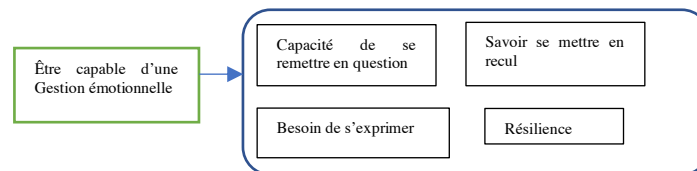
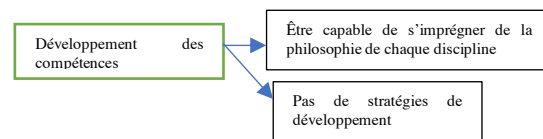
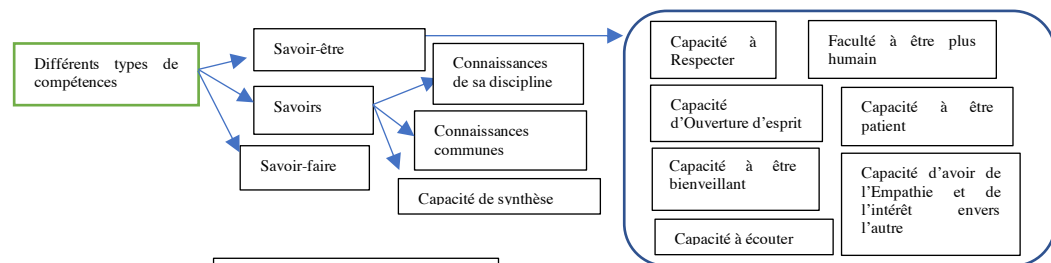
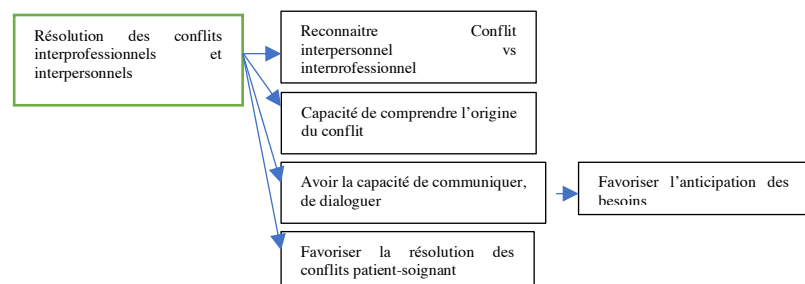
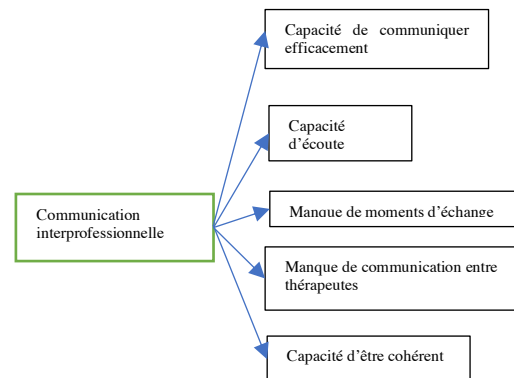
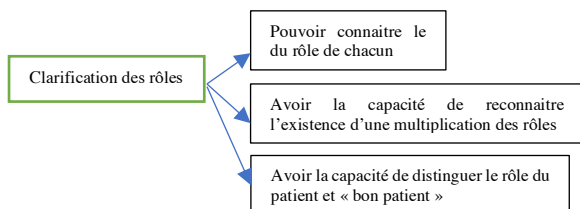
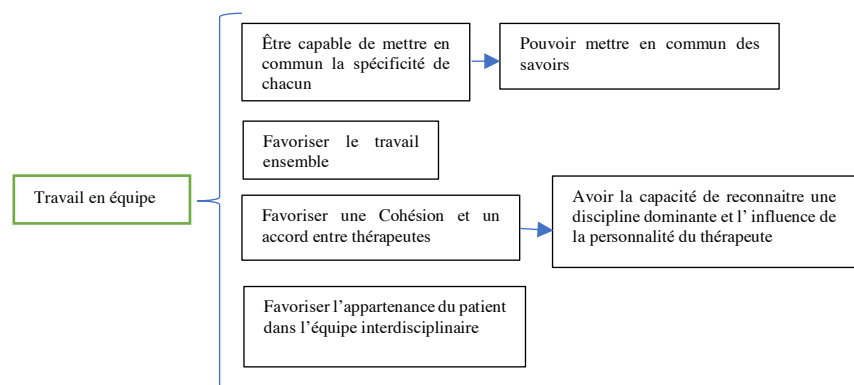
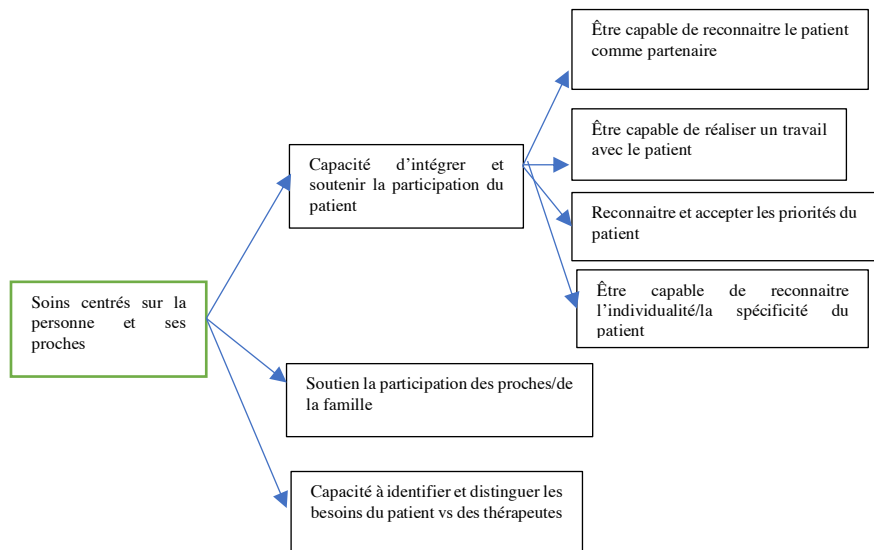
Le manque de temps a un lien avec la faible préparation et le manque d'organisation des rencontres interdisciplinaires, qui peuvent provoquer le manque de succès d'une rencontre (FG1). De plus, il faut du temps pour mener une discussion et ainsi, bien conduire le projet global du patient (FG1, FG4).

Les formations ont un rapport avec la connaissance de l'autre et le respect de l'autre (FG1). A leur tour, les moments d'échange entre professionnels permettent une meilleure compréhension des autres disciplines (FG3).

Pour terminer, un participant a établi un lien entre l'interdisciplinarité et les compétences communes ; « *c'est ici que l'interdisciplinarité, je pense, va pouvoir se jouer, c'est le relais dans des compétences communes* » (FG1).

17. Compétences interprofessionnelles

Dans cette étude, l'on s'intéresse à mettre en relief les compétences interprofessionnelles propres au domaine de la réadaptation, selon les opinions, les avis des managers, professionnels de santé et patients du CTR. Ainsi, différentes catégories, sous-catégories et thèmes ont été identifiés ; ils sont repris dans l'arbre thématique ci-dessous et développés par la suite.



17.1. Catégories issues du *A National Interprofessional Competency Framework* (CIHC, 2010)

1) Soins centrés sur la personne/ses proches

- a) Capacité d'intégrer et soutenir la participation du patient dans son processus de réadaptation

En lien avec les compétences interprofessionnelles, nous retrouvons la capacité de « *l'intégration du patient dans son processus* » (FG1), comme étant un élément important dans la réussite de son processus de réadaptation. Un participant témoigne : « *Moi, je pense que ça marche très bien quand le patient est super acteur* » (ENT1). Cependant, lors du FG1, il a été relevé qu'il y a des patients qui ont la faculté de participer et de s'exprimer sur leur processus de réadaptation dès leur arrivée en service de réadaptation, et d'autres pas.

A leur tour, certains patients, lors du FG4, ont déclaré avoir été acteurs dans leur projet thérapeutique : « *Quand j'ai eu mon accident, j'ai participé à l'élaboration de mon projet et tout s'est bien passé pour la rentrée à la maison. J'ai pu quand même donner mon avis.* »

La notion de patient partenaire est ainsi évoquée. Selon un manager, « *il [le patient] est complètement partenaire, un peu dans la ronde et pas « lui au centre et tous centrés sur lui », non, pour moi les flèches sont dans l'autre sens aussi* » (FG1). Le patient participe, ainsi, « *par rapport à certaines situations, en tant qu'expert* » (FG1), « *il a autant de connaissances que le kiné, parce que lui se connaît et le kiné ne le connaît pas, le kiné connaît ses connaissances théoriques, l'ergo connaît ses pratiques, aussi, mais il ne connaît pas le patient, qui, lui, a autant d'informations indispensables* » (ENT2).

Toutefois, il faut être capable de réaliser un travail avec le patient, tel que le déclarent les thérapeutes : « *ici, on parle souvent de nous [les thérapeutes], mais c'est vrai que la finalité est pour le patient (...), c'est vrai que c'est un travail, aussi, avec lui* » (FG3), mais « *parfois le patient, au début, s'il est en période de deuil, il est complètement absent, il faut que nous, autour, venions travailler avec lui, tout doucement lui montrer qu'il peut donner la main et qu'il peut travailler avec nous* » (ENT2).

Un point d'attention a été fait par rapport à la reconnaissance et l'acceptation des priorités du patient, car elles doivent « *parfois être remises au clair pour que tout le monde [les thérapeutes] se disent : « Ok, on partage tous les mêmes priorités »* » (FG1), cependant « *ta priorité n'est pas ma priorité, n'est pas sa priorité, n'est pas la priorité du patient, il faut savoir entendre ça aussi, que si le patient doit d'abord arriver à mettre son slip, son pantalon, ses chaussures et puis faire son transfert et puis aller aux toilettes et que le patient dit :*

« Mais non, je veux juste aller au wc », voilà tu dois, aussi, pouvoir accepter que d'abord, on va lui apprendre à faire son transfert à poil pour qu'il aille d'abord aux toilettes » (FG2). Il faut, ainsi, avoir la capacité de reconnaître l'individualité/la spécificité du patient, puisqu'« un patient n'est pas l'autre (...) c'est savoir, de nouveau, ne pas cataloguer : un para c'est ça, un tétra c'est ça, non, c'est une personne qu'on a en face, un individu avec son vécu, avec sa façon d'être... » (FG3). Un patient a dit : « Nous les patients, nous avons tous des caractères et des personnalités différentes » (FG4).

a) Soutenir la participation des proches, de la famille

Les proches, la famille sont, aussi, considérés comme étant acteurs dans la prise en charge du patient : « ils font partie intégrante de la prise en charge thérapeutique, dans le respect du patient, ils sont des acteurs, eux aussi » (FG1), mais leur participation « dépend de ce que le patient choisit, s'il veut que sa famille soit là ou non » (FG1). Un patient a déclaré : « La famille nous encourage et ils participent aussi dans la prise de décision » (FG4).

Cette participation se rapporte surtout à la transmission d'informations concernant le patient, tel qu'en témoignent les thérapeutes : « Ils nous communiquent des informations que le patient, parfois, ne nous dit pas, il y a des choses qu'on sait parfois par la famille » (FG2). Dès lors, il est important d'avoir des référents de la famille ou des proches pour mieux connaître le patient (ENT1).

Les proches sont, ainsi, importants dans le processus de réadaptation : « l'évolution du patient dépend très, très fort du soutien de l'entourage, ce qui fait aussi que forcément, la personne qui était entourée avant l'accident, est quand même mieux (...) » (FG3). Il est, par conséquent, important de les connaître, « la famille va influencer le patient (...) si le patient a une mauvaise relation avec sa famille, ça va l'affecter, ça va aussi bouleverser sa rééducation, c'est donc important de connaître la famille » (FG2). De plus, la LME, selon un patient, a aussi un impact sur les proches (ENT4) et en les connaissant, les professionnels de santé doivent faire attention à ce que les proches/la famille reçoivent un soutien convenable, comme expliqué lors d'un exemple donné à l'ENT1.

b) Être capable d'identifier et de distinguer les besoins du patient versus les besoins des thérapeutes

Lors de certaines discussions, ont été évoqués les besoins du patient et des thérapeutes. En fait, selon les patients, « dans un premier temps c'est eux [les thérapeutes, les médecins] qui pensent à ce dont on a besoin ; par exemple, ils pensent que vous avez autant de capacité de

récupération et ils vont faire en sorte que (...), mais ils proposent, mais c'est vous [les patients] qui prenez la décision » (FG4). Malgré cela, parfois, certains professionnels ont « le besoin d'amener le patient très, très loin, très, très fort afin qu'il réussisse » (FG3), ce qui peut amener à ce qu'on ne porte pas d'attention aux priorités du patient, comme exemplifié dans le FG3. De plus, parfois « l'unique besoin du patient, c'est juste sa liberté, qui est déjà entravée par le handicap qu'il vit et peut-être qu'il a juste besoin de vivre par lui-même » (FG3).

Malheureusement, souvent, les thérapeutes ont « le besoin de materner, de mettre en sécurité le patient pour son bien » (FG3) et « ce qui est très révélateur, c'est quand le patient est moins acteur, quand il ne sait pas prendre des choix et donc, les thérapeutes se missionnent pour remplacer la position du patient. » (FG1), comme l'expliquent les thérapeutes : « on ne va pas attendre que le patient soit prêt, parce qu'on sait [les thérapeutes] que c'est bien pour lui et donc on va commencer maintenant » (FG1). Ce genre d'attitude amène à ce que « parfois, sous prétexte de bon sentiment, on limite la liberté » (FG3) et « à la force de vouloir (...) les materner, on valide le fait que leur situation de handicap soit une situation de handicap » (FG3).

2) Travail en équipe

Le travail en équipe est une catégorie importante en réadaptation, il a été mis en avant à plusieurs reprises lors des différents FGs et entretiens.

a) Être capable de mettre en commun la spécificité de chacun

Afin de mener à bien un travail en équipe, il est important d'avoir la capacité de mettre en commun de la spécificité de chacun : « c'est la spécificité des kinés, ergos, médecins et autres, mais aussi la spécificité culturelle des uns et des autres, c'est cette spécificité qui a son impact, ses avantages et défauts et il faut arriver à sortir de cette spécificité une globalité sur le patient » (FG1). De ce fait, au CTR, « dans toutes les approches qu'on a, on essaye de solliciter le thérapeute ou le responsable de ce secteur ou de ce département (...) qui peut donner une expertise par rapport à la situation ou le suivi » (FG1).

Ainsi, il est question d'une mise en commun des savoirs, comme expliqué dans un exemple donné lors du FG3 : « j'ai eu besoin, à un moment, de faire appel à l'ergo pour trouver la situation ensemble et pour mettre en commun nos savoirs, simplement pour essayer de voir si on arrivait à trouver une solution pour le patient ». Par conséquent, ce travail en équipe permet que « chacun peut s'approprier cette solution, en fait, parce qu'elle ne vient pas d'une personne » (FG3).

b) Être capable et favoriser un travail ensemble

Lors de différents FGs et entretiens, le fait de travailler ensemble a été évoqué à différents moments, comme dans l'exemple de l'apprentissage à l'auto-sondage pour lequel il est important de « *pouvoir travailler ensemble avec des compétences qui sont spécifiques, mais en même temps qui couvrent un objectif commun, mais qui sont parfois des compétences communes* » (FG1). Le travail ensemble est considéré comme étant une compétence importante en réadaptation : il faut « (...) *vouloir travailler ensemble, parce que parfois (...), il y a des gens qui ont une personnalité, ils font leur travail mais ne veulent pas entendre parler des autres, chez nous, il faut vraiment pouvoir travailler ensemble* » (ENT1).

Toutefois, les patients expriment l'existence d'une sorte d'individualité de chaque discipline. Un patient a dit : « *je pense qu'il y a vraiment : « l'équipe infirmière, c'est infirmière, médecins, c'est médecins, kinés c'est kinés, ergos c'est ergos* » (FG4).

Cette individualité va avoir des conséquences sur le processus de réadaptation du patient : « *Quelqu'un qui est individualiste, qui ne va voir que sa discipline, par exemple « kiné, kiné, kiné », bah non, ce n'est pas « kiné, kiné », voilà, je pense que ça influence également le processus de réadaptation du patient, ça c'est sûr* » (ENT3). Un patient a également déclaré que « *Nous sommes ceux qui payons les pots cassés* » (ENT4) de cette individualité.

c) Favoriser une cohésion et un accord entre thérapeutes

Dans le processus de réadaptation du patient, l'existence d'une cohésion entre les thérapeutes est importante, « *qu'on ait tous une cohésion pour le patient, sinon la personne change déjà d'état, elle passe de ses pieds à des roulettes, mais il faut que nous, autour de lui on soit, allez, qu'on soit tous ensemble, aussi, sinon, il ne va pas s'en sortir* » (FG2), si « *on [les thérapeutes] serait déjà d'accord, (...) ça permettrait d'argumenter plus facilement par rapport au processus de réadaptation et que donc, le patient puisse voir où il en est et se sentir avancer* » (FG1). Mais il arrive que différents thérapeutes de différentes disciplines n'arrivent pas à trouver un accord, ce qui porte préjudice aux patients (FG4).

Un autre élément ressorti du FG3 se rapporte à la problématique de la force de certaines disciplines qui ont un nombre plus important de professionnels, puisqu' « *ils ont un poids plus important et c'est leur décision qui va primer sur celle de l'équipe* ». Cependant, lors des entretiens ENT1 et 3, les participants ont exprimé qu'il y avait une influence plus importante de la personnalité du thérapeute que de la discipline dans le travail en équipe et par conséquent dans la CIP. Voici le témoignage d'un participant : « *Je pense que l'influence*

n'est pas par rapport à la discipline, c'est plutôt individuel (...), les gens, voilà, il y a des personnalités plus fortes et qui parfois s'imposent plus que d'autres » (ENT1).

d) Favoriser l'appartenance du patient dans l'équipe interdisciplinaire

Les avis sont divergents quant à l'appartenance du patient au sein de l'équipe interdisciplinaire, puisque selon les managers, *« il est au milieu, s'il n'est pas au milieu, il est au sommet » (FG1), mais « Le patient doit être au centre des choses, maintenant, je dirais que pour le patient, parfois, ce n'est pas le cas, c'est un modèle, pour moi, en théorie, parce que tout le monde dit que le patient est au centre » (ENT1).*

De ce fait, selon certains participants, les patients *« sont mis de côté, parce qu'il y a la sphère professionnelle et la sphère « patient » » (ENT2), il est « est à la frontière, il n'est pas (...), il devrait être dans l'équipe interdisciplinaire, mais il n'est pas dans l'équipe interdisciplinaire, sinon on serait plus attentif à lui » (FG3).*

Par rapport au ressenti des patients, il y en a certains qui se sentent intégrés dans l'équipe interdisciplinaire. L'un d'entre eux dit : *« je me sens inclus » (ENT4) et d'autres disent à ce propos : « dans l'équipe, je ne crois pas » (FG4).*

3) Clarification des rôles

Dans cette catégorie, il est question, entre autres, d'avoir la capacité de connaître le rôle de chacun, d'avoir *« la connaissance de son rôle, la connaissance du rôle de l'autre et en même temps, savoir accepter qu'on n'est pas toujours devant » (FG3) et donc, « chacun doit savoir ce que l'autre fait pour qu'il n'y ait pas de doublon et que chacun soit vraiment à fond dans sa tâche et du coup, qu'on soit sûrs que cela soit fait au final » (FG1).*

Un des problèmes mentionnés lors de certains FGs se rapporte à la multiplication des rôles, au fait d'avoir plusieurs casquettes : *« on [les managers] a tous plusieurs casquettes et on n'a pas toujours assez de temps pour être à fond sur certaines choses » (FG1).* Certains professionnels ont aussi exprimé que les cadres *« accumulent plusieurs fonctions. En général, XXX accumule plusieurs trucs et je pense qu'à un moment donné, il est débordé » (FG2).*

Le cumule et multiplication des rôles amène à une surcharge de travail, comme le montre ce témoignage : *« c'est le fait d'être débordé et qu'on ait plusieurs casquettes et donc, on a difficile à être effectif et à avoir suffisamment de ressources intellectuelles pour pouvoir consacrer le temps nécessaire, à la fois en termes de créativité, d'anticipation, de planification, ... » (FG1).* Cette surcharge de travail peut avoir une influence sur la prise en

charge du patient. D'après un thérapeute : « la surcharge de travail peut faire qu'on peut rester parfois, un ou l'autre ou tous, sur une prise en charge superficielle » (FG1).

Un autre aspect mis en avant lors du FG3 concerne le rôle du patient. Le fait de vouloir que le patient arrive le plus loin possible dans sa rééducation peut amener à une confusion entre le rôle de patient et le fait d'être un « bon patient » ; « « Qu'il soit un bon patient », on entend souvent le terme « bon patient », alors qu'en fin de comptes, il a juste le rôle d'être patient » (FG3). En outre, concernant le rôle des proches/famille, un patient a déclaré : « je dois me préparer à ne pas considérer ma femme comme une infirmière, c'est très important : ce n'est pas une infirmière, c'est mon épouse, elle peut éventuellement m'aider, mais pas tout faire pour moi » (ENT4).

4) Communication interprofessionnelle

La communication était le focus de différents FGs et entretiens semi-directifs. En lien avec cette catégorie, nous pouvons retrouver la capacité de communiquer efficacement : « La manière dont on communique (...) l'information peut passer différemment. (...) Selon la manière dont on dit les choses, c'est perçu différemment » (FG2). Il est aussi important qu'il y ait une clarté dans le discours (FG2) et de se demander « Est-ce que le canal qui a été utilisé était le bon ? » (FG2) pour avoir accès aux informations. Un patient a relevé la sincérité, la franchise dans la communication comme étant une compétence importante ; « (...) c'est une sincérité entre nous, que l'on parle franchement, la franchise, quand j'ai la franchise c'est quand je pose une question, tu veux savoir puisque tu poses la question, « je te la donne » et pas se sentir... quitter la pièce, quoi... » (ENT4).

Dans la communication interprofessionnelle, on retrouve aussi la capacité d'écoute comme thème évoqué à plusieurs reprises. Un patient a déclaré : « Il faut de l'écoute et du dialogue aussi. S'il n'y a pas d'écoute ni de dialogue, tu ne sais pas faire quelque chose de bien » (FG4). Un thérapeute a, à son tour, déclaré « Je trouve qu'à chaque fois que cela [la collaboration] a bien fonctionné, c'est parce qu'on a chacun écouté, chaque professionnel a pu dire ce qu'il pensait de la rééducation et chacun a écouté ce que la personne a dit » (FG2) ce qui permet d'avoir le sentiment d'« avoir pu être écouté... » (FG1) ; c'est un moyen de favoriser la CIP.

Un patient a exprimé s'être sentir écouté par ces mots : « elle [la thérapeute] m'écoute, s'il y a quelque chose de vraiment important, elle m'écoute et on travaille sur ça » (FG4), mais d'autres n'éprouvent pas le même sentiment, en voici un témoignage : « J'avais toujours mal à mon épaule et j'ai demandé, toujours, de faire une échographie, on m'a dit « Oui, oui,

oui » et j'ai attendu 4 mois pour faire ça... » (FG4) et selon ce patient, c'est le médecin qui n'a pas écouté sa demande.

Entre les professionnels, le manque d'écoute a aussi été manifesté : *« L'écoute entre collègues, il n'y en a plus beaucoup, il n'y a pas beaucoup d'espace pour ça, on est de plus en plus amenés à travailler et à rentabiliser toutes nos minutes et moi, je trouve qu'il manque ce temps-là » (FG3).* Un manque de moments d'échange entre les thérapeutes a été exprimé : *« Il y a de moins en moins de place, de moments juste d'échange qui ne sont pas forcément professionnels mais qui sont juste... allez, tu discutes avec quelqu'un... » (FG3).* A ce propos, un des cadres a exprimé : *« J'ai le sentiment que quand on arrive avec une problématique en face d'un patient, si on ne peut pas l'exprimer et avoir le sentiment d'avoir été entendu sur cette problématique-là, on n'a pas le sentiment de satisfaction qui en suit » (FG1).* Pour certains professionnels l'institution ne se rend pas compte de l'importance des moments d'échange informels comme moyen de favoriser la communication et par suite, la CIP (ENT2).

Un autre élément se rapporte au manque de communication entre les thérapeutes, exprimé par les patients : *« Entre eux [les professionnels de santé], ils ne parlent pas, ah oui, là c'est mort » (FG4).* A son tour, un professionnel de santé a exprimé l'existence « d'un trou » au niveau de la communication, il a expliqué que lorsqu'il y a un problème entre l'équipe infirmière et un patient, ce dernier discute avec le corps médical qui prend souvent des décisions sans les communiquer à l'équipe concernée, ce qui engendre une baisse dans la motivation (ENT3). Or, *« c'est très important qu'on communique bien tous ensemble pour (...) qu'on ait la même trame dans la rééducation du patient » (ENT1).* La capacité de communiquer efficacement est considérée ainsi comme étant une compétence importante dans la réadaptation ; *« c'est la communication en premier, je pense que si on arrive à bien communiquer, on arrivera à mieux rééduquer, à mieux collaborer » (ENT1).*

Un autre aspect relevé lors des FGs et entretiens semi-directifs concerne la capacité d'être cohérent ou le manque de cohérence dans le discours. La cohérence, *« c'est un élément qui va permettre d'amener le patient avec nous, qu'il sente qu'on est tous sur la même longueur d'onde » (FG1).* Le manque de cohérence se rapporte au fait que *« celui-ci a dit cela alors que vous, vous dites ceci » (FG1).* De plus, il a été déclaré, lors d'une discussion, que pour le patient, *« Ils [les thérapeutes] ont l'air, tous, de savoir de quoi ils parlent, ils ont tous l'air de savoir ce qu'ils font et du coup, ma prise en charge va être bien, parce que je suis bien entouré. ». Mais maintenant un dit gris, l'autre dit vert, l'autre dit bleu, alors, la personne va se dire « je vais croire qui ? » » (FG2).* Cette cohérence amène au besoin de « rester

crédible dans ce que tu dis, si maintenant tu dis blanc, le lendemain tu dis noir et puis ton collègue dit rouge (...) » (FG2).

5) Résolution des conflits interprofessionnels et interpersonnels

Lorsqu'il a été demandé aux participants de décrire la manière dont les conflits sont gérés dans l'institution, certains, dans les FG2 et 3, ont eu un fou rire. Un professionnel de santé a expliqué qu'il fallait tout d'abord repérer s'il s'agissait d'un conflit interpersonnel ou interprofessionnel : *« La frontière est toujours mince entre ces deux notions-là, surtout dans notre institution, parce que c'est une petite institution » (FG3).* De plus, selon un manager, il faut être capable de comprendre l'origine du conflit, *« comprendre pourquoi il y a un conflit, si c'est un problème organisationnel ou relationnel » (FG1).* Toutefois, certains professionnels de santé ont exprimé qu'un conflit *« est rarement réglé, sauf cas rares, quand ça touche vraiment les disciplines » (FG3)* et que cette gestion se fait *« entre nous, on essaye de... on est tous dans le même bateau et je crois qu'on doit apprendre à se supporter, ou chacun fait un peu comme il le sent » (FG2).*

Cependant, la mise en dialogue et donc, la capacité de communiquer a été évoquée, lors de différents FGs et entretiens semi-directifs, comme le moyen le plus répandu dans l'institution pour gérer les situations de conflit, mais encore une fois, est revenue la même idée que celle-ci-dessus, un thérapeute formule : *« On n'en parle pas, sauf si c'est vraiment des trucs graves, quand il y a vraiment du manque de respect et que les gens se crient dessus, normalement on les met dans une pièce et ils n'ont qu'à s'expliquer, mais sinon, en général c'est « Ça va ? Oui, ça va. » » (FG2).*

Cette mise en dialogue est perçue comme étant insuffisante, tel qu'en témoigne un participant : *« J'ai un exemple... J'ai une collègue qui a eu un conflit avec un service XXX et en fait, la hiérarchie voulait simplement que XXX et XXX se trouvent pour s'expliquer, mais elles se sont déjà expliquées le jour J et ça n'a pas été et c'est ça le problème, (...) il faut aller bien plus loin que ça » (FG2).* Il a été exprimé lors du FG3 qu'il faut favoriser l'anticipation des besoins ; *« Pour moi, il faut déjà quelqu'un de l'institution qui ait, justement, une vision et qui anticipe les besoins, aussi des équipes. Ça, il n'y a pas du tout de vision à moyen et à long terme, on répare quelque chose justement au moment-même (...) « Il y a ce problème et allez, voilà. ». On ne construit rien à moyen et à long terme, on n'anticipe rien ». De plus, le besoin d'avoir des formations en continue a été rapporté, notamment par un participant qui affirme : « Ils ont essayé de nous former à la communication en deux petites journées, mais il faudrait plus que ça, si on veut vraiment*

pouvoir communiquer et résoudre les conflits, il faudrait que ça soit régulier, que ce soit entretenu » (FG3).

Quand le conflit concerne le patient et le soignant, *« les conflits sont gérés principalement par moi [chef infirmier] et le médecin et parfois l'assistant social et aussi par la psychologue » (ENT1).* Lors du FG4, un patient a exprimé qu'il n'y avait pas de vraie discussion entre les personnes concernées, mais plutôt entre le soignant et sa hiérarchie, malgré que cela le concerne.

18. Catégories émergentes en lien avec les compétences interprofessionnelles

6) Être capable d'une gestion émotionnelle

Cette catégorie a émergé de l'analyse du corpus et elle a été mise en avant pour le processus de réadaptation ; *« Le travail émotionnel doit être fait en amont de façon à ce que le patient (...) puisse profiter des expériences professionnelles de chacun et pas de l'émotionnel de chacun » (FG1).* Dans ce travail émotionnel, nous retrouvons la capacité de se remettre en question, notamment lorsqu'un sentiment d'échec surgit quand des objectifs ne sont pas atteints (FG1, FG3).

Outre la remise en question, il y a la résilience, comme explicité par un participant : *« Même si je suis dégoûté, si je suis déçu, à la fin voilà, je dis « moi, j'ai fait ce qui était dans mon pouvoir, ainsi que les autres qui m'entourent... » » (FG2).* Le besoin de s'exprimer est aussi mentionné en ces termes : *« Mon premier réflexe c'est de discuter avec mes collègues ; « Je m'attendais à ce que la personne réussisse mais... fin, je n'ai pas d'autre solution à lui proposer... » et je discute avec mes collègues » (FG2).*

Lors d'une discussion, la capacité à se mettre en recul a été évoquée : *« Il faut savoir se mettre en recul... Savoir accepter qu'on n'a pas tout en main et que tout dépend de notre collaboration (...), il n'y a que comme ça qu'on avance, d'ailleurs » (FG3).* Un soignant a aussi déclaré, lorsqu'une situation ne se passe pas comme prévu par rapport à la réadaptation d'un patient, qu'il *« essaye, aussi, de prendre du recul. « Je viens je fais de mon mieux avec mon travail et voilà ». » (ENT3).*

7) Différents types de compétences

Les différentes compétences interprofessionnelles identifiées par les différents participants peuvent être réparties en trois sous-catégories ; celles qui se regroupent dans le savoir-être, le savoir-faire et les savoirs.

a) Savoir-être

Dans cette sous-catégorie, nous retrouvons la capacité d'avoir une ouverture d'esprit comme une compétence importante dans la CIP et dans le domaine de la réadaptation, comme l'explique un participant : « *Je pense que c'est une ouverture au besoin de l'autre, aux connaissances de l'autre, aux compétences de l'autre* » (FG1). La faculté d'écouter l'autre a aussi été identifiée comme étant une compétence nécessaire à une CIP plus riche (FG3). Les patients déclarent : « *Il [le professionnel de la santé] doit être à l'écoute du patient, déjà, et nous aussi, là, il y aura une entente, s'il n'y a pas d'écoute, ça ne marchera jamais* » (FG4). En outre, les participants ont aussi identifié la capacité de respecter l'autre, ses idées, ses compétences, ses connaissances (FG1, FG2, FG3) ; « *c'est que justement, il a toutes ces compétences différentes et il faut savoir le respecter* » (FG3).

Être bienveillant et être capable d'avoir de l'empathie et de l'intérêt pour l'autre sont aussi des compétences reconnues lors de différentes discussions, un patient a même déclaré « *l'empathie, avec ça on va loin, quand vous montrez que vous vous intéressez au patient, parce que si vous montrez que le patient vous ennue ça va le stresser, déjà ça ne va pas le faire* » (FG4). Les patients ont aussi identifié la faculté d'être plus humain comme compétence importante en réadaptation ; « *c'est que vous [les soignants] aimez bien aider les autres, mais peut-être qu'avec le temps, cette humanité se perd* » (FG4). Mais les patients reconnaissent aussi qu'« *il y a du négatif et du positif, quand je dis ce côté humain, il y a de l'humanité, il y a même un côté familial... Si vous avez un souci ou quoi que ce soit, si vous avez une baisse de moral, que ce soit le kiné, l'ergo ou à l'étage, ils sont là quand même* » (FG4).

La capacité d'être patient est une autre compétence évoquée par les patients, tel que l'expriment ces mots de l'un d'entre eux : « *La patience, c'est important pour moi, (...). Il faut être patient avec la personne, même si on n'arrive pas à faire certaines choses* » (FG4).

b) Savoirs

Cette sous-catégorie nous renvoie aux connaissances, évoquées par certains participants comme étant une compétence essentielle, non seulement dans la CIP, mais aussi en réadaptation ; ce sont « *des connaissances que tu mobilises pour arriver à résoudre une problématique ou être en interaction avec la personne qui est face de toi.* » (FG3). D'après un patient, il faut donc « *mettre tout leur savoir [des professionnels de la santé]* » en œuvre pour lui redonner la mobilité qu'il avait auparavant (ENT4). Il est, ainsi, important d'avoir des connaissances sur sa propre discipline (ENT3) et également des connaissances communes ; « *Il y a quand même un socle commun de connaissances, ça c'est clair et c'est ce qui peut parfois porter conséquence, c'est qu'on ne prête pas assez attention à certaines*

connaissances qui doivent être communes ... » (FG3) et ce « panel plus large de connaissances permettrait de faire évoluer le patient encore plus vite » (ENT3).

La capacité de synthèse a aussi été évoquée comme étant importante dans le processus de réadaptation, *« car c'est pouvoir ressortir ce qui est essentiel dans la prise en charge, de manière à pouvoir se focaliser sur la problématique en question » (FG1).*

c) Savoir-faire

Selon certains participants, la compétence du savoir-faire peut se développer lors de la pratique professionnelle, si la personne a d'autres compétences du domaine du savoir-être (FG2).

8) Développement de compétences

Le développement de compétences peut se réaliser au moyen de la CIP : *« Tu développes aussi les compétences par la collaboration, plus il y a de la collaboration, plus tu développes tes compétences. » (FG2).* Par exemple, la compétence « connaissances communes » permettent de *« se développer par le partage, par les groupes, ce qui permettra après de beaucoup plus participer à l'objectif » (FG3).*

Quand les participants ont été questionnés sur la manière dont l'organisation favorise le développement des compétences interprofessionnelles, il y a eu un certain consensus quant à la faible implication de l'institution (FG2). En réalité, il y a une imprégnation de la philosophie de chaque discipline : *« Un nouveau kiné va arriver, il va s'imprégner de la philosophie kiné, chacun va s'imprégner de la philosophie qui est finalement cette philosophie interprofessionnelle et donc, ça s'apprend entre nous, comment on fonctionne... » (FG2).* Il a donc une perception d'inexistence de stratégies de développement de compétences mises en place par l'institution : *« L'institution, je m'excuse, mais ne fait pas grand-chose, ils essayent, c'est encore une technique de sparadraps, ils te mettent une séance de communication non-violente à l'entrée et puis basta, ils considèrent que tu sais communiquer après ça » (FG3).*

19. Conclusion : liens entre les différentes catégories, sous-catégories et thèmes

Comme dans la CIP, lors des FGs et des entretiens, les participants faisaient des liens entre différentes catégories, sous-catégories et thèmes qui ont été identifiés lors de l'analyse.

La participation du patient est possible puisqu'il est capable de communiquer et cela se traduit notamment par un questionnement sur les activités que le patient réalise avec d'autres thérapeutes (ENT2).

La force de certaines disciplines (attribuée au nombre important d'éléments qui la constituent) va nuire au travail en équipe, dans le sens où c'est la décision de ces disciplines qui va primer sur celle de l'équipe, à cause du respect qui leur est attribué. La décision prise en équipe interdisciplinaire risque de ne pas être respectée par tous, occasionnant un sentiment de frustration, en plus d'être contreproductif pour la collaboration (FG3).

En outre, la personnalité de certains thérapeutes amène à ce que certains se donnent plus à cœur dans leur métier que d'autres et leur fort caractère leur confère un certain respect de la part des autres (FG4, ENT3).

Dans le thème « Favoriser l'appartenance du patient dans l'équipe interdisciplinaire », un patient a exprimé avoir un sentiment de non-appartenance du fait qu'il ne se sente pas écouté, surtout par le corps médical (FG4). En outre, il y a un lien entre la non-appartenance du patient à l'équipe interdisciplinaire et sa participation aux différentes discussions (FG3, ENT2).

La communication interprofessionnelle favorise l'appropriation de solutions (FG3). Finalement, le fait de savoir respecter les autres, les autres disciplines c'est ce qui fait la force d'une équipe (FG3).

20. Liens entre la collaboration et les compétences interprofessionnelles

Lorsque les participants ont été questionnés sur ce qu'était la CIP, certains l'ont tout de suite mise en relation avec les compétences interprofessionnelles. Pour certains, c'est un recouvrement de compétences, pour d'autres, c'est un partage de valeurs, d'expériences, de connaissances et de compétences. Il y a, ainsi, inévitablement, des liens qui sont réalisés entre certaines catégories, sous-catégories et thèmes concernant la CIP et ceux concernant les compétences interprofessionnelles.

Dans la sous-catégorie « Idéal patient versus idéal thérapeutes », un lien est fait entre le l'incapacité de lâcher prise et l'émergence de conflits dans l'équipe interdisciplinaire (ENT3).

En ce qui concerne la définition d'objectifs, leur atteinte est possible par un travail en équipe, moyennant des compétences communes et propres à chaque discipline (FG3).

En outre, il est important de montrer au patient qu'il y a une équipe qui l'entoure et qui se fait confiance, afin de l'amener le plus loin possible dans sa réadaptation (FG1). De plus, c'est à travers un travail en équipe que des liens se créent et qu'une confiance se développe (FG3).

Une mise en relation a été faite entre l'accès à l'information par le patient et les soins centrés sur la personne. Certains patients ont exprimé le droit d'avoir accès à des informations qui les concernent, ce qui n'est pas toujours respecté (FG4).

Dans la catégorie « Travail en équipe », nous avons pu constater un lien entre le travail ensemble, la transmission d'informations et la construction d'un projet commun. En réalité, le projet du patient se construit moyennant un travail en équipe, où chacun peut donner et recevoir des informations de chaque discipline (ENT2), mais pour travailler ensemble, il est important de comprendre le travail de l'autre (FG1).

La communication est mise en relation avec la confiance ; parfois, les professionnels de santé sont contredits par d'autres, ce qui peut provoquer une perte de confiance (FG1, FG4). Cette communication entre les différentes disciplines permet, aussi, un lâcher-prise (FG1).

Le thème « Capacité à se mettre en recul » a été mis en lien avec l'atteinte des objectifs interdisciplinaires. En fait, parfois, il est important de se mettre en recul par rapport à l'objectif individuel, pour s'investir dans l'objectif interdisciplinaire (FG3). La capacité d'être résilient permet la gestion du sentiment de frustration, évoqué lors du FG1.

En définitive, un rapport a été établi entre le savoir-faire et la confiance, puisque si le patient se rend compte que le thérapeute n'a pas de savoir-faire, il ne sentira pas en confiance (FG2).

Dans le savoir-être, nous retrouvons la capacité d'ouverture qui est mise en relation avec la recherche d'informations, le développement de compétences et la relation interprofessionnelle. Cette capacité d'ouverture amène la personne à chercher des informations sur un sujet méconnu. En outre, le contact avec d'autres thérapeutes aide à créer et développer une relation interprofessionnelle et finalement, à développer des compétences de l'ordre du savoir-être et du savoir-faire (ENT2).

SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET DISCUSSION

Après avoir réalisé l'analyse du corpus et présenté les résultats obtenus, une confrontation avec la littérature s'est imposée. De ce fait, dans ce chapitre, les principaux résultats ont été mis en exergue moyennant la mise en relation de la CIP avec les compétences interprofessionnelles.

Les résultats nous démontrent que dans le processus de réadaptation, la construction d'un projet thérapeutique centré sur les intérêts, besoins et priorités du patient, comme défini dans la convention de rééducation fonctionnelle de l'INAMI, est essentiel. Aussi, l'identification des besoins et perspectives du patient sont des éléments primordiaux, car cela se traduit, selon Whalley H. (2007 cit par Moreno A. et al., 2017), par un meilleur engagement de la personne dans son processus de réadaptation, par une confiance plus importante envers les différents soignants, ainsi que par de meilleurs résultats en termes de santé et une plus grande satisfaction.

Toutefois, certains soignants déclarent que souvent, ce projet n'est pas adapté au patient, car il ne répond pas à son idéal, mais à celui des thérapeutes. Selon d'Amour et al. (2008), la collaboration est souvent problématique, car les différents acteurs peuvent avoir des intérêts différents. Il est par conséquent important de les mettre en négociation, afin qu'ils puissent s'exprimer et être entendus par tous, pour affaiblir le sentiment de frustration qui peut apparaître chez les thérapeutes. En outre, les professionnels doivent avoir la capacité de lâcher prise lorsque les résultats obtenus ne sont pas en accord avec leur idéal, sinon des conflits peuvent apparaître, compromettant ainsi la CIP.

Un problème énoncé par différents professionnels concerne aussi le fait que la définition des objectifs avec le patient se réalise de manière « individuelle » avec chaque discipline, pour après en discuter en réunion interdisciplinaire, au staff d'étage, sans la présence du patient. Il y a donc un certain consensus pour dire que ces objectifs, souvent, ne sont pas clairs, ni communs, ni interdisciplinaires. En effet, selon le *Goal-Oriented Medical Care*, dans les domaines comme celui de la réadaptation, la dualité médecin/soignant-patient s'avère être insuffisante dans la définition des objectifs et leur poursuite. Il est par conséquent essentiel d'inclure les autres professionnels de santé ; « *A patient's/client's needs are determined by a collaborative assesment* » (RNAO, 2013). En outre, ce modèle préconise que la décision finale concernant la priorisation des objectifs et leur poursuite revienne toujours à la personne, même s'il y a un désaccord entre les différentes parties du corps médical. (Mold J.W., Blake G.H. et Becker L.A., 1991). De ce fait, les professionnels de santé doivent

pouvoir favoriser et soutenir la participation des patients à la définition des objectifs thérapeutiques, en équipe interdisciplinaire, de manière à respecter leurs demandes et décisions, comme il est indiqué par Kresps G.L. (2016). En plus, la participation de tous les acteurs de santé a aussi été retenue comme fondamentale dans la clarification des objectifs et dans le conséquent engagement dans leur poursuite, comme indiqué dans le *Goal-Oriented Medical Care*.

Un autre élément ressorti des résultats concerne le fait que les patients sont souvent contraints d'accepter ce que les soignants leur proposent. Les professionnels de santé parlent de l'existence d'un certain besoin de materner, ce que certains auteurs appellent « le paternalisme » (Dworkin, 1988 cit par Buchanan D.R., 2008). Il est ainsi intéressant de remarquer que malgré l'existence d'une évolution au niveau de la relation médecin/soignant-patient, cette approche paternaliste est encore bien ancrée dans les visions et pratiques actuelles, ce qui occasionne, selon les thérapeutes, des limites à la liberté du patient.

Il y a un certain consensus quant à l'impossibilité, dans certains cas, d'une participation effective du patient, surtout en début de réadaptation, amenant ainsi à un remplacement de la position du patient. Dans ces cas de figure, la famille pourrait y avoir une participation plus active, toutefois c'est au patient de décider et de nous informer de son souhait d'inclure ses proches/ famille dans ce processus.

Nous nous retrouvons conséquemment face à une dualité ; d'un côté, il y a ce remplacement de la position du patient par le soignant et de l'autre, la reconnaissance de l'intégration du patient, voire ses proches/ famille et de sa participation dans la réussite de son processus de réadaptation. En outre, les professionnels de santé sont d'accord pour dire que le patient est non seulement un partenaire, mais aussi un expert, ce qu'on peut retrouver dans le cadre de compétences de CIHC (2010) et dans les profils de compétences des professions des soins de santé. De ce fait, les professionnels de santé doivent pouvoir faire attention à ce que le patient reçoive un soutien singulier, non seulement au début, mais aussi tout au long de son processus de réadaptation. Ils doivent soutenir et favoriser l'implication des proches/de la famille quand le patient n'est pas capable de participer de manière active, comme l'expose Kreps G. L. (2016). Finalement, ils doivent pouvoir exercer une écoute active des besoins et priorités des patients, voire des proches/de la famille, favorisant ainsi un travail pro-actif en collaboration.

Les résultats montrent que le contact avec les proches/la famille offre une opportunité d'obtenir certaines informations sur le patient. De plus, la connaissance des proches/ famille permet, d'un côté, de comprendre le soutien social sur lequel le patient peut s'appuyer et de

l'autre, de pouvoir faire attention à leurs besoins, de manière à les apporter de l'aide, que ce soit au niveau psychologique, mais aussi au niveau de la transmission d'informations, ce qui corrobore avec la littérature trouvée (Moreno A. et al., 2017).

Les résultats mettent aussi en évidence l'importance de la connaissance mutuelle et de la confiance dans une CIP. En effet, il a été exprimé que la connaissance des compétences de sa propre discipline, ainsi que de celle des autres favorise la CIP. Outre ces compétences, un consensus s'est révélé sur l'importance de la connaissance du travail de l'autre et de l'autre, en tant que personne, pour optimiser la CIP. Toutefois, plusieurs professionnels se sont accordés pour dire qu'il y a un manque de connaissance, autant de l'autre que du travail de l'autre. Un patient a même déclaré, par une phrase assez révélatrice, que « *la main gauche ne sait pas ce que fait la main droite* » et donc, il n'y a pas de collaboration « assez forte » entre les différentes disciplines.

La confiance a aussi été évoquée comme étant un élément essentiel à la CIP. Cette confiance concerne non seulement les professionnels de santé, mais aussi les patients et la direction. Elle se bâtit au fil du temps, mais elle peut aussi vite se perdre. Un patient a exprimé avoir eu une perte de confiance, surtout envers le corps médical. Dans les dires du patient, cela pouvait être renvoyé à une incertitude quant aux compétences des professionnels, selon le modèle D'Amour et al. (2008). En effet, D'Amour et al. (2008) déclarent que la collaboration subsiste lorsqu'il y a une confiance envers ses compétences et celles des autres, ils expliquent « *professionals must know each other personally and professionally if they are to develop a sense of belonging to a group and succeed in setting common objectives* ».

Ces considérations nous amènent, par ailleurs, à la capacité des professionnels de santé à travailler ensemble. En effet, l'importance de mettre en commun les savoirs et les spécificités de chacun au profit du patient et de son processus de réadaptation, et cela dans un travail en équipe, comme constaté dans la revue systématique réalisée par Köner M. et al. (2016), a été énoncée. De plus, un thérapeute a identifié la volonté de travailler ensemble, qui semble être un élément fondamental dans la mise en œuvre d'une pratique collaborative (Asmar M.K. et Wacheux F., 2007).

La cohésion entre thérapeutes a aussi été désignée comme élément important dans le travail en équipe. Toutefois, les patients déclarent qu'il existe une sorte d'individualité de chaque discipline qui nuit au travail en équipe et par conséquent, au processus de réadaptation. Certains thérapeutes ressentent une sorte de disproportion concernant le pouvoir décisionnel entre les disciplines qui contiennent un nombre plus important de professionnels et celles qui en contiennent un nombre plus faible. Parfois, une plus grande légitimité peut être attribué à

de grandes équipes (Trognon A. et Dessagne L., 2003). Mais d'autres thérapeutes ajoutent que cette influence est surtout attribuable à la personnalité des thérapeutes. Dans une équipe, chaque individu apporte certaines caractéristiques, notamment la personnalité, qui peuvent avoir une influence sur la CIP (Trognon A. et Dessagne, 2003).

En ce qui concerne la place du patient au sein de l'équipe interdisciplinaire, les avis divergent. Il est intéressant de constater que selon les managers, le patient est au centre de l'équipe, mais quand on regarde les témoignages des différents soignants, le patient est plutôt placé à la frontière de l'équipe interdisciplinaire, puisqu'il y a un manque d'attention qui lui est apporté et sa faible participation à différents moments d'échanges interdisciplinaires est aussi rapportée. De leur côté, certains patients se disent inclus dans l'équipe interdisciplinaire et d'autres pas. Ce manque de consensus a éveillé en moi une question : est-ce que les managers, les professionnels de santé et les patients ont une même perception de l'appartenance à l'équipe interdisciplinaire ? Cette question a aussi été identifiée par Soklaridis S. et al. (2017), mais elle n'a pas été approfondie dans cette étude.

Le sujet de l'échange d'informations a été fortement discuté par les professionnels et les patients. Un des soignants a déclaré que c'est lors de ces moments que la CIP s'opère de manière formelle. L'institution propose ainsi différents moments de rencontres interdisciplinaires, mais ceux qui méritent le plus notre attention concernent le staff d'étage et les réunions de famille.

De ce fait, les patients ont une participation plus active lors des réunions de famille, contrairement à celle au staff d'étage, mais certains problèmes ont été soulevés. Tout d'abord, celles-ci ne se réalisent pas chez tous les patients, souvent elles sont programmées lorsqu'un problème est survenu au cours de la réadaptation et donc, le *timing* est contesté, puisque pour certains professionnels, elles devraient être réalisées pour tous les patients et plus tôt dans la période d'hospitalisation, de manière à impliquer plus précocement le patient et leurs proches/ leur famille dans son processus de réadaptation.

Plusieurs éléments concernant le staff d'étage ont aussi particulièrement retenu l'attention. Tout d'abord, certains professionnels qui participent à cet échange interdisciplinaire ne sont pas dotés d'informations plus détaillées concernant les patients, puisqu'ils ont un moindre contact avec eux dans la pratique quotidienne. De plus, un patient a soulevé un aspect très révélateur, qui concerne le fait que parfois, les thérapeutes qui représentent les patients lors de ces moments n'ont jamais travaillé avec eux. Ces constats mettent ainsi en évidence une perte d'informations et une transmission d'informations qui risquent d'être incomplètes et pas toujours proches de la réalité, ce qui rejoint le fait d'avoir des objectifs qui ne sont pas

toujours clairs ni communs. « *It is important for team members to provide usable health information that can lead to important team decisions about addressing health issues* » (Kreps G. L., 2016).

En outre, nous retrouvons la remarque du manque d'outils d'échange d'informations, ce qui a un impact négatif sur la CIP. Le besoin d'avoir un dossier global informatisé, comme moyen d'avoir accès à des informations concernant le patient et son processus de réadaptation, a été exprimé. Les professionnels ont aussi expliqué que les patients ont des affinités avec certains thérapeutes. Cette affinité est vue, par certains, comme une opportunité d'accès à des informations sur les patients et ces professionnels peuvent être reconnus comme des porte-paroles de ceux-ci dans l'équipe interdisciplinaire.

Cette dimension de *Formalisation*, qui inclut l'échange d'informations et les outils, permet, selon D'Amour et al. (2008), de clarifier les responsabilités des différents acteurs. L'importance de reconnaître son propre rôle et celui des autres de manière à porter un éclairage sur les responsabilités de chacun et d'estomper la confusion qui souvent se soulève quant au rôle du patient et celui d'être un « bon patient » a aussi été exprimée par les professionnels. Il ne faut pas oublier le rôle des proches/de la famille ; un patient a expliqué que son épouse est son épouse et non son infirmière. En lien avec la clarification des rôles, nous retrouvons la surcharge de travail, qui peut à son tour être en rapport avec le manque de temps. En effet, l'existence d'une multiplication des rôles qui amène à un manque de temps pour s'investir sur sa/ses responsabilité(s), mais aussi pour mener des discussions avec d'autres acteurs, a été avancée.

Sir Wilfrid Laurier déclare que « *La seule façon de défendre ses idées et ses principes est de les faire connaître* » et cela, grâce à la communication. De ce fait, la capacité de communiquer de manière efficace a été reconnue comme une compétence essentielle si on veut optimiser une CIP. Elle se trouve dans les différents profils de compétences des professionnels de la santé, mais aussi dans le NICF (CHIC, 2010), qui la place comme étant transversale à tous les autres domaines de compétences.

Les professionnels ont témoigné de l'importance de pouvoir s'exprimer de manière efficace, qui comprend le fait d'avoir une clarté de discours et d'utiliser le bon canal de communication en vue de faire percevoir correctement le message transmis par l'émetteur. Ces éléments rejoignent la littérature (RNAO, 2013). Dans les résultats, nous retrouvons également la cohérence comme étant une caractéristique qui favorise la confiance et la crédibilité du professionnel.

La capacité d'écouter l'autre de manière active est aussi une compétence qui a des répercussions importantes sur la collaboration. En effet, il est essentiel que tous les acteurs puissent être capables d'entendre les autres, de manière à pouvoir intégrer les informations partagées et ainsi, trouver des solutions qui traduisent les différentes visions et agir en conséquence (Dielement et al., 2004 cit par Kreps G.L., 2016). Toutefois, il y a un sentiment partagé d'existence d'un manque d'écoute et d'un manque de communication entre les thérapeutes, surtout à cause du manque de temps et de moments d'échange. Ces moments sont considérés comme étant importants puisque la communication favorise la connaissance de l'autre, du travail de l'autre et par conséquent, la confiance et le respect, comme le mentionnent Collette A. et al. (2017), Kreps G.L. (2016) et RNAO (2013).

En lien avec la communication, nous retrouvons, dans les résultats, la capacité des professionnels à faire face à de possibles conflits. En réalité, lorsqu'un conflit surgit, il est important d'apprécier son origine et sa nature positive, puisqu'il est « *an essential part of health care team process for enabling teams to make good decisions* » (Kreps G.L., 2017). Mais il peut aussi être néfaste pour une équipe quand sa gestion n'est pas adéquate, situation évoquée par des thérapeutes et retrouvée dans la littérature (RNAO, 2013). En réalité, il y a un certain consensus pour dire que le conflit, la plupart du temps, n'est pas résolu et souvent, il est même « étouffé ». Les professionnels, entre eux, essaient de trouver une entente sur base du dialogue ; solution qui n'est pas appréciée et vue comme inefficace dans une grande majorité de situations. En effet, pour dialoguer, il faut savoir communiquer et pour cela, le besoin d'avoir des formations en continu, afin de travailler et d'améliorer les compétences en communication, a été exprimé. De plus, il faut réaliser un travail en amont de manière à identifier les besoins des équipes et avoir une vision à moyen et à long terme, afin d'anticiper les éventuels problèmes et ainsi, apporter des solutions.

Un autre élément important dans la CIP concerne le leadership. Selon CIHC (2010) et Kreps G.L. (2016), un leader doit pouvoir faciliter une prise de décisions collaborative, favorisant les discussions et la gestion de possibles conflits qui surgissent. Toutefois, il a été énoncé par les professionnels que l'existence d'un leadership autoritaire nuit à la CIP et atteint la motivation des soignants. Malgré la persistance de ce genre de leadership, quelques soignants ont déclaré que lors des rencontres interdisciplinaires, il y a un climat de collaboration où il est possible de percevoir un certain leadership partagé entre les différents professionnels, ce qui est décrit dans les *guidelines de Developing and Sustaining Interprofessional Health Care*, développées par la RNAO (2013).

Lorsqu'on introduit le sujet de l'innovation, il y a consensus quant au fait d'avoir un certain manque de soutien que ce soit des collègues, mais aussi hiérarchique. Il est intéressant de constater que l'identification des besoins, la planification et l'introduction de changements se réalisent à l'intérieur d'une équipe et c'est seulement après qu'il y a une communication avec la hiérarchie.

Les professionnels s'accordent pour dire que l'identification et l'établissement des priorités dans l'institution ne sont pas communiqués aux professionnels de terrain et qu'il n'y a pas de concertation non plus avec eux pour l'identification des besoins et l'établissement de ces mêmes priorités. Par conséquent, le sentiment d'un manque de vision commune et d'un manque de partage du « même covenant » entre l'autorité la plus haute de la hiérarchie et les professionnels de terrain persiste. Or, l'autorité centrale a un rôle stratégique et politique important dans l'orientation et l'implantation de structures de collaboration (D'Amour et al., 2008), mais le problème réside aussi dans le fait que dans le milieu hospitalier, nous retrouvons une double hiérarchie : médicale et administrative avec des priorités et intérêts différents (Asmar M.K. et Wacheux F., 2007). Certains acteurs de santé ont la perception de que la direction s'intéresse plutôt à la rentabilité et pousse les professionnels dans ce sens, au détriment de la qualité des soins.

Nous pouvons ainsi remarquer que le partage est un élément important qui favorise la collaboration. Nous retrouvons dans les résultats le partage de valeurs et d'expériences comme éléments essentiels à la CIP, ce qui rejoint la littérature (RNAO, 2013 ; Henneman et al., 1995 cit par Asmar M.K. et Wacheux F., 2007). En réalité, une organisation qui « *favorise la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance est essentielle au développement de la collaboration* » (Asmar M.K. et Wacheux F., 2007). Toutefois, ce partage de valeurs est aussi essentiel à un niveau micro, entre les professionnels des différentes disciplines, ce qui n'est pas évident, puisque chacun et chaque discipline a un *background* culturel avec des valeurs qui peuvent diverger, comme explicité dans les écrits (Kreps G.L., 2017 ; Asmar M.K. et Wacheux F., 2007). Il est dès lors important de respecter cette culture professionnelle et les valeurs de chacun comme le stipule *The British Columbia Competency Framework for IPC* (2008, cit par RNAO, 2013).

En réadaptation, travailler en interdisciplinarité est reconnu, par les professionnels, comme primordial, mais pour cela, il faut que l'institution y accorde de l'importance et des moyens. En effet, la collaboration permettrait d'apporter une attention toute particulière aux patients et par conséquent, de procurer des meilleurs soins. *A contrario*, les dysfonctionnements entraîneront la réadaptation vers le bas.

Lorsque la CIP a été évoquée lors des FGs, un professionnel a déclaré qu'elle se définissait comme un recouvrement de compétences, c'est-à-dire que nous retrouvons des compétences spécifiques à chaque discipline, mais aussi des compétences qui sont communes, des compétences transdisciplinaires. Selon D'Amour D. (1997), « *l'interdisciplinarité évoque non pas uniquement une pluralité ou une juxtaposition, une addition de disciplines, il évoque un espace commun* ».

Les compétences peuvent ainsi être de l'ordre du savoir, du savoir-faire ou du savoir-être (Spori T., 2019). Ces trois types de compétences ont été évoquées par les participants. Les savoirs renvoient aux connaissances, identifiées comme étant essentielles pour optimiser le processus de réadaptation. Il est important d'avoir des connaissances de sa propre discipline, mais aussi des connaissances communes. En outre, la capacité de synthèse, afin de permettre un focus sur la problématique en question, a été discutée. Le savoir-faire, ou les compétences techniques ont aussi été repérés, mais un accent tout particulier a été mis sur les compétences de type « savoir-être ». Nous retrouvons ainsi :

- La capacité à être ouvert d'esprit par rapport à d'autres idées, à d'autres idéaux qui peuvent être différents des nôtres ;
- La capacité à avoir une écoute active, en apportant une attention toute particulière à d'autres perspectives ;
- La capacité à être bienveillant et capable d'éprouver de l'empathie et de l'intérêt à l'autre, comme compétences relationnelles importantes dans la collaboration ;
- La capacité à faire preuve d'humanité et de patience envers les patients ;
- La capacité à respecter l'autre, les savoirs de l'autre, les idées de l'autre, ... Toutes ces compétences sont aussi retrouvées dans la littérature (Kreps G.L., 2017 ; HAS, 2015 ; CIHC, 2010).

Un autre aspect exposé concerne le fait que les compétences techniques, du type « savoir-faire », peuvent être développées grâce au savoir-être et à un travail en collaboration, puisque « *la compétence individuelle se développe au sein de collectifs* » (HAS, 2015). A son tour, le savoir-être peut être développé au moyen du processus de réflexivité. Ce processus promeut une conscience de soi, de ses propres valeurs, représentations et conséquemment de son identité professionnelle. La réflexivité permet « *..d'apprendre à décoder ce que la pratique lui [acteur de santé] suscite sur le plan psychoaffectif...* » (Chouinard I. et Caron J., 2015). Il favorise ainsi l'interaction avec autrui et l'établissement d'une relation, si importante dans la réussite du processus de réadaptation (Chouinard I. et Caron J., 2015).

Je souhaiterais maintenant attirer l'attention du lecteur sur le repérage de la gestion émotionnelle, comme étant une compétence importante dans la CIP et dans l'optimisation du processus de réadaptation. Cette catégorie a émergé de l'analyse du corpus, et peut être renvoyée à ce que certains auteurs appellent « compétences émotionnelles » ou, par leur synonyme, « intelligence émotionnelle » (Mikolajczak M., 2019). En réalité, les compétences émotionnelles peuvent être décrites comme des *soft skills* (Showry et Manasa, 2014 cit par Beckham R. et Riedford K, 2017) et correspondent à la manière dont une personne identifie, exprime, comprend, régule et utilise ses émotions et celles des autres, dans les relations avec autrui et cela, dans des situations potentiellement émotionnelles (Mikolajczak M., 2019). De ce fait, les compétences émotionnelles ont une influence dans la collaboration et elles permettent « *greater ability to regulate their emotions should help them to put emotions aside when necessary.* » (Milkolajczak M. et al., 2012) et ainsi, les patients peuvent profiter des expériences professionnelles et non de l'émotionnel du professionnel, comme exprimé par un manager.

La capacité à se remettre en question a aussi été identifiée, surtout lorsqu'un échec surgit dans l'atteinte d'un objectif. Selon certains auteurs (Showry et Manasa, 2014 cit par Beckham R. et Riedford K., 2017), « *Introspection is necessary to begin mouvement toward emotional competence* ».

La résilience comme capacité « *fait référence à l'habilité de l'individu à s'adapter aux changements et aux événements stressants de manière saine et à réussir, en dépit de l'adversité* » (Radford L., Marin-Tamayo J. et Simbagoye A., 2018). Elle apparaît ainsi comme un moyen de faire face au sentiment de frustration qui survient lorsque l'idéal du professionnel n'est pas accompli. En outre, nous retrouvons la capacité de se mettre en recul et le besoin de s'exprimer lorsqu'un problème, une situation potentiellement stressante survient.

De ce fait, la capacité de se remettre en question et de se mettre en recul nous renvoi à la capacité réflexive. Selon Lafortune L. (2015), la réflexivité a pour nature un « regard méta » qui présume une mise à distance « *...de ses choix d'actions, de son processus d'apprentissage, de sa démarche de prise de décision, du développement de ses pensées et idées ainsi que de son processus de création* ». Le développement d'une attitude réflexive permettra aux différents acteurs de soins une meilleure adaptation à chaque situation singulière et ainsi porter un regard non seulement aux compétences du type savoir-faire, autrement dit à la « *...capacité de bien faire ce qu'il a à faire* » (Hesbeen W., 2017), mais

aussi à ce que cet autre, ses proches/ sa famille ont à vivre ensemble dans la singularité de la condition qu'ils partagent (Hesbeen W., 2017).

Les résultats montrent que moyennant la CIP, les compétences peuvent se développer, comme il a été identifié par Pype P. et al. (2018) dans leur étude. De plus, les interactions permettent de « *réguler les problèmes de compétences, qu'il s'agisse de compétences techniques ou de savoir-être* » (HAS, 2015).

Un manque d'investissement au niveau organisationnel dans le développement des compétences interprofessionnelles a également été mentionné. En réalité, les professionnels expliquent qu'il y a une imprégnation de la philosophie de chaque discipline, il n'y a pas vraiment de stratégies de développement des compétences mises en place par l'institution. Or, les compétences interprofessionnelles sont étroitement reliées à la manière dont la CIP est conduite et comme le mentionne Bainbridge L. et al. (2010), « *the competencies for interprofessional collaboration are essential for current and future practice* ».

21. Pistes d'amélioration

Après la synthèse des principaux résultats et de leur confrontation avec la littérature, il m'a semblé pertinent de mettre en avant les recommandations ressorties de l'analyse du corpus et celles qui ont été avancées par les différents acteurs de santé et patients. Ces recommandations sont perçues comme des éventuelles solutions à une optimisation de la CIP, au sein du CTR et se rapportent à :

- La création de moments d'échange entre les professionnels. Ces moments favoriseraient la communication entre les professionnels et par conséquent, la connaissance de l'autre et du travail de l'autre, permettant le développement de la confiance et du respect.
- La création de moments de réflexion autour des rôles de chacun. Cette réflexion collective permettrait une clarification et une reconnaissance de ses rôles ainsi que ceux des autres, de manière à pouvoir les intégrer dans un ensemble cohérent de prestation de soins et ainsi atténuer le cumul et la multiplication de ces mêmes rôles.
- La création des espaces collectifs de réflexion. Ils permettraient d'un côté le développement et la définition de l'identité professionnelle de chacun, favorisant ainsi l'adaptation des professionnels aux contingences de leur pratique singulière, en collaboration.
- La mise en place de *team-buildings*. Ils permettraient non seulement la connaissance de l'autre, mais favoriseraient aussi le développement des compétences émotionnelles.

- La mise en place de formations en continu. Ces formations ont un côté formateur, mais elles permettent aussi le partage d'expériences, de points de vue, de culture et valeurs professionnelles, favorisant l'acquisition et le développement de connaissances et de valeurs communes. L'une des formations demandées concerne la communication.
- L'investissement dans des outils d'échange d'informations qui répondent aux besoins des équipes. Ils permettraient d'avoir un partage plus efficace d'informations concernant les patients et d'optimiser le temps de recherche d'informations, d'encodage de données et de prise en charge des patients.
- L'établissement d'un contact plus proche entre la hiérarchie et les professionnels de terrain, de manière à développer une même vision de la réadaptation et un partage des mêmes valeurs et intérêts.
- L'identification d'un référent patient. Il permettrait d'améliorer le contact avec le patient et ainsi, de le connaître plus finement, afin de personnaliser au maximum son projet thérapeutique.
- La mise en place d'un travail en doublon. Ceci favorisait la CIP, la connaissance du travail, du/des rôle(s) de l'autre et par conséquent, la confiance. Mais une réorganisation des soins doit être envisagée, ce qui n'est pas du tout évident à cause d'une certaine résistance au changement qui existe.

CONCLUSION

La LME est une condition neurologique complexe qui bouscule soudainement la vie de la personne et de son entourage. Elle entraîne des changements majeurs à tous les niveaux de la vie de la personne. Un accompagnement des patients, des proches/ de la famille, dès la phase aiguë, est donc attendu et assuré par différents acteurs de différentes disciplines, de manière à ce que la personne puisse réussir son processus de réadaptation et ainsi parvenir à un niveau maximum d'autonomie.

Ce processus de réadaptation est long et complexe, impliquant une collaboration entre plusieurs professionnels de différents domaines. Il est ainsi important de connaître les compétences qui amènent à l'optimisation de la CIP en réadaptation.

De ce fait, en débutant cette étude, quelques questions, auxquelles je voudrais apporter une réponse à ce stade-ci, ont été soulevées. Les voici :

- *Comment les managers, les professionnels de la santé et les patients atteints d'une LME perçoivent-ils, par leur expertise et leur expérience, la CIP au sein du CTR ?*
- *Quelles sont les compétences interprofessionnelles considérées comme étant importantes dans le processus de réadaptation auprès des blessés médullaires par les managers, les professionnels de la santé et les patients ?*
- *De quelle manière les compétences interprofessionnelles peuvent-elles influencer le processus de réadaptation ?*

Différents acteurs de santé et patients avec une LME, ont participé à cette recherche qualitative bâtie sur des FGs et des entretiens semi-directifs. Il a été mis en évidence qu'un travail en réadaptation est envisageable moyennant un travail en interdisciplinarité ; cette interdisciplinarité n'est possible que via la CIP. Ainsi, la collaboration est retenue comme ayant une influence majeure sur la réadaptation, puisqu'elle permet d'apporter une attention toute particulière aux patients et par conséquent, de leur procurer les meilleurs soins.

C'est lors des échanges interdisciplinaires que la CIP se déroule de manière formelle. Toutefois, certains problèmes ont été soulevés, surtout par rapport à la participation et à l'organisation de ces moments d'échange. En outre, il faudrait que l'institution accorde de l'importance et des moyens à la CIP. Un manque de vision commune et l'inexistence d'une même trame dans la réadaptation ont été constatés. L'identification et l'établissement des priorités ne sont pas communiqués ni réalisés en concertation avec les professionnels du terrain, or, selon Asmar M.K. et Wacheux F. (2007), lorsqu'une organisation a pour philosophie « *la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance* », cela

encourage la CIP. De plus, les patients considèrent qu'il n'y a pas de collaboration « assez forte » dans l'institution, notamment à cause d'un manque de connaissance de l'autre et du travail de l'autre. Une sorte « d'individualité » dans chaque discipline a aussi été témoignée par les patients.

De ce fait, certaines pistes d'amélioration ont été proposées par les participants et d'autres sont ressorties de l'analyse des résultats et leur confrontation avec la littérature.

Relativement aux compétences interprofessionnelles, un référentiel de compétences a été élaboré (voir Annexe 8) et sera discuté auprès des entités responsables de la coordination des équipes interdisciplinaires au CTR. Ce cadre de compétences a été inspiré du NICF (CIHC, 2010) et des dimensions proposées par D'Amour et al. (2008) et il a tenu compte des résultats obtenus par cette étude.

Ainsi, comme dans le NICF (CIHC, 2010), il est composé de deux domaines principaux : la communication interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne et ses proches, qui sont transversaux à tous les autres : la clarification des rôles et la connaissance mutuelle ; le travail en équipe ; le leadership collaboratif ; la résolution des conflits et la gestion émotionnelle.

La communication interprofessionnelle est une dimension identifiée comme étant essentielle à la connaissance de l'autre, du travail de l'autre et de ses rôles. Elle favorise le travail en équipe, le contact avec autrui, la confiance et le respect. De plus, c'est par la communication et le partage qu'un leadership collaboratif peut avoir lieu. Finalement, elle a aussi été reliée à la gestion émotionnelle, notamment dans le besoin de s'exprimer lorsqu'un problème surgit.

A son tour, le domaine des soins centrés sur la personne et ses proches est aussi transversal puisque c'est pour et avec le patient que le travail des professionnels se réalise. Les objectifs et le plan thérapeutique doivent être définis pour et avec la personne, voire avec les proches/la famille, en équipe interdisciplinaire. Il est par conséquent fondamental de non seulement avoir une connaissance plus fine du patient, de ses besoins, de ses souhaits, mais aussi de favoriser son inclusion dans le travail en équipe. En outre, les compétences émotionnelles vont favoriser la relation médecin/soignant-patient, puisqu'elles permettent la reconnaissance, la compréhension, la gestion et l'utilisation de ses émotions et des autres dans des situations potentiellement émotionnelles. De ce fait, le patient peut profiter de l'expertise et des connaissances du soignant et non de son émotionnel. En plus, le soignant peut aider le patient à canaliser ses émotions, de manière à favoriser son processus de réadaptation.

Ainsi, tous ces domaines de compétences se trouvent dans un ensemble intégré ayant pour but l'optimisation de la CIP et c'est par la CIP qu'on peut espérer la réussite du processus de réadaptation.

Cette étude a été très enrichissante puisqu'elle a permis de mettre en avant l'importance de la collaboration dans ce domaine complexe qu'est la réadaptation. De plus, elle a mis en lumière les éléments qui composent les compétences reconnues comme étant essentielles à la CIP. Nous retrouvons le partage de valeurs, d'expériences, la communication, la relation avec autrui, que ce soit avec le patient ou les professionnels de santé et les compétences émotionnelles, qui sont une nouvelle dimension qui a émergé des témoignages. Il est aussi intéressant de constater que malgré l'importance des soins (au pluriel) dans le processus de réadaptation, un intérêt majeur s'est montré pour le prendre soin (au singulier), autrement dit l'intérêt que l'on doit porter pour cette personne atteinte d'une LME, ses proches/sa famille. Une mise en évidence a ainsi été aperçue sur les compétences de type « savoir-être ».

Toutefois, une étude qui vise la compréhension plus fine sur le développement des compétences du type savoir-être au niveau des formations initiales, pourrait apporter un complément aux résultats obtenus dans cette étude-ci.

Une étude plus approfondie reprenant les rencontres interdisciplinaires s'avère aussi pertinente, de manière à mieux comprendre les problématiques qui ont été mises en exergue dans cette étude et à apporter des solutions plus précises, afin d'optimiser ces moments si importants dans la transmission et l'obtention d'informations essentielles à la planification du projet thérapeutique, à la détermination des objectifs du patient et au déroulement du processus de réadaptation.

Il serait aussi intéressant de considérer les points de vue des proches/de la famille quant aux répercussions que la LME provoque chez eux, la manière dont ils prennent part dans le processus de réadaptation et l'impact des décisions prises concernant le patient sur la famille. Ces nouveaux témoignages pourraient apporter de nouvelles précisions à ce sujet.

Cette étude s'est focalisée sur la collaboration au sein du CTR, mais une étude à un niveau méso, qui inclut d'autres institutions, associations externes au CTR, pourrait s'avérer intéressante, de manière à comprendre comment la collaboration se déroule et identifier les compétences tenues comme importantes dans cette collaboration plus élargie.

Pour conclure, je voudrais reprendre une phrase de Romelaer (2002 cit par Asmar M.K. et Wacheux F., 2007) : *« La plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de*

plusieurs personnes. » Dès lors, la collaboration et les compétences qui la favorisent sont des moyens par lesquels l'excellence dans notre pratique soignante peut être envisagée.

BIBLIOGRAPHIE

- Alizo G. et al. (2018). Multidisciplinary team approach to traumatic spinal cord injuries: a single institution's quality improvement project. *European Journal Trauma and Emergency Surgery*. 44, 245-250. DOI: 10.1007/s00068-017-0776-8
- Aujoulat I. (2018). *Comportements et Compétences en Santé*. Unpublished documents, Université Catholique de Louvain.
- Arrêté Royal du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques. Moniteur belge, 4 septembre, p. 23427. Retrieved from : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996070841&table_name=loi
- Asmar M.K. & Wacheux F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. HAL archives-ouvertes.fr. Retrieved from: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>
- Bainbridge L., Nasmith L. Orchard C. & Wood V. (2010). Competencies for Interprofessional Collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*. 24(1), 6-11. DOI: 10.1097/00001416-201010000-00003
- Beckham R & Riedford K. (2017). Emotional Competence: demonstrated performance. *MEDSURG nursing*.26(2), 72-82. Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.bib.ucl.ac.be/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7befc814-0a6c-4bda-96d7-fff7160538cb%40sdc-v-sessmgr02>
- Bedwell W. L., Wildman J. L., DiazGranados D., Salazar M., Kramer W. S. & Salas E. (2012). Collaboration at work: an integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*. 22, 128-145. DOI: 10.1016/j.hrmr.2011.11.007
- Bekhet A.K. & Zauszniewski J.A. (2012). Methodological triangulation: an approach to understanding data. *Nurse Researcher*, 20(2), 40-43. DOI: 10.7748/nr2012.11.20.2.40.c9442
- Bourke J.A., Nunnerley J.L., Sullivan M. & Derrett S. (2018). Relationships and the transition from spinal units to community for people with a first spinal cord injury: A New Zealand qualitative study. *Disability and Health Journal*. 12, 257-262. DOI:10.1016/j.dhjo.2018.09.001

- Buchanan D. R. (2008). Autonomy, Paternalism, and Justice : ethical priorities in Public Health. *American Journal of Public Health*. 98(1), 15-21. Retrieved from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2007.110361>
- Byrnes M., Beilby J, Ray P., McLennan R., Ker J. & Schug S. (2012). Patient-focused goal planning process and outcome after spinal cord injury rehabilitation: quantitative and qualitative audit. *Sage Journal*. 26(12), 1141-1149. DOI: 10.1177/0269215512442669
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Retrieved from: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>
- Careau E. Processus de Collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires [Thèse de doctorat en médecine expérimentale]. Québec : Université Laval ; 2013.
- Careau E., Brière N., Houle N. Dumont S., Vincent C. & Swaine B. (2014). Interprofessional collaboration : development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*. Early Online: 1-7. DOI: 10.3109/09638288.2014.918193
- Centre de Traumatologie et Réadaptation (s.d.). Projet médical institutionnel. Unpublished documents. Bruxelles
- Chaire Be.Hive. Site internet officiel. Retrieved from : <http://www.be-hive.be>
- Chouinard I. & Caron J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité. *Revue Phronesis*. 4(3), 11-21. Retrieved from : https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-phronesis-2015-3-page-11.htm#xd_co_f=ODgyODZiMzQtZjQxOS00NjdmLWFhMzMtNzc5YzJkMTJhYTJhYTRi
- Collette A. E., Wann K., Nevin M. L., Rique K., Tarrant G., Hickey L. A. et al. (2017). An exploration of nurse-physician perception of collaborative behavior. *Journal Of Interprofessional Care*. 31(4), 470-478. <http://dx.doi.org/10.1080/113561820.2017.1301411>
- Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (2016). Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable des soins généraux. Retrieved from : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_professionnel_et_compétences_inf_soins_generaux_12_janvier_2016_fr.pdf
- Conseil Fédéral de la Kinésithérapie (2016). Le profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020. Retrieved from :

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/pcp_kine_2020.pdf

- Couture C. (2010). Adaptation et résilience : favoriser la recherche de sens chez les personnes atteintes de sclérose en plaques. *Frontières*. 22(1-2), 27-34. DOI : <http://doi.org/10.7202/045024ar>
- Cultiaux J. (2017). *Introduction à la sociologie des organisations*. Unpublished documents, Université Catholique de Louvain.
- D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne au Québec [Thèse de doctorat en santé publique]. Montréal : Université de Montréal; 1997
- D'Amour D., Ferrada-Videla M., Rodriguez L. SM. & Beaulieu MD. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 1, 116-131. DOI: 10.1080/13561820500082529
- D'Amour D., Goulet L., Labadie JF., San Martín-Rodriguez L. & Pineault R. (2008). A Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 8(1), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- Devailly J.-P. et Josse L. (2011). Réadaptation : du bon usage des concepts en MPR. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54S, e281-e283. DOI: 10.1016/j.rehab.2011.07.054
- DiazGranados D., Dow A. W., Appelbaum N., E Mazmanian P. et M Retchin S. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings: a qualitative exploration. *Journal of Interprofessional Care*. 32(2), 151-159. DOI: 10.1080/13561820.2017.1383886
- Didier A. et al. (2017). Patient perspectives on interprofessional collaboration between healthcare professionals during hospitalization: a qualitative systematic review protocol. *The Joanna Briggs Institute*. 15(8), 2020-2017. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003302
- Dupuis M., Raymond G. & Hesbeen W. *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne*. Paris : Seli Arslan, 2015. 189 p.
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe: introductions, executive summary and methodology. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54(2), 125-155. DOI:10.23736/S1973-9087.18.05143-2

- Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes (2017-18). Profil de compétences de l'Ergothérapeute. Retrieved from : <https://www.ergo-upe.be/?q=node/1385>
- Ferron M. La relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique [Mémoire de master en Anthropologie option Médicale]. Montréal : université de Montréal ; 2011
- Flood B., Smythe L., Hocking C. & Jones M. (2019). Interprofessional practice: beyond competence. *Springer*. 24, 489-501. <http://doi.org/10.1007/s10459-019-09879-4>
- Guest G., Namey E., Taylor J., Eley N. & McKenna K. (2017). Comparing focus groups and individual interview: findings from a randomized study. *International Journal of Social research Methodology*. 20(6), 693-708. DOI: 10.1080/13645579.2017.1281601
- Haute Autorité de Santé (2015). Contribution aux travaux de la grande conférence de la santé : évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé. Position de la haute Autorité de Santé. Retrieved from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/contribution_aux_travaux_de_la_grande_conference_de_la_sante_evaluation_des_compетенences_des_professionnels_de_sante_positi.pdf
- Haute Autorité de Santé (2015). Rapport d'étude : évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé, revue de la littérature. Retrieved from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_1_evaluation_des_compетенences_des_professionnels.pdf
- Hesbeen W. *Humanisme soignant et soins infirmiers : « un art du soignant »*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. 167p.
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (2005). Convention de rééducation fonctionnelle. Retrieved from : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_troubles_locomoteurs.pdf
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (s.d.). *Projets Protocole 3*. Site officiel. Retrieved from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx>
- Kendall E., Muenchberger H., Catalano T., Amsters D., Dorsett P. & Cox R. (2011). Developing core interprofessional competencies for community rehabilitation practitioners: findings from Australian study. *Journal of Interprofessional Care*. 25, 145-151. DOI: 10.3109/13561820.2010.523651

- Kiekens C. et al. (2007). *Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. KCE Reports 57B*. Retrieved from : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20071023019.pdf>
- Kohn L & Christiaens W. (2012). *L'utilisation des méthodes qualitatives dans les études du KCE*. Retrieved from : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_187B_methodes_qualitatives.pdf
- Kornhaber R. Wiechule R. & McLean L. (2015). The effectiveness of collaborative models of care that facilitate rehabilitation from a traumatic injury: a systematic review protocol. *JBIC*. 13(4), 100-113. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-2383
- Körner M., Bütof S., Müller C., Zimmermann L. Becker S. & Bengel J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *Journal of Interprofessional Care*. 30(1), 15-28. DOI: 10.3109/13561820.2015.1051616
- Kreps G. L. (2016). Communication and Effective Interprofessional Health Care Teams. *International Archives of Nursing and Health Care*. 2(3), 2-6. Retrieved from: <https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-051.pdf>
- Lafortune L. *L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé : des applications en éducation et en formation*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2015. 256 p.
- Lee B.B., Cripps R.A., Fitzharris M. et Wing P.C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*. 52, 110-116. DOI: 10.1038/sc.2012.158
- Lecocq Dan et Néron André. (2018). Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé. *ABD*. 61(6), 27-33. Retrieved from : <https://difusion.ulb.ac.be/vufind/Record/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/277974/Holdings>
- Lejeune T. (2001). Réadaptation: l'usage des mots en Belgique. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 54S, e281-e283. DOI: 10.1016/j.rehab.2011.07.054
- Loi n° 155 du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (2015) Moniteur belge, 18 juin, p. 35172 Retrieved from : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2015051006&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F&pdf_page=2&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/06/18_1.pdf](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(%27%27))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2015051006&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F&pdf_page=2&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/06/18_1.pdf)

- Macq J. (2018). *Organisation des soins et systèmes de soins de santé*. Unpublished documents, Université Catholique de Louvain
- Melin J., Persson LO., Taft C. & Kreuter M. (2018). Patient participation from the perspective of staff members working in spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*. 56, 614-620. DOI: 10.1038/s41393-018-0061-7
- Mikolajczak M. (2019). *Comportement et compétences en santé*. Unpublished document, Université Catholique de Louvain.
- Mikolajczak M., Balon N., Ruosi M. & Kotsou I. (2012). Sensitive but not sentimental : emotionally intelligent people can put their emotions aside when necessary. *Personality and Individual Differences*. 52, 537-540. doi: 10.1016/j.paid.2011.12.001
- Mold J.W., Blake G.H. & Becker L.A. (1991). Goal-Oriented Medical Care. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/21153793_Goal-oriented_medical_care
- Moreno A., Zidarov D. Raju C., Boruff J. & Ahmed S. (2017). Integrating the perspectives of individuals with spinal cord injuries, their family caregivers and healthcare professionals from the time of rehabilitation admission to community reintegration: protocol for a scoping study on SCI needs. *BJM Open*. 7, 1-9. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014331
- Neumann V., Gutenbrunner C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela E., Giustini A., Delarque A. & Professional Practice Committee, Physical and Rehabilitation Section, Union of European Medical Specialists (2009). Interdisciplinary teal working in physical and rehabilitation medicine. *Journal rehabilitation Medicine*. 18-23. Retrieved from: <https://uems-prm.eu/welcome-to-the-new-website-of-the-uems-prm-section/>
- Nas K. (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*. 6(1), 8-16. DOI: 10.5312/wjo.v6.i1.8
- Nations Unies (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif. Geneva. Retrieved from : <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- New PW, Cripps RA & Lee BB (2014). Global maps of non-traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository. *Spinal Cord*. 52, 97-109. DOI: 10.1038/sc.2012.165
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Lésions de la Moelle Épinrière : perspectives internationales*. Retrieved from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131505/WHO_NMH_VIP_13.03_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Paillé P & Mucchielli. *L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4ème éd. Malakoff : Armand Colin, 2016. 430P.
- Paugman S. (2010). Les 100 mots de la sociologie. Retrieved from: <http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/Concepts-clés-de-la-sociologie-1.pdf>
- Perreault K & Careau E. (2012). Interprofessional collaboration: one or multiple realities? *Journal of Interprofessional Care*. 26, 256-258. DOI: 10.3109/13561820.2011.652785
- Projet 107. Site internet officiel. Retrieved from: <http://www.psy107.be/index.php/fr/>
- Pype P., Mertens F., Helewaut F. & Krystallidou D. (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behavior through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Services Research*. 18, 1-13. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3>
- Rabiee F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of Nutrition Society*. 63, 655-660. DOI: 10.1079/PNS2004399
- Radford L., Marin-Tamayo J. & Simbagoye A. (2018). Bien-être, résilience, intelligence émotionnelle. Retrieved from : http://www.luisradford.ca/pub/Recension%20des%20écrits%20-%20bien-etre_reilience_intel%20emotionnelle%20-%20vFinale%204.10.pdf
- Reeves S., Xyrichis A. & Zwarenstein (2018). Teamwork, collaboration, coordination and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*. 32 (1), 1-3. DOI: 10.1080/13561820.2017.140015
- Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J & Zwarenstein M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *The Cochrane Collaboration*. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reeves S., Fox A. & Hodges B. D. (2009). The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Advances in Health Sciences Education*. 14, 451-453. DOI: 10.1007/s10459-009-9166-2
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Retrieved from : http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf

- Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO (2013). *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: optimizing patient, organizational and system outcomes*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf>
- Sim J. & Waterfield J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*. 53, 3003-3022. DOI: 10.1007/s11135-019-00914-5
- Soklaridis S., Romano D., Fung W., Martimianakis M. A., Sargeant J., Chambers J. et al. (2017). Where is the client/patient voice in interprofessional healthcare team assessments? Findings from a one-day forum. *Journal of Interprofessional Care*. 31(01), 122-124. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1233393>
- Spori T. (2019). *Interventions en éducation pour la santé*. Unpublished documents, Université Catholique de Louvain.
- Thunus S. (2017). *La dynamique de groupe et la communication intra organisationnelle*. Unpublished document, Université Catholique de Louvain.
- Trognon A. & Dessagne L. Quels sont les facteurs qui influencent la réussite d'une équipe de travail. In Levy-Leboyer ; M. Huteau ; C. Louche ; J.P. Rolland (Ed.) *Psychologie Appliquée à la Gestion des Ressources Humaines*. Paris : Editions d'Organisation, 2003. PP. 301-328
- Vestergaard E. & Norgaard B. (2018). Interprofessional collaboration: an exploring of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*. 32(2), 185-195. doi: 10.1080/13561820.2017.1363725
- Wade D.T. Editorial (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*. 23, 291-295. DOI: 10.1177/0269215509103551
- Wirocius J.M. (2001). Réadaptation ou réhabilitation : il faut choisir ? . *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 54S, e281-e283. DOI: 10.1016/j.rehab.2011.07.054
- World Health Organization (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf?ua=1
- World Health Organization (2015). Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services : working document. Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf
- Yelnik A. (2001). Réadaptation ou réhabilitation : il faut choisir ? . *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 54S, e281-e283. DOI: 10.1016/j.rehab.2011.07.054

ANNEXES

(VOLET I)

Annexe 1: Schéma du Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (Careau et al., 2014)

Annexe 2 : Définitions de Collaboration et Collaboration Interprofessionnelle

Annexe 3 : *The Four-Dimentional Model of Collaboration* (D'Amour D. et al., 2008)

Annexe 4: The National Interprofessional Competency framework (CIHC, 2010)

Annexe 5: Guides d'entretien des FGs et entretiens semi-directifs

Annexe 6 : Accord du Comité d'éthique

Annexe 7 : Tableau d'analyse des FGs et entretiens semi-directifs

Annexe 8 : Référentiel de compétences – CTR

