

FACULTE DES SCIENCES DE LA MOTRICITE

Pratiques Collaboratives Interprofessionnelles Approche multifactorielle des obstacles à leur intégration en soins de santé

Directeur de mémoire : Mr Dugailly Pierre-Michel

Promoteur de mémoire : Mr Datoussaïd Kader

Mémoire présenté par PRINCÉ Caroline
en vue de l'obtention du grade de Master 1 en Kinésithérapie et réadaptation.

Année académique 2014-2015

REMERCIEMENTS

À Messieurs **DATOUSSAID Kader** et **DUGAILLY Pierre-Michel** pour m'avoir permis de réaliser un projet qui me tenait à coeur et pour leur supervision pendant cette rédaction.

À Mme **BLONDEAU Marie**, pour sa disponibilité et son investissement dès le commencement et jusqu'à la fin de ce mémoire.

À l'ensemble de l'équipe d'**assistants des séminaires de collaboration interprofessionnelle** de l'ULB. Pour m'avoir permis d'assiter aux séminaires et pour m'avoir inspiré dans cette recherche.

À **Aris** et **Adeline** pour leurs relectures.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1	5
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 2	7
PORTRAITS DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	7
1. Définitions	7
2. Épidémiologie	7
3. Un défi pour le système de soins de santé ?	9
3.1. Complexification des traitements	9
3.2. Besoin d'équipes multidisciplinaires dans un contexte de pénurie de professionnels de soins.	9
3.3. Durée des traitements : une charge financière	10
CHAPITRE 3	12
PORTRAIT DES PRATIQUES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES EN SANTE	12
1. Définitions	12
2. Compétences clés	13
2.1. Offre de soins et de services centrés sur la personne, les proches et la communauté	13
2.2. Communication interprofessionnelle	13
2.3. Clarification et compréhension des rôles	14
2.4. Leadership collaboratif	14
2.5. Travail en équipe	15
2.6. Gestion de conflits interprofessionnels	16
3. Impact des pratiques collaboratives	16
3.1. Impact sur les aspects financiers des soins	17
3.2. Impact sur les professionnels de santé	17
3.3. Impact sur certains paramètres de santé	18
CHAPITRE 4	20
LES PRATIQUES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES POUR REpondre A LA GESTION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES ?	20
1. Croisement entre pathologies chroniques et pratiques collaboratives interprofessionnelles.	20
2. Réalité de terrain	22
CHAPITRE 5	23
PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	23
1. Problématique	23
2. Question de recherche et Objectifs	23
CHAPITRE 6	24
MATERIEL ET METHODE	24
1. Modèle d'analyse systémique initial	24
2. Adaptation du modèle d'analyse systémique	25
3. Outils et sources	27
4. Méthode d'analyse	28
CHAPITRE 7	29
RESULTATS DE L'ANALYSE PRECEDE	29
1. Diagnostic épidémiologique et social (Problématique, Objectifs)	29

2. Diagnostic comportemental	30
2.1. Identification des acteurs	30
2.2. Comportement des acteurs	30
3. Diagnostic éducationnel et motivationnel	31
3.1. Facteurs prédisposants	31
3.2. Facteurs facilitants ou rendants capables	35
3.3. Facteurs non renforçants (déforçant)	36
4. Diagnostic environnemental	38
5. Diagnostic institutionnel	39
 CHAPITRE 8	 42
RESULTATS DE L'ANALYSE PROCEDE	42
1. Axe éducationnel	42
2. Axe environnemental	45
3. Axe institutionnel	46
 CHAPITRE 9	 51
DISCUSSION	51
1. Limitation de la problématique choisie	51
2. Limitations dues au choix du modèle d'analyse	51
3. Discussion du choix des outils utilisés	52
4. Discussion de l'évolution de la situation actuelle	52
 CHAPITRE 10	 54
CONCLUSION	54
 CHAPITRE 11	 56
BIBLIOGRAPHIE	56
 CHAPITRE 11	 64
ANNEXES	64

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

L'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques¹, la charge financière que leurs traitements représentent² et la coordination des multiples traitements requis³ semble être la source de plusieurs défis majeurs pour le système de soins de santé Belge.

Certaines interventions ont déjà été recommandées⁴ afin de relever ces défis, notamment le fait d'amener une vision collaborative aux pratiques professionnelles en soins de santé⁵. Les pratiques collaboratives interprofessionnelles, basées sur des compétences⁶ de travail en équipe, de communication, de leadership collaboratif, de soins centrés sur la personne, de gestion de conflit et de connaissances des rôles permettent d'améliorer certains paramètres de santé⁷, de réduire certains des coûts financiers⁸, et d'améliorer certains aspects de la prise en charge thérapeutique⁹.

Bien que les pratiques collaboratives semblent offrir une réponse aux défis que représente la prise en charge des pathologies chroniques, de tels projets et interventions n'en sont encore qu'à leurs débuts en Belgique¹⁰.

Dans cette étude, nous proposons **d'analyser les freins au développement des « pratiques collaboratives interprofessionnelles » dans le but de déduire les actions favorisant leur utilisation dans le milieu des soins de santé.**

¹ ISSP, 2008 ; SPF Économie, 2014, IWEPS, 2014.

² European Union Policy Forum, 2012 ; INAMI 2013.

³ CIHC, 2007, KCE 2009

⁴ European Union Policy Forum, 2012; KCE 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012 ; HUARD P et al. 2010 (2).

⁵ OMS 2011, KCE 2012.

⁶ CIHC 2010.

⁷ CURLEY C, et al. 1998 ; WILD D, et al. 2004 ; D'AMOUR et al. 2004

⁸ CURLEY C, et al, 1998 ; SCHMIDT I, et al, 1998 ; D'AMOUR et al. 2004

⁹ CHEATER FM, et al. 2005

¹⁰ MEULEMANS H, et al. (en cours) ART B, et al. 2008; GOELEN G, et al. 2006;

Nous procéderons en première partie à l'analyse de cette problématique à plusieurs dimensions par une approche la plus systémique possible, ceci grâce à un outil d'analyse de problèmes complexes de santé. Avec cet outil, nous nous pencherons autant sur les aspects institutionnels, éducationnels et environnementaux qui touchent à la problématique que sur les comportements et les interactions entre les acteurs concernés.

La vision globale de la situation des pratiques collaboratives en Belgique obtenue permettra de cibler dans la seconde partie de l'analyse les actions clés à entreprendre dans le but de faciliter l'intégration des pratiques collaboratives dans le milieu des soins de santé.

CHAPITRE 2

PORTRAITS DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

La première partie de cette recherche consiste à dresser le portrait des pathologies afin d'évaluer l'impact de celles-ci sur le système de soins de santé.

1. Définitions

Les pathologies chroniques ont été définies en 2010 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « des maladies de longue durée, dont l'évolution est généralement lente »¹¹. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec ajoute à cette définition le fait que ce sont des maladies « non contagieuses [...] qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables¹² ». Les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies de l'appareil musculo-squelettique, les maladies neuro-dégénératives, le diabète, les cancers, ainsi que les problèmes de santé mentale font partie de la liste non exhaustive des pathologies chroniques^{13,14}.

L'arrêté Royal du 23 décembre 2013, donne droit aux patients détenteurs du statut « affection chronique » à certains avantages vis à vis de l'Assurance maladie comme la diminution du plafond des parts personnelles dans le cadre du maximum à facturer ou le droit au tiers payant depuis 2015¹⁵.

2. Épidémiologie

D'après les données recueillies par l'Institut Scientifique de santé publique Belge, en 2008, sur un échantillon de la population Belge, 27% des adultes interrogés rapportaient avoir été atteints d'au moins une pathologie chronique. Les pathologies fréquemment citées étaient « les lombalgies, les allergies, l'arthrite, l'hypertension, les cervicalgies, les céphalées

¹¹ World Health Organisation 2011.

¹² Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012.

¹³ Idem.

¹⁴ European Union Policy Forum, 2012.

¹⁵ Arrêté Royal du 15 décembre 2013, Publié au Moniteur Belge le 23 décembre 2013.

chroniques et les troubles respiratoires»¹⁶.

D'après les données de l'OMS¹⁷, en 2010, les maladies chroniques étaient « à l'origine de 63% des décès dans le monde, parmi celles-ci, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques étaient les causes de décès les plus fréquentes».

En Belgique, si l'on considère l'ensemble des décès dus aux pathologies chroniques, 30% sont attribués aux maladies cardiovasculaires, et 27% à des cancers.¹⁸

Une étude réalisée par l'Institut scientifique de santé publique Belge montre que le pourcentage de pathologies chroniques augmente avec l'âge. Environ 60% des personnes de plus de 75 ans souffrent d'une pathologie chronique contre 33% des personnes ayant entre 45 et 54 ans¹⁹.

Or, la population actuelle est vieillissante. Les données Belges du SPF Economie montrent que l'espérance de vie à la naissance a progressé de 71,85 ans en 1972-1976 à plus de 80 ans en 2013²⁰. L'indice de vieillissement²¹ de la population Belge est passé de 89,2 en 1996 à 105,0 en 2014²².

De plus, le nombre de pathologies chroniques augmente. En 1997, 27 pathologies chroniques étaient recensées, en 2008 on en comptait 36. Parmi ces nouvelles pathologies certaines sont dues aux modifications apportées aux questionnaires soumis aux personnes interrogées lors des recensements, mais d'autres viennent de la reconnaissance de nouvelles pathologies chroniques comme : l'asthme, la bronchite chronique, l'anxiété chronique, la

¹⁶ ISSP, 2008.

¹⁷ WHO, 2010

¹⁸ WHO, 2014

¹⁹ ISSP, 2008.

²⁰ SPF Économie, 2014.

²¹ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Plus l'indice est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

²² IWEPS, 2014.

fatigue chronique ou encore les problèmes de santé mentale.²³

Le vieillissement de population et l'augmentation du nombre de pathologies recensées conduisent entre autres causes à une augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques.

3. Un défi pour le système de soins de santé ?

Les pathologies chroniques nécessitent une prise en charge adaptée qui peut représenter un défi pour les soins de santé.

3.1. Complexification des traitements

Un malade chronique a des besoins qui évoluent parallèlement à l'aggravation de sa maladie²⁴. Ces besoins sont biologiques, psychologiques, relatifs aux soins de santé, sociaux et spirituels et « varient selon le type et l'état d'avancement de la maladie »²⁵. La prise en charge de ces besoins évolue avec ceux-ci ce qui demande un suivi fréquent et facilement ajustable²⁶. De plus, les facteurs démographiques, socio-économiques, culturels, politiques et environnementaux influencent les pathologies chroniques et multiplient les traitements nécessaires²⁷.

La multiplication des besoins et leur évolution au cours de la maladie complexifie la prise en charge et représente un premier défis pour le système de soins et les professionnels de santé.

3.2. Besoin d'équipes multidisciplinaires dans un contexte de pénurie de professionnels de soins.

Comme le souligne le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, « aucune profession, travaillant isolée n'a l'expertise pour répondre adéquatement et efficacement à la complexité des besoins requis par la majorité des utilisateurs, pour assurer

²³ ISSP, 2008.

²⁴ KCE, 2009

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012

²⁶ KCE, 2009

²⁷ European Union Policy Forum, 2012.

une sécurité des soins, une prise en charge uniforme²⁸ et holistique aussi grande que possible »²⁹.

La prise en charge des pathologies chroniques nécessite l'expertise de plusieurs professionnels de santé en même temps, et une coordination efficace entre ces professionnels formant non plus une « équipe d'experts » mais « une équipe experte »³⁰. Cette coordination peut représenter un deuxième défi pour le système de soins de santé.

Or, la tendance démographique des professionnels de santé suit la tendance démographique de la population globale. La répartition des professionnels de santé par tranches d'âge montre que, les personnes de plus de 45 ans représentent une grande majorité des professionnels de santé^{31, 32, 33}. Ceci permet d'estimer que le nombre de professionnels de santé issus des générations à venir ne permettra pas de compenser certains départs.

Il semble que la nécessité de disposer de plus de professionnels de soins pour la prise en charge des patients « chroniques », puisse constituer, dans ce contexte de pénurie de professionnels, un défi pour les soins de santé.

3.3. Durée des traitements : une charge financière

Les stratégies de soins actuelles sont axées sur la prise en charge à court terme, les pathologies chroniques évoluent sur le long terme et engendrent des coûts qu'il est indispensable de diminuer.

Ces coûts ont des causes directes qui peuvent être liées à la fois aux hospitalisations de longue durée et au nombre de soignants mobilisés. À l'échelle Européenne, le budget attribué aux maladies chroniques en 2012 était estimé à « 700 milliards d'euros pour

²⁸ Le terme utilisé par l'auteur est « seamless », que nous avons traduit par « uniforme ».

²⁹ CIHC, 2007.

³⁰ COX M, 2013

³¹ SICART C. 2005.

³² SPF Économie, 2014.

³³ SPF Santé Publique, 2011.

l'ensemble de l'Union européenne »³⁴ ce qui représente « globalement 70 à 80% du budget des soins de santé ». ³⁵ À titre d'exemple, au Canada, les coûts directs engendrés par les pathologies chroniques représentaient en 1998 42% des dépenses de santé soit 38,9 milliards de dollars.³⁶

En Belgique, les statistiques fournies par l'Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) montrent que les seuls « frais directs » engendrés par les « patients chroniques » ont augmenté de 20% entre 2010 et 2014.³⁷

À ces coûts, s'ajoute les coûts indirects. Ces derniers peuvent être liés à la fois aux patients qui perdent en productivité^{38,39} ou aux équipes de soins dont la coordination est affectée⁴⁰ lors de la prise en charge des pathologies chroniques. Ces frais indirects représentaient au Canada en 1998 54,4 milliards de dollars⁴¹.

Pour réduire ces coûts, des mesures visant à optimiser la prise en charge des équipes de soins⁴², à maximiser le potentiel des patients⁴³ et à augmenter la prévention primaire de ces pathologies⁴⁴ doivent être considérées.

³⁴ European Union Policy Forum, 2012.

³⁵ European Union Policy Forum, 2012.

³⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012.

³⁷ INAMI 2013.

³⁸ European Union Policy Forum, 2012.

³⁹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012.

⁴⁰ HUART P. 2010

⁴¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012.

⁴² D'AMOUR et al. 2004

⁴³ European Union Policy Forum, 2012.

⁴⁴ OCDE, 2011

CHAPITRE 3

PORTRAIT DES PRATIQUES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES EN SANTE

L'évolution des affections chroniques et la charge que celles-ci exercent sur les coûts en santé en font un défi incontournable pour l'avenir des soins de santé en Belgique. Face à cela, certaines interventions ont déjà été programmées notamment pour optimiser la prise en charge des pathologies chroniques par les équipes soignantes. C'est pourquoi, dans la seconde partie de cette revue de littérature, nous introduirons la notion de « pratiques collaboratives interprofessionnelles » en santé, afin de comprendre pourquoi celles-ci ont été proposées en réponse aux besoins de changements en soins de santé.

1. Définitions

Le terme de « collaboration » désigne le lien entre deux ou plusieurs personnes lorsque celles-ci « travaillent ensemble dans un effort intellectuel les réunissant pour atteindre un but et des objectifs communs ».⁴⁵

L'interprofessionnalité a été définie comme « le développement d'une pratique de groupe entre des professionnels de différentes disciplines ».⁴⁶ Le terme interprofessionnel renvoie à l'idée que les professionnels de santé sont issus de formations différentes, menant parfois à des conceptualisations divergentes des soins. Dans le domaine des soins de santé, la « fragmentation des pratiques de santé »⁴⁷ rend parfois difficile la réunion de ces professionnels autour d'un même patient.

D'Amour et Oandasan⁴⁸ sont les premières dans le domaine de la santé à proposer une définition de la collaboration interprofessionnelle. Selon elles, c'est « un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins du patient, de ses proches et de la communauté ».

⁴⁵ ROBIDOUX M, 2007.

⁴⁶ D'AMOUR et al. 2005

⁴⁷ D'AMOUR et al. 2005.

⁴⁸ Idem

En 2010, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a précisé certains aspects de cette définition en soulignant qu'il s'agit d'«un partenariat entre une équipe soignante et un client en vue de prendre des décisions en matière de santé et d'ordre social, de manière concertée, coordonnée et dans un esprit de collaboration».⁴⁹

Ceci définit les pratiques collaboratives et permet de préciser les compétences clés, visées par ces pratiques.

2. Compétences clés

Le CPIS a réalisé la première élaboration d'un modèle des compétences en matière d'interprofessionnalisme qui soit applicable à toutes les professions.⁵⁰ Ces compétences développées ci après seront étayées grâce aux données du CPIS et à partir de données issues de la littérature.

2.1. Offre de soins et de services centrés sur la personne, les proches et la communauté

La première compétence consiste à centrer l'offre de soins sur la personne, les proches et la communauté. Ce qui signifie écouter leurs besoins partager l'information avec ceux-ci, s'assurer qu'ils participent aux soins et soutenir leur participation.⁵¹ En mars 2002, la loi sur les « droits du patient »⁵² donnant droit au patient à toute information le concernant a renforcé l'idée de prise de décision partagée entre le patient et le praticien. Pour faciliter cela, le patient, ses proches et la communauté doivent devenir « acteurs des soins » et dans cette perspective les professionnels de santé se doivent d'agir avec le patient « partenaire » dans un « but commun »⁵³. Ceci en adaptant le cadre éthique convenant au patient et non plus seulement aux professionnels de soin.

2.2. Communication interprofessionnelle

La deuxième compétence consiste à entretenir la communication interprofessionnelle, ce

⁴⁹ CIHC, 2010.

⁵⁰ Idem

⁵¹ Idem

⁵² Portail du Droit Belge (consulté le 20 septembre 2014)

⁵³ CIHC 2010.

qui signifie favoriser une communication de confiance et respectueuse⁵⁴. Mais également favoriser une écoute active⁵⁵, en effet l'échange entre les membres d'une équipe se doit d'être interactif et pas seulement informatif. Ceci afin que les membres comprennent comment leurs actions pourraient être complémentaires et comment les rendre plus efficaces afin d'atteindre leur « but commun ».

2.3. Clarification et compréhension des rôles

La troisième compétence concerne la connaissance et la compréhension des rôles de chaque professionnel, nécessaires au développement d'une vision commune⁵⁶ et essentiels à cette collaboration qui exige que les « membres reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance »⁵⁷.

Le CPIS propose ainsi que lors de séances de collaboration :

- tous les professionnels, décrivent leur propre rôle et celui des autres;
- qu'ils reconnaissent et respectent la diversité des autres rôles, des responsabilités et des compétences en matière de santé et de services sociaux;
- qu'ils assument leur propre rôle tout en respectant la culture d'autrui;
- qu'ils partagent dans un langage approprié leur rôle, leur savoir, leurs habiletés et leurs façons d'agir ;
- qu'ils recourent de manière appropriée et par l'entremise de la consultation aux habiletés et au savoir des autres;
- qu'ils tiennent compte du rôle des autres pour définir leur propre rôle professionnel et interprofessionnel;
- et enfin qu'ils intègrent les rôles et les compétences de chacun de manière continue et cohérente dans les modèles de prestation de soins et de services.⁵⁸

2.4. Leadership collaboratif

Le leadership collaboratif est la 4^{ème} compétence clé à aux pratiques collaborative. Le

⁵⁴ CIHC, 2010.

⁵⁵ Idem

⁵⁶ Mc DANIEL et al, 2004

⁵⁷ MARIANO, 1989

⁵⁸ CIHC, 2010.

leadership collaboratif est une forme de gestion des relations de groupe qui encourage les membres d'une équipe dans l'accomplissement, d'une action commune. Le leadership collaboratif peut être opposé à un leadership traditionnel plus individuel et autoritaire. Au sein d'un leadership collaboratif, le leader partage l'information et le savoir, facilite le « brainstorming », permet aux rôles de chacun des membres d'évoluer et de fluctuer, et offre un feedback et un coaching personnel immédiat. Certaines personnes ont naturellement des qualités de leader, d'autres auront la possibilité de chercher à les acquérir.

Dans une équipe de collaboration, un ou plusieurs leaders collaboratifs peuvent être présent, il reste primordial que les membres du groupe communiquent leurs besoins et qu'ils ne deviennent pas passifs face au(x) leader(s) du groupe. Il est en effet nécessaire de rappeler la « responsabilité constante de chacun envers ses propres actions et de son rôle, tels que définis dans le champ de pratique de sa profession ou de sa discipline ».⁵⁹

2.5. Travail en équipe

La 5^{ème} compétence clé est le travail d'équipe que Guzzo définit comme un travail « fait par des individus interdépendants à causes des taches qu'ils accomplissent en tant que membre d'un groupe. »⁶⁰ Le travail individuel est l'élément de rendement que le membre individuel fournit de façon individuelle, sans interagir avec les autres membres⁶¹. En opposition, le « travail d'équipe » est l'élément de rendement interdépendant fournit par la coordination efficace d'une équipe.⁶² En d'autres termes, le travail d'équipe est le fruit d'une interaction complexe entre plusieurs acteurs, qui n'aurait pu exister si les acteurs avaient été considérés individuellement. Ceci peut être vu parallèlement à un des aspects de la théorie générale des systèmes⁶³ avançant le fait que « le tout est plus que la somme des parties »⁶⁴, le tout signifiant ici le travail d'équipe, les parties étant les rendements individuels.

⁵⁹ CIHC, 2010

⁶⁰ GUZZO, 1996.

⁶¹ SALAS et al, 2008.

⁶² SALAS et al. 1992, 2008.

⁶³ VON BERTALANFFY L, 1969.

⁶⁴ MORIN, E. 2005.

Afin de fournir un travail de qualité, les professionnels doivent intégrer les principes et processus de travail d'équipe que le CPIS énonce comme : « respecter les valeurs éthiques des membres de l'équipe » ; « améliorer l'efficacité des discussions et des interactions entre les membres » ; « participer à la prise de décisions en collaboration » ; « respecter les questions de confidentialité, d'allocation des ressources et de professionnalisme ».⁶⁵

2.6. Gestion de conflits interprofessionnels

Cependant, la valeur ajoutée du travail d'équipe par rapport à l'addition de travaux individuels peut être discutée. En effet, une gestion inadéquate d'une équipe de travail peut nuire au résultat de son travail et créer des conflits « négatifs ». La gestion de ces conflits est la 6^{ème} compétence clé à intégrer.

Pour cela, le CPIS suggère que les professionnels « adoptent systématiquement une approche constructive de résolution des conflits » en :

- « identifiant les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits » ;
- « créant un environnement propice à l'expression d'opinions différentes » ;
- « atteignant un niveau de consensus » et en « connaissant et en maîtrisant des stratégies de gestion de conflits ».⁶⁶

La maîtrise de ces compétences contribue au développement d'une collaboration interprofessionnelle efficace⁶⁷ qui permet lors de mise en pratique d'influencer certains paramètres du système de soin de santé.

3. Impact des pratiques collaboratives

Le travail en collaboration peut modifier certains des aspects financiers des soins de santé, et il semble qu'il aurait également un impact sur les professionnels de santé et certains paramètres de santé.

⁶⁵ CIHC, 2010.

⁶⁶ CIHC, 2010.

⁶⁷ CIHC, 2010

3.1. Impact sur les aspects financiers des soins

En 1998, Curley, montre que la participation de professionnels de santé à des réunions de collaboration interprofessionnelles diminue significativement les frais médicaux. Dans son étude, les frais médicaux moyens engendrés par la prise en charge d'un patient étaient de 6 681\$ pour le groupe d'intervention participant aux réunions et 8 090\$ ($P= 0,002$) pour le groupe contrôle ne participant pas aux réunions.⁶⁸

Par ailleurs, en 1998 Schmidt montre que la réalisation de réunions de travail interprofessionnel dirigé par un pharmacien à raison d'une fois par mois permet de diminuer significativement le taux de prescription de médicaments. Dans son étude, le pourcentage de prescriptions de médicaments par rapport à l'ensemble des traitements prescrits est resté le même avant (2,07%) et après (2,08%) les réunions, dans le groupe d'intervention. Dans le groupe contrôle, ce même pourcentage était de 2,06% avant intervention, et de 7% (2,20%) après un an.⁶⁹

D'amour a réalisé une étude dans quatre services de pédiatrie. Chaque service ayant un niveau de collaboration interprofessionnelle différent, allant d'un haut niveau de collaboration à un faible niveau de collaboration. Une interview a été réalisée auprès des patientes des 4 hôpitaux 1 mois après leur accouchement, concernant leur opinion sur l'accessibilité à l'information, la continuité des soins, les répétitions dans les soins, et leur santé en général durant leur séjour à l'Hôpital. Cette étude montre que l'accessibilité des patients à l'information et la continuité des soins prodigués sont hautement corrélées au haut niveau de collaboration au sein des équipes de soins.⁷⁰

3.2. Impact sur les professionnels de santé

Dans son étude, Cheater rapporte une amélioration subjective de la prise en charge des patient du point de vue des professionnel de santé après qu'ils aient participé à cinq réunions « d'aide à la multidisciplinarité » supervisées par des animateurs formés à la

⁶⁸ CURLEY C, et al, 1998

⁶⁹ SCHMIDT I, et al, 1998

⁷⁰ D'AMOUR et al. 2004

collaboration.⁷¹

Il semble également que la collaboration interprofessionnelle aide les professionnels de soins à gérer l'intensité du travail⁷² et leur permet d'obtenir une meilleure satisfaction au travail⁷³. La performance d'un projet est augmentée lorsque les personnes concernées par le projet travaillent en équipe plutôt que de manière isolée⁷⁴.

3.3. Impact sur certains paramètres de santé

Dans une étude réalisée en 2006, Callahan et son équipe mettent en évidence chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer le fait que les pratiques collaboratives interprofessionnelles diminuent significativement les symptômes psychologiques et comportementaux de démences.⁷⁵

Dans la même étude que précédemment, Curley montre qu'après la participation de professionnels de santé à des réunions de collaboration multidisciplinaire la durée du séjour des patients était de 5,46 jours pour le groupe d'intervention, et 6,06 (P= 0,006) jours pour le groupe contrôle.⁷⁶

Cependant, plus récemment, Wild réalise une étude dans laquelle un groupe de professionnel est soumis quotidiennement à des réunions interdisciplinaires. Il montre qu'après réunions multidisciplinaires, il n'y a pas de différence (P= 0.90) concernant la longueur du séjour des patients ni dans le groupe pris en charge par le l'équipe d'intervention (3.2 +- 2,7 jours) ni dans le groupe contrôle (3,2 +- 3,2 jours).⁷⁷

De plus, les pratiques collaboratives semblent influencer la satisfaction des patients⁷⁸. En effet D'amour dans la même étude que précédemment montre que la satisfaction des

⁷¹ CHEATER FM, et al. 2005

⁷² DROTAR 2002

⁷³ D'AMOUR et al. 2008

⁷⁴ COHEN S et al. 1997

⁷⁵ CALLAHAN et al. 2006.

⁷⁶ CURLEY C, et al. 1998

⁷⁷ WILD D, et al. 2004

⁷⁸ PREEN et al. 2005

patientes est fortement corrélée avec le haut niveau de collaboration au sein des équipes de soins⁷⁹. Certains auteurs évoque également le fait que les interventions multidisciplinaires permettent aux patients de se sentir plus impliqués dans les soins, d'être plus aptes à se gérer aux mêmes⁸⁰, et d'avoir plus de choix dans les traitements⁸¹.

⁷⁹ D'AMOUR et al. 2004

⁸⁰ PREEN et al. 2005.

⁸¹ PIRKIS et al. 2004

CHAPITRE 4

LES PRATIQUES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES POUR REPONDRE A LA GESTION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES ?

Les portraits des pathologies chroniques et des pratiques collaboratives réalisés ci-dessus permettent dans le chapitre suivant de montrer l'adéquation entre les besoins des pathologies chroniques et les bénéfices proposés par l'utilisation de pratiques collaborative interprofessionnelles en santé. Un aperçu des actions en pratiques collaboratives en Belgique sera réalisé ensuite.

1. Croisement entre pathologies chroniques et pratiques collaboratives interprofessionnelles.

Le Tableau 1 réalisé à partir des données de la littérature des chapitres 2 et 3, permet de comparer les besoins des pathologies chroniques aux bénéfices apportés par les pratiques collaboratives.

L'adéquation entre l'offre des pratiques collaboratives et la demande des pathologies chroniques semble être bénéfique tant d'un point de vue financier, que concernant la prise en charge des patients ou encore l'impact sur les professionnels de santé. Ces observations pourraient inciter à la multiplication de projets de collaboration interprofessionnelle.

Défis imposés par les pathologies chroniques	Bénéfices des pratiques collaboratives.
Aspects Financiers	
Charge financière importante ¹	Diminution des frais médicaux par patient ²
	Diminution du taux de prescription de médicaments ³
	Amélioration de l'accessibilité aux soins et de la continuité des soins ⁴
Professionnels de santé	
Nécessité de travailler en équipes multidisciplinaires ⁵	Amélioration subjective de la prise en charge ⁷
Nécessité d'augmenter le nombre de professionnels soignants ⁶	Amélioration de la performance ⁸ Meilleure gestion de l'intensité du travail ⁹ Meilleure satisfaction au travail ¹⁰
Paramètres de santé	
Multiplication et évolution des besoins des malades chroniques ¹¹	Satisfaction des patients ¹² Modification de la durée de séjour en hôpital controversée ¹³

Tableau 1. Croisement entre les bénéfices des pratiques collaboratives interprofessionnelles et les défis imposés par les pathologies chroniques.

¹ European Union Policy Forum, 2012, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, INAMI 2013 ; ² Curley et al. 1998 ; ³ Schmidt et al. 1998 ; ⁴ D'amour et al. 2004 ; ⁵ CIHC 2007, COX 2013, D'AMOUR 2004 ; ⁶ SPF économie 2014, SICART C.2005, SPF Santé Publique 2011 ; ⁷ Cheater et al. 2005 ; ⁸ Cohen et al. 1997 ; ⁹ Drotar 2002 ; ¹⁰ D'amour et al. 2008 ; ¹¹ KCE 2009 ; Ministère de la santé et des services sociaux 2012, European Union Policy Forum, 2012 ¹² D'amour et al. 2004 ; ¹³ Curley et al. 1998, Wild 2004.

2. Réalité de terrain

Il n'existe à notre connaissance que cinq projets et études de pratiques collaboratives interprofessionnelles en Belgique. Ces projets, et leur répartition géographique sont présentés sur la figure 1. Le détail de ces projets est présenté dans l'Annexe 1.

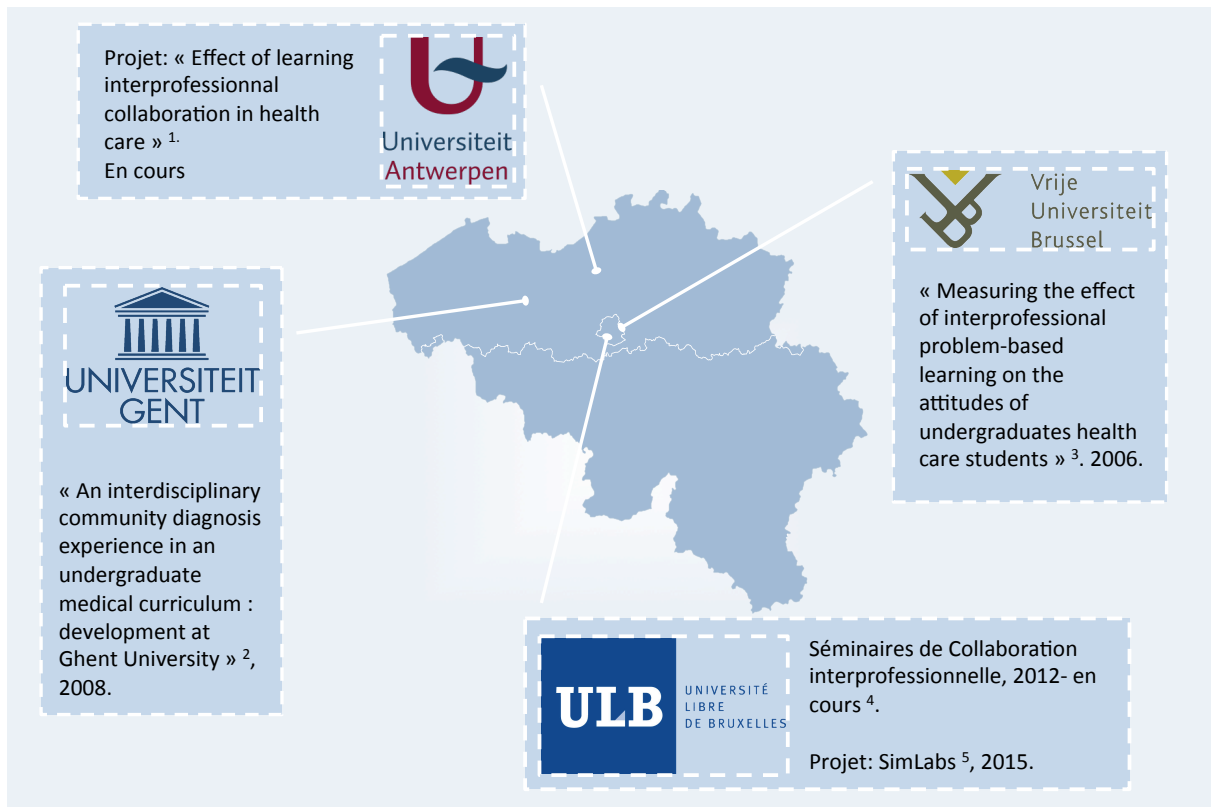


Figure 1 Présentation des projets et études de collaboration interprofessionnelle en Belgique

¹ MEULEMANS H, et al. En cours; ² ART B, et al. 2008; ³ GOELEN G, et al. 2006; ⁴ Projet ULB- Séminaires transversaux de collaboration interprofessionnelle. 2012; ⁵ Projet ULB SimLabs. 2015.

Malgré l'intérêt qui semble exister dans l'utilisation de collaboration interprofessionnelle pour la prise en charge de pathologies chronique, l'état des lieux des pratiques collaboratives interprofessionnelles, ou les programmes d'éducation à la collaboration permet de mettre en évidence le faible nombre de projets réalisés à ce jour en Belgique.

CHAPITRE 5

PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

1. Problématique

Les pratiques collaboratives interprofessionnelles permettent d'améliorer certains paramètres en soins de santé, notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques. Cependant, ces pratiques sont sous développées en Belgique.

La problématique de sous développement des pratiques collaboratives en soins de santé intervient à plusieurs niveaux, elle s'étend au système de soins, à ces acteurs, mais a également des composantes éducationnelles, institutionnelles et environnementales. C'est donc une problématique multidimensionnelle que nous choisissons d'analyser au moyen d'une approche la plus systémique possible, permettant d'approcher la complexité de la situation.

2. Question de recherche et Objectifs

Après avoir formulé la problématique, plusieurs questions de recherche apparaissent. Nous cherchons à comprendre de façon globale pourquoi les pratiques collaboratives sont sous développées en Belgique. Nous chercherons à mettre en évidence quels aspects peuvent ralentir ce développement en tentant de savoir quels sont les freins au niveau comportemental dans les interactions des principaux acteurs concernés et leurs liens avec certains facteurs institutionnels, éducationnels et environnementaux. Sur base des résultats obtenus, nous chercherons à comprendre comment agir sur ces freins afin de les orienter dans le sens du développement des pratiques collaboratives interprofessionnelles en soin de santé

Les objectifs de cette recherche sont de cerner certaines des dimensions affectant la problématique pour proposer les actions clés à mettre en place afin de faciliter le développement des pratiques collaboratives interprofessionnelles en soins de santé.

CHAPITRE 6

MATERIEL ET METHODE

La démarche méthodologique réalisée ici repose sur l'utilisation d'outils en cohérence avec la problématique complexe et comprend l'utilisation d'un modèle d'analyse systémique, l'utilisation d'outils, de sources et d'une méthode d'analyse.

1. **Modèle d'analyse systémique initial**

Répondre à la problématique de cette étude signifie identifier l'ensemble des composantes qui la fonde et comprendre l'interaction entre ces composantes. Réaliser une telle analyse nécessite un modèle d'analyse adapté, ceci grâce à l'utilisation d'outils ayant une composante systémique.

Un des modèles proposés dans l'analyse des systèmes complexes en soins de santé est celui de Green et Kreuter⁸². Nous l'utiliserons en partie dans le cadre de cette analyse. Ce modèle se construit grâce à l'identification des diagnostics clés de la problématique dans un premier temps, (ces diagnostics sont expliqués en détail dans le paragraphe 2), et grâce à la mise en place d'un plan d'action répondant à la problématique dans un second temps.

La vision schématique de celui-ci est présentée sur la figure 2. Ce modèle d'apparence linéaire puisque construit en étape, ne l'est pas en réalité. En effet l'ordre d'apparition des étapes n'a pas d'importance, chaque étape influence une autre et celles-ci peuvent et doivent être modifiées à toute étape de la construction du modèle.

⁸² GREEN L.W, et al. 1991.

Ceci permet de donner une vision globale de la situation et de cibler les actions clés à entreprendre. Les principes qui fondent le modèle sont des principes de multi causalité de chaque problématique et la construction du modèle est faite pour avoir une action sur l'ensemble des facteurs en lien avec la problématique.

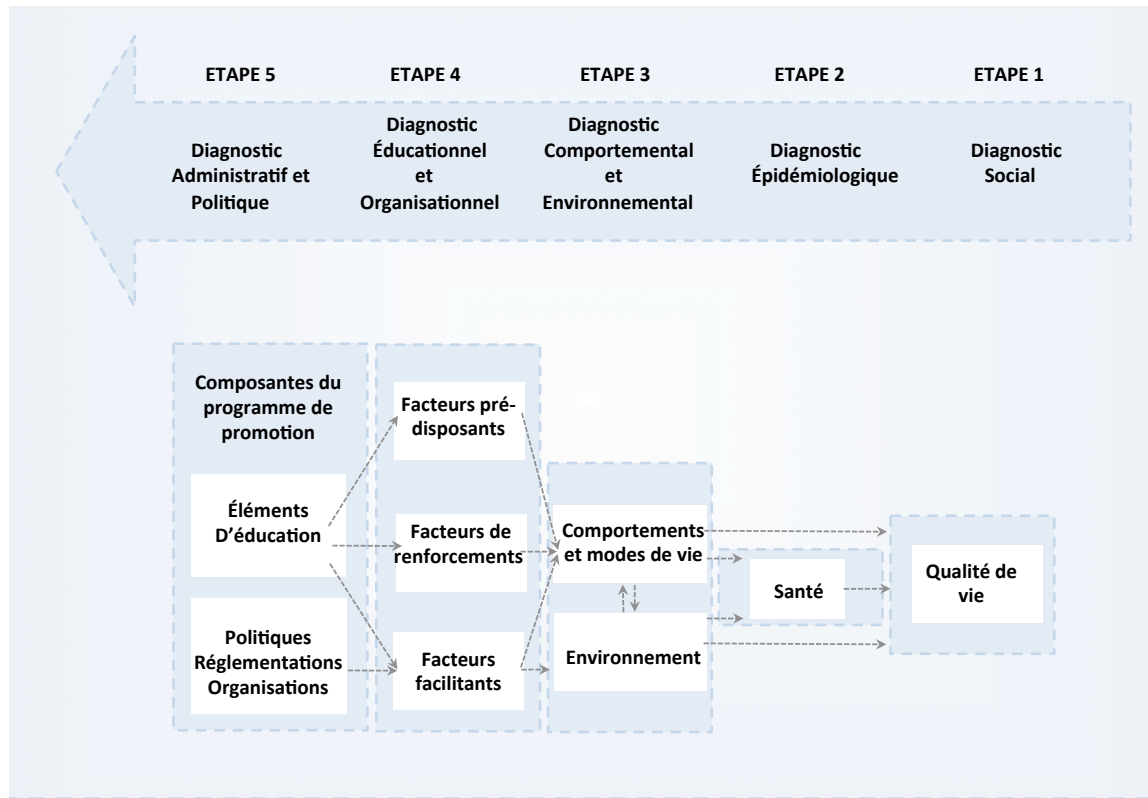


Figure 2 Modèle d'analyse systémique.

Green et Kreuter 1991.

2. Adaptation du modèle d'analyse systémique

Dans cette étude nous utiliserons un modèle d'analyse basé sur celui de Green et Kreuter et adapté au monde de la santé publique par F. Parent⁸³.

Celui-ci est également organisé en deux entités. La première partie nommée « Precede » consiste en l'identification des diagnostics clés de la problématique, et a une approche moins linéaire que celle du précédent modèle. En effet, l'étape « Precede » se construit autour d'une permanente interaction entre les diagnostics sans aucune forme de

⁸³ PARENT F, 2006.

hiérarchisation. De plus le rôle de chaque acteur y est représenté et les enjeux des acteurs par rapport à la problématique y sont mieux pris en compte que dans le modèle original. Une description des diagnostics le composant facilite la compréhension de ce modèle.

Le diagnostic épidémiologique et social permet de clarifier la problématique centrale ainsi que les objectifs visés. Le diagnostic comportemental, permet d'identifier les acteurs ainsi que leurs comportements clés explicitant l'existence de la problématique. Le diagnostic éducationnel ou motivationnel, qui se centre sur la perspective individuelle, s'articule autour de trois facteurs : les facteurs prédisposants qui sont les facteurs en relation avec les connaissances, savoir, attitudes, valeurs et perceptions. Les facteurs rendant capable qui sont : les facteurs en rapport avec le savoir faire, les capacités et les habilités techniques et les facteurs renforçants qui sont : les facteurs en relation avec des feedback, des échanges et l'expérience. Le diagnostic institutionnel, se base quant à lui sur les facteurs liés aux institutions qui favorisent ou non, la mise en place de la problématique. Enfin, le diagnostic environnemental, qui se centre sur la perspective collective sociale et permet de cerner les déterminants environnementaux de la problématique, ceux-ci pouvant être géographiques, liés à l'accessibilité par exemple, mais également sociaux, liés aux normes sociales, etc. La figure 3 permet de représenter la première étape de la construction de ce modèle.

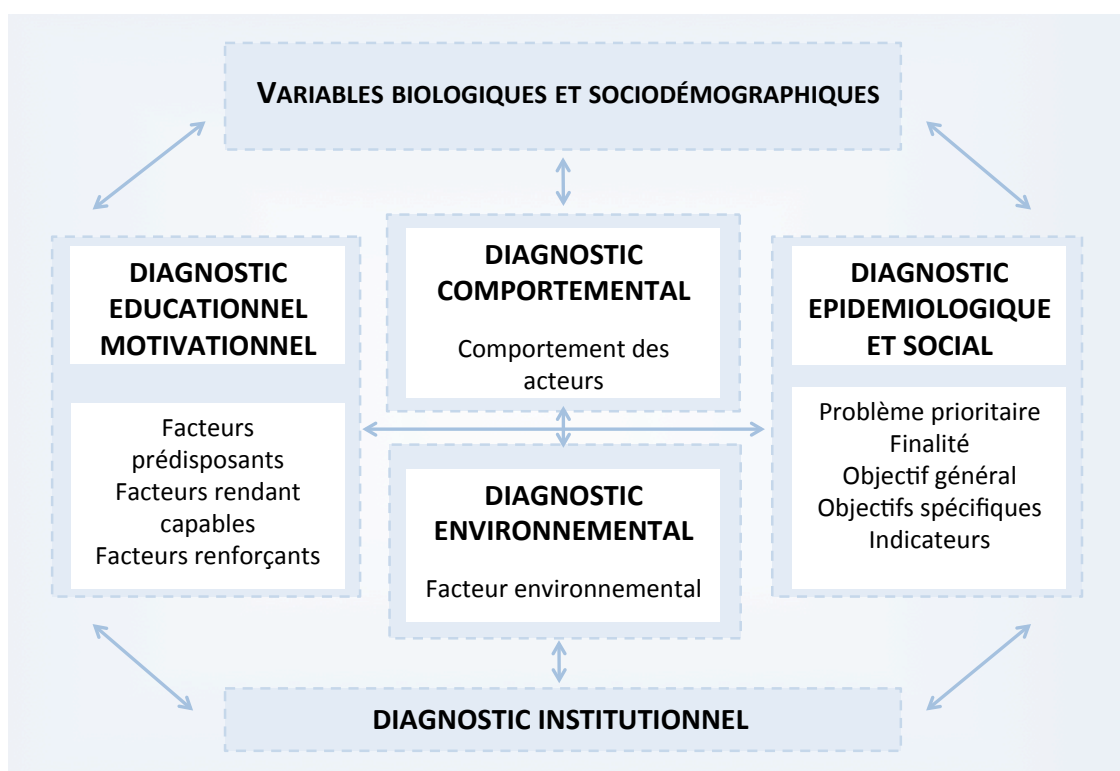


Figure 3 Modèle d'analyse systémique adapté (Partie « PRECEDE »)
Parent F, 2006

La seconde partie du modèle, nommée « Proceed », correspond à la préparation à la mise en pratique. Celle-ci présentée sur la figure 4, propose en reprenant les diagnostics mis en évidence dans la partie «Precede» d'organiser le plan opérationnel. Ce plan opérationnel s'organise autour d'un objectif spécifique et autour d'objectifs opérationnels en lien avec les trois axes d'action (éducatif, environnemental, institutionnel).

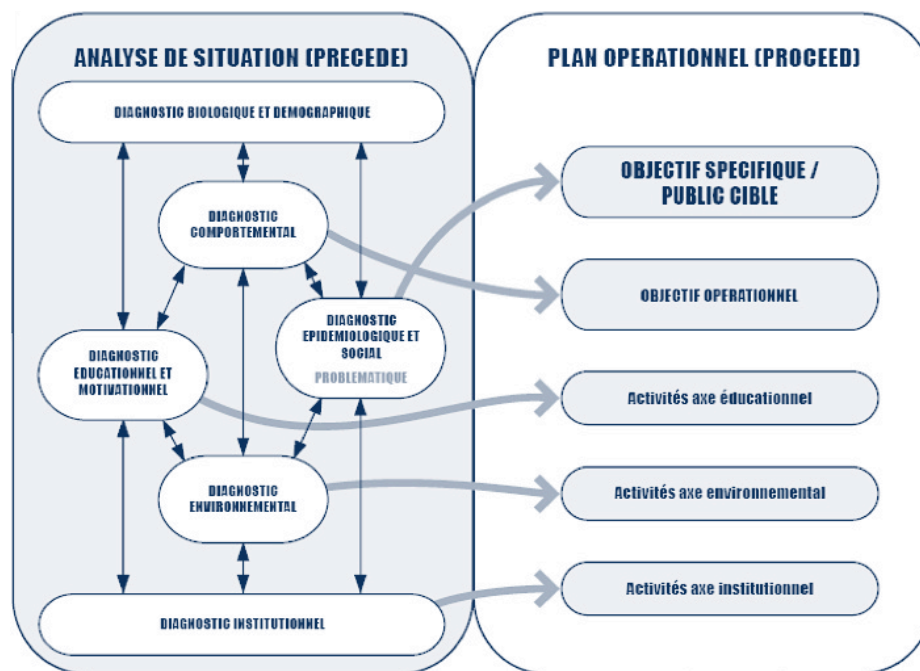


Figure 4 Etapes d'analyse de situation et de planification
Parent F, 2006

3. Outils et sources

L'analyse proposée est en premier lieu une analyse qualitative exploratoire qui devrait nous permettre d'énoncer des hypothèses de recherches plus ciblées dans un second temps, éventuellement au-delà de ce travail de mémoire. Le corpus de données provient d'une récolte d'informations qui se base essentiellement sur une documentation issue de la littérature et qui vient étayer les concepts clés que nous souhaitons approcher.

L'ensemble de ces données est développé à l'aide d'une réflexion personnelle, et celles-ci servent ensuite à étayer le modèle d'analyse systémique. Ce modèle est donc à la fois un outil de classification de données et d'analyse de celles-ci.

4. Méthode d'analyse

Il s'agit d'une analyse qualitative exploratoire, ce qui signifie que l'analyse se base d'une part sur une récolte d'informations en provenance d'une analyse de la littérature et d'une documentation des concepts clés en lien avec la problématique et, d'autre part sur une confrontation de ces données au cadre de référence systémique proposé.

CHAPITRE 7

RESULTATS DE L'ANALYSE PRECEDE

Le chapitre suivant correspond à la première partie de l'analyse systémique de la problématique. Celui-ci sert donc à approcher les obstacles multifactoriels freinant le développement des pratiques collaboratives interprofessionnelles.

1. Diagnostic épidémiologique et social

Le diagnostic épidémiologique et social consiste à fixer le problème prioritaire, les objectifs, la finalité, et le public cible relatifs à la problématique exposée.

Le **problème prioritaire** est le manque de développement des pratiques collaboratives interprofessionnelles en Belgique et la **finalité** de cette étude est de favoriser leur développement. Pour cela, l'**objectif général** est d'identifier les obstacles à la mise en place de pratiques collaboratives interprofessionnelles en soins de santé et de pallier à ceux ci par la mise en place d'un plan d'actions ciblées. Les **objectifs spécifiques** sont de cerner les obstacles éducationnels, comportementaux, environnementaux et institutionnels à cette intégration. Le **Public cible** représente les acteurs directement exposés au manque de pratiques collaboratives en soins de santé, représenté ici par les patients souffrant de pathologies chroniques.

Le diagnostic épidémiologique et social est résumé dans le tableau 2.

Tableau 2 Diagnostic épidémiologique et social

Diagnostic épidémiologique et social	
Problème prioritaire	Manque de pratiques collaboratives
Finalité	Favoriser le développement des pratiques collaboratives
Objectif général	identifier les freins à la mise en place de pratiques collaboratives interprofessionnelles en soins de santé, mise en place d'un plan d'actions ciblées pour limiter ces freins
Objectifs spécifiques	Cerner les freins éducationnels, comportementaux, environnementaux et institutionnels ; faire ressortir les actions à mettre en place dans chacun de ces domaines.

2. Diagnostic comportemental

2.1. Identification des acteurs

Cerner l'ensemble des facteurs et des acteurs touchant la problématique ne serait pas envisageable. C'est pourquoi dans la suite de cette étude, les acteurs seront considérés par catégories et non par professions ou disciplines.

La problématique du développement des pratiques collaboratives interprofessionnelles en santé touche plusieurs acteurs dont **les professionnels de santé**, regroupant toutes les professions de santé médicales ou paramédicales, **les institutions de santé** représentant autant les hautes institutions comme le Ministère de la Santé actuelle, que les plus petites institutions comme les administrations des hôpitaux et autres. Les **Universités** font également parties des acteurs de cette problématique, regroupant le corps académique, les chercheurs ainsi que les étudiants en santé.

2.2. Comportement des acteurs

Afin de compléter les diagnostics éducationnel, institutionnel, et environnemental, il convient « de cibler les comportements prioritaires susceptibles de développer ou de renforcer la problématique définie »⁸⁴. Ces comportements sont issus de données de la littérature, ces données sont reprises pour étayer chaque diagnostic. Les comportements mis en évidence sont présentés au tableau 3.

⁸⁴ PARENT F. 2006

Tableau 3 Diagnostic comportemental

Diagnostic comportemental	
Catégorie d'acteurs	Identification des comportements
Professionnels de soins de santé	-Sont issus de formations différentes -Cloisonnent leurs pratiques et leurs environnements - Maintiennent les asymétries entre acteurs de soins. -Ont peur de s'investir dans des projets de groupe - Tendent à se sur spécialiser
Écoles ou Universités	- N'incitent pas à la mixité professionnelle des étudiants, - Ne valorisent pas le travail d'équipe ni les travaux interdisciplinaire dans les cursus - Valorisent l'apprentissage des aspects biomédicaux - Valorisent l'évaluation individuelle des étudiants - Ne connaissent pas et n'enseignent pas les compétences clés des pratiques collaboratives interprofessionnelles. - Ne fournissent pas suffisamment de données de qualités sur les impacts des pratiques collaboratives, ni sur les modalités d'enseignement et d'évaluation de celles ci.
	-Manquent de contact avec étudiants d'autre disciplines. - Manquent de savoirs pratiques - Ne connaissent pas les compétences de la collaboration interprofessionnelle -Sont issus de formations différentes
	- Cloisonnent les enseignements
	- Ne fournissent pas de support administratif favorisant la collaboration - Ne donnent pas assez de temps aux professionnels de santé pour qu'ils organisent des réunions de pratiques collaboratives interprofessionnelles - Favorisent l'échelonnement, hiérarchie et catégorisation, encouragent la concurrence

Une fois le diagnostic comportemental établi, il convient « pour chaque comportement retenu d'énoncer les déterminants de ce comportement et de placer ces facteurs sur le bon flipchart, soit celui du diagnostic environnemental, éducationnel, institutionnel.»⁸⁵

3. Diagnostic éducationnel et motivationnel

3.1. Facteurs prédisposants

Certaines des perceptions, connaissances et attitudes des patients et professionnels de santé sont des facteurs prédisposants au non développement des pratiques collaboratives.

⁸⁵ PARENT F, 2006.

Perception de la collaboration, partage des responsabilités et autonomie

Le partage de responsabilité nécessaire au processus de collaboration est un des freins au développement de celle-ci. En effet, lors de travaux de groupe, les risques de propagation d'erreurs ou de dissémination d'information peuvent être augmentés et les professionnels ne souhaitent pas être responsables des erreurs ou manquements d'autres professionnels⁸⁶. Dans le cas d'un groupe de travail dont le rendement serait faible, certains professionnels ne veulent pas être associés aux autres membres du groupe.

De plus, certains professionnels voient dans la collaboration avec d'autres acteurs « un risque de réduction de leur autonomie »⁸⁷ et la nécessité de s'adapter « à des règles communes et aux exigences des autres »⁸⁸.

Perceptions de la collaboration et rôles.

La perception que les professionnels ont du travail en collaboration sur les identités professionnelles peut être un frein à la mise en pratique. En effet, la crainte d'une « dilution de l'identité professionnelle »⁸⁹ et le « risque de modifier les positions relatives »⁹⁰ des professionnels ont été évoqués comme perceptions de la collaboration par les professionnels de santé. Cependant, une des étapes clés de l'apprentissage de la collaboration consiste à définir les rôles et limites de chaque professionnel et permet d'éviter ces situations.

L'hyperspécialisation en santé

Les progrès scientifiques et techniques, l'augmentation exponentielle des connaissances dans le domaine des soins de santé ont amené les professionnels de santé à se spécialiser. En effet, dans le domaine médical, le pourcentage de diplômés en médecine devenant médecins généralistes diminue⁹¹. On comptait en 2010 1.7 fois plus de médecins spécialistes

⁸⁶ HUARD P et al. 2010

⁸⁷ Idem

⁸⁸ Idem

⁸⁹ WACHEUX et al. 2007

⁹⁰ HUARD P et al. 2010

⁹¹ KCE 2012.

que de médecins généralistes, et il y avait la même année environ 6,0 fois plus de médecins spécialistes en formation que de médecins généralistes en formation.⁹²

Pour certaines pathologies aiguës et rares, la qualité de la prise en charge par ces professionnels hyper qualifiés est excellente et suffit.

Cependant, comme souligné au chapitre 2, la prise en charge de pathologies chroniques nécessite une prise en charge multidisciplinaire. La qualité de cette prise en charge dépend en partie de l'efficacité de l'interaction entre les acteurs de l'équipe. Et l'interaction entre les acteurs de santé est réduite par cette hyperspécialisation qui semble isoler et éloigner les acteurs de santé des uns des autres, et peut freiner les processus de collaboration⁹³.

Formations différentes

Les professionnels sont issus de formations différentes les amenant à avoir des philosophies, des valeurs, et des perspectives de soins différentes qui peuvent bloquer le développement d'une pratique en collaboration^{94,95}. De plus « l'absence d'une compréhension commune entre les disciplines qui utilisent des vocabulaires différents et des modes de questionnement différents » freine la communication entre acteurs.

Valorisation des aspects biomédicaux

La quantité de connaissances biomédicales en soins de santé augmente année après année, et celle ci peut parfois surcharger les programmes de cours, au détriment semble t-il de certains aspects non biomédicaux de la santé. Comme le souligne Hoffman⁹⁶, certains aspects comme « la sociologie de la santé, psychologie de la maladie, anthropologie de la santé, approche interculturelle, philosophie de la santé, théories de la communication, politique de santé, santé publique, réflexions sur la pratique et ses limites, sur le normal et le pathologique » ne sont que rarement présentés aux étudiants. Ceux ci sont pourtant des atouts utiles au développement de compétences de collaboration comme la communication, le leadership ou la gestion de conflits chez les futurs professionnels de santé.

⁹² SPF Santé Publique, 2011.

⁹³ HALL P et al. 2005

⁹⁴ FAGIN 1992

⁹⁵ MARIANO, 1989.

⁹⁶ HOFFMAN A. 2000.

L'hypothèse est formulée que le manque d'enseignement des ces aspects non biomédicaux, limite le développement de compétences et freine le développement de pratiques collaboratives.

Connaissances et enseignement des compétences clés à la pratique collaborative.

Les professionnels de santé et enseignants n'ont pas toujours connaissances des compétences nécessaires à la collaboration. Ces compétences ne sont par conséquent que peu enseignées aux étudiants. Les processus de collaboration étant peu développés dans les cursus de soins de santé, l'hypothèse est formulée que la transférabilité des acquis par les apprenants n'est pas en faveur du développement des pratiques collaboratives dans les milieux professionnels.

Valorisation des savoirs théoriques au dépend des savoirs pratiques.

Comme le souligne Parent F, « une certaine tradition universitaire du rapport au savoir tend à considérer que les savoirs « théoriques », délibérément détachés de toute fonction utilitariste a priori, sont d'une nature qui les distinguerait des autres et qui en ferait des savoirs d'un ordre supérieur»⁹⁷ et « l'enseignement universitaire actuel est majoritairement porté sur l'acquisition de savoirs théoriques, les connaissances pratiques, plus proches d'une réelle maîtrise de compétence étant parfois moins développées. »⁹⁸

Les lacunes en terme de savoirs pratiques peuvent aboutir à la formation de professionnels en inadéquation avec leur milieu de travail. Comme l'exprime Lefève C⁹⁹, «le savoir, lorsqu'il n'est pas mobilisé par l'examen et l'écoute du patient ni articulé à l'expérience clinique du praticien, fonctionne comme une protection et un rempart d'indifférence qui éloignent le médecin de la réalité humaine de la maladie et, de fait, de la fonction soignante de la médecine. » Le manque d'apprentissage des savoirs pratiques dans les enseignements en santé est un facteur freinant le développement des pratiques collaboratives en soins de santé.

⁹⁷ PARENT F et al. 2013

⁹⁸ PARENT F et al. 2013

⁹⁹ LEFÈVE C. 2012

L'ensemble des facteurs énoncés jusqu'à présent ne prédispose pas les acteurs de santé à être réceptif au changement de paradigme imposé par les pathologies chroniques.

3.2. Facteurs facilitants ou rendants capables

Certains des « habiletés, savoirs faire et savoirs êtres »¹⁰⁰ des acteurs peuvent également être des facteurs facilitants le non développement des pratiques collaboratives.

Résultats des pratiques collaboratives dans la littérature

En 2007, l'équipe du FCRSS¹⁰¹ a publié une synthèse des lacunes dans le domaine de la recherche en pratique collaborative. Ils concluent, comme Zimmerman¹⁰² deux ans plus tard, qu'il n'existe qu'un nombre limité de données de qualité moyenne à élevée en relation avec la collaboration interprofessionnelle ». De plus une pénurie de données sur les « variations dans les modes de collaboration interprofessionnelle » est constatée. Ce manque de données disponibles sur l'efficacité des pratiques collaboratives peut être un des freins à leur développement.

Budget alloué aux pratiques collaboratives

Les heures passées à cordonner une équipe, à organiser des tables de conversation entre professionnels, à former les enseignants, les étudiants ou encore les chercheurs demande du temps et ont un coût financier. Actuellement, ces actions collaboratives ne sont pas reconnues et donc pas rémunérées.

Dans un rapport sur la prise en charge de maladies chroniques, le KCE met en avant le fait que le personnel en charge de patients « chroniques, complexes » devrait avoir un barème de rémunération adapté permettant de « compenser les tâches de formation » nécessaire à la prise en charge de ces pathologies.¹⁰³ En 2008, la Ministre de la santé en charge avait proposé de mettre 380 millions d'euros au profit de l'amélioration de la prise en charge des

¹⁰⁰ PARENT F. 2006

¹⁰¹ FCRSS, 2007

¹⁰² ZWARENSTEIN M, et al. 2009

¹⁰³ KCE, 2012. *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique*

pathologies chroniques, dans la répartition du budget, une adaptation de la rémunération des professionnels n'était pas envisagée.¹⁰⁴

À titre de comparaison, au Canada, le ministère fédéral de la santé avait accordé un budget de 4 millions de dollars de 2009 à 2012 pour aider 3 projets à la mise en place de pratiques d'apprentissages axés sur la collaboration interprofessionnelle¹⁰⁵.

Que cela soit dans la répartition du budget de l'enveloppe de santé, ou dans la répartition des budgets des hôpitaux ou des Universités, le financement des pratiques collaboratives n'en est qu'à ces débuts. Pourtant, l'acquisition de compétences liées aux pratiques collaboratives n'est possible que si les professionnels sont valorisés dans leurs actions et « l'accréditation des professionnels de santé peut être un catalyseur pour l'introduction d'un changement de pratique »¹⁰⁶.

3.3. Facteurs non renforçants (déforçant)

De l'individualisme étudiant à l'interprofessionnalisme.

L'évaluation des apprenants en santé telle qu'elle est réalisée aujourd'hui est majoritairement orientée vers une évaluation des compétences individuelles sur des travaux individuels. Les apprenants sont plus rarement évalués sur le travail de groupe et encore moins sur leurs compétences individuelles lors d'un travail de groupe, et ceci certainement car l'évaluation d'un individu lors d'un travail de groupe est une tâche fastidieuse.

Le fait d'être évalué pendant un cursus entier de façon individuelle n'amène pas l'étudiant à développer des compétences de « collaboration », puisque celles-ci ne sont pas récompensées. Au contraire, le fait que les apprenants soient évalués individuellement favorise la concurrence entre eux. Cependant, si l'on considère que ces apprenants sont de futurs professionnels de santé amenés à travailler étroitement et à collaborer, la notion de concurrence et donc la question de l'évaluation de groupe est à explorer.

¹⁰⁴ ONKELINX L, 2011.

¹⁰⁵ Santé Canada, 2011.

¹⁰⁶ WACHEUX et al. 2007

Manque de structure pédagogique favorisant le développement de compétences collaboratives

Une structure pédagogique de qualité permet le développement de projets et d'enseignement de collaboration interprofessionnelle efficace. À l'Université Libre de Bruxelles, seuls deux projets ont été mis en place récemment dont les « séminaires de collaboration interprofessionnelle »¹⁰⁷ depuis 2012 et le projet d'apprentissage par simulation « SimLabs »¹⁰⁸ depuis 2015.

Le suivi pédagogique apporté par le projet de séminaire est encore faible, les étudiants participent des séminaires sans formation préalable aux compétences de collaboration et ne bénéficient pas d'un suivi à la suite de ces séminaires. De plus l'évaluation des compétences acquises lors des séminaires n'est pas encore développée l'encadrement pédagogique de ces projets pourrait être renforcé par la formation des enseignants aux processus de collaboration, par une formation préalable des étudiants, par une évaluation efficace des données récoltées et par l'apport d'un compte rendu final des projets.

L'ensemble des facteurs liés au diagnostic éducationnel est résumé au Tableau 4.

Tableau 4 Diagnostic éducationnel

Diagnostic éducationnel		
Facteurs Prédisposants	Facteurs Facilitants	Facteurs Renforçants
Attitudes prédisposants à la non collaboration : Hyperspécialisations des professionnels et différences de formations	Manque de disponibilité des ressources comme le manque de résultats fournis en matière d'impact des pratiques collaboratives, de leur système d'évaluation ou de leur mode d'enseignement.	Feedback reçu renforçants la non collaboration. Par l'évaluation individuelle des étudiants, par le manque de mise en pratique dans les cursus
Mauvaise perception de la collaboration. Asymétrie de la relation soignant-soigné et difficulté à travailler en groupe	Manque d'accessibilité financière avec un manque de soutien financier pour créer des projets de pratiques et de la recherche.	Un manque de suivi pédagogique, du au manque de structure pédagogique pour l'apprentissage de ces pratiques.
Manque de connaissances et d'enseignement des compétences liées à la collaboration		

¹⁰⁷ Projet ULB- Séminaires transversaux de collaboration interprofessionnelle. 2012

¹⁰⁸ Projet ULB SimLabS. 2015.

4. Diagnostic environnemental

Ce diagnostic s'intéresse aux aspects environnementaux qui touchent à la problématique, qu'ils soient naturels ou physiques.

Cloisonnement des soins sur les lieux de travail

La majorité des Écoles ou Universités organisent leurs campus de façon à ce que chaque faculté ou secrétariat ait un bâtiment qui lui soit attribué¹⁰⁹. Ce cloisonnement observable sur les lieux d'apprentissage se retrouve également sur les lieux de travail. En milieu hospitalier notamment, lorsque chaque catégorie de professionnel possède son propre local dans un même service et parfois à un même étage.

Comme le souligne Mariano, « partager un même espace et la proximité physique facilitent la collaboration en réduisant les territoires professionnels et les comportements traditionnels ».¹¹⁰

Il semble que la configuration actuelle des lieux de formations et de travail ne soit pas encore suffisamment orientée vers le contact entre acteurs de santé pour leur permettre de développer des pratiques collaboratives mais au contraire que ce cloisonnement ralentisse voir bloque une partie de l'échange et de l'interaction entre professionnels.

Manque de mise en contact interdisciplinaire dans les cursus

Une lacune est mise en évidence lorsque l'on compare les contacts entre professionnels de santé sur le terrain et les échanges auxquels les étudiants, futurs professionnels de santé sont confrontés. Lorsque l'on observe les cursus universitaires de l'Université Libre de Bruxelles par exemple¹¹¹, rares sont les cours communs entre étudiants de différentes disciplines durant leurs études. Ceci malgré le fait que le contenu de certains cours soit similaire d'une faculté à l'autre. Or la mise en contact des acteurs de santé est un outil

¹⁰⁹ Université Libre de Bruxelles, plan du campus Erasme.

¹¹⁰ MARIANO 1989.

¹¹¹ ULB nombre de cours en commun

nécessaire au développement de compétences collaboratives^{112, 113} et ce manque actuel freine leur développement.

Temps accordé et difficultés d'organisation

Peu de temps, de matériel, de locaux sont accordés aux professionnels pour organiser des activités en collaboration, aucun aménagement des emplois du temps des professionnels n'est prévu pour réaliser ces activités.

Pourtant comme le souligne Mariano, « la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information, développer des relations interpersonnelles et adresser des éléments liés au concepts d'équipe » est une condition essentielle au développement de pratiques collaboratives. Les difficultés que l'organisation représente et le peu de temps accordé aux professionnels freinent la mise en place des activités

5. Diagnostic institutionnel

Actuellement, malgré les recommandations^{114 - 115}, peu de place est accordée au développement des pratiques collaboratives dans les programmes institutionnels et plusieurs raisons peuvent être à cela.

Structure organisationnelle et professionnelle

La structure organisationnelle dans laquelle se trouvent les soins de santé se base sur un modèle hiérarchique qui « ne facilite pas la mise en place d'une prise de décision partagée et une communication ouverte »¹¹⁶.

Cette structure organisationnelle favorise la relation asymétrique qui unie le patient au thérapeute. Cette relation est par nature asymétrique dans le sens où le thérapeute possède un savoir dont le patient a besoin, et s'inscrit dans plusieurs modèles¹¹⁷ dont un qui est le modèle paternaliste. Ce modèle est une « vision unidirectionnelle entre le médecin et le

¹¹² FAGIN 1992

¹¹³ MARIANO 1989

¹¹⁴ KCE, 2012. *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique*

¹¹⁵ European Union Policy Forum, 2012.

¹¹⁶ HENNEMAN et al. 1995

¹¹⁷ EZEKIEL J, 1992

malade dans laquelle le patient passif suit les conseils du médecin »¹¹⁸ et dans laquelle également, le savoir et donc le pouvoir ne sont pas partagés.

Bien que depuis peu une loi reconnaisse officiellement les droits du patient¹¹⁹ et favorise l'autonomie du patient, cette représentation de la relation entretient le modèle hiérarchique entre le soignant et le soigné influençant négativement l'idée de « patient partenaire » et des autres acteurs de santé comme collaborateurs.

D'après Henneman, ceci entretient la perception de hiérarchie entre ces deux acteurs et ne facilite pas le partage de pouvoir entre professionnels¹²⁰, ne prédisposant pas in fine à la relation de collaborateurs qu'ils pourraient avoir. Pour favoriser les processus collaboratifs, cette structure organisationnelle « devrait privilégier une structure plate décentralisée »¹²¹. De plus la structure professionnelle actuelle « régleme les fournisseurs de soins de santé en établissant des champs d'exercice exclusifs »¹²² ce qui peut être un frein au développement de partage de tâche et à toute activité collaborative.

Absence d'un organe de gestion

Le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS-CIHC) est une plateforme nationale en matière de formation interprofessionnelle et de pratique en collaboration financé par « Santé Canada » le ministère fédéral de la Santé au Canada.¹²³ Celle-ci compte dans ces activités la réalisation de référentiels de compétences en pratiques collaboratives, la mise en place des projets de pratique et d'enseignement à la collaboration, la publication de résultats de ces projets, et l'organisation de conférences de recherche en matière de collaboration interprofessionnelle.

Il n'existe pas à notre connaissance d'organisme de gestion spécifique aux pratiques collaboratives en Belgique. La création d'un tel organisme permettrait de coordonner les

¹¹⁸ EZEKIEL J, Ibid., p39.

¹¹⁹ Portail du Droit Belge- Consulté en février 2015

¹²⁰ HENNEMAN et al. 1995

¹²¹ HENNEMAN et al. 1995

¹²² BOURGEAULT I, et al. 2006.

¹²³ CIHC <http://www.cihc.ca/>. Consulté en Mars 2015.

projets, autour d'objectifs communs, de rassembler leurs résultats afin de créer des bases de données Belges, de donner des feedback nationaux aux acteurs de soins et de développer une pratique collaborative homogène et de qualité. L'hypothèse est faite que la présence d'un tel organe de gestion crédibiliserait également toute demande de financement auprès des institutions.

Place des pratiques collaboratives dans les programmes institutionnels

L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques est devenu une priorité pour les institutions de soins^{124,125}. Cependant, au regard des programmes annoncés, il semble que peu d'intérêt soit actuellement porté au développement des pratiques collaboratives dans les programmes de soins¹²⁶. Il semble pourtant qu'un soutien institutionnel soit primordial dans le développement de ces pratiques et que le manque de soutien actuel freine leur développement.

L'ensemble des facteurs liés aux diagnostics institutionnel et environnemental est résumé au Tableau 5.

Tableau 5 Diagnostic institutionnel et environnemental

Diagnostic Institutionnel	Diagnostic environnemental
Contexte politique-économique. Manque de crédit accordé à l'importance du développement des pratiques collaboratives. Pas une priorité dans les programmes.	Contexte géographique et spatial : Cloisonnement de l'enseignement et des lieux de travail en soins de santé.
Base de données de projets collaboratifs manquante en Belgique.	Aménagement des horaires : Difficulté d'aménagement des horaires des professionnels et des étudiants.
Inexistence d'un organe de gestion au niveau institutionnel	Manque de matériel, de locaux et temps accordé aux professionnels afin d'organiser des pratiques collaboratives.

¹²⁴ KCE, 2012. *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique*

¹²⁵ ONKELINX L, 2011.

¹²⁶ ONKELINX L, 2011.

CHAPITRE 8

RESULTATS DE L'ANALYSE PROCEDE

Le chapitre suivant répond à la deuxième partie de l'analyse systémique de la problématique. Celui-ci correspond donc à la mise en place d'un plan d'action favorisant le développement de pratiques collaboratives.

1. Axe éducationnel

Les données récoltées grâce au diagnostic éducationnel montraient que certains comportements prédisposant, favorisant et renforçant la problématique étaient dus à des manques de savoirs théoriques et pratiques en matière de collaboration interprofessionnelle et à des perceptions erronées de ces pratiques. La formation des acteurs de soins aux pratiques collaboratives est un levier pouvant renforcer ces manques. **L'objectif** des actions mises en place dans l'axe éducationnel est d'améliorer et de développer une structure d'apprentissage des pratiques collaboratives.

Pour atteindre ces objectifs, la **logique d'intervention** s'appuie sur :

- **La formation préalable des enseignants.** La qualité des projets mis en place repose en partie sur la qualité de leur supervision. La réussite et la pérennisation de ces projets commencent par la formation des personnes en charge de cet enseignement. Cette formation devrait permettre aux enseignants d'acquérir les connaissances théoriques et les compétences pratiques clés nécessaires à une pratique collaborative mais également les compétences nécessaires à l'évaluation de ces pratiques. Cette formation devrait permettre de cibler les objectifs de « collaboration » à atteindre, en effet, les deux projets actuellement mis en place à l'Université Libre de Bruxelles^{127,128} visent des objectifs d'amélioration globale des compétences collaboratives entre étudiants. Cependant les objectifs précis détaillant les compétences clés de la collaboration ne sont pas énoncés.

¹²⁷ ULB- séminaires de collaboration interprofessionnelle

¹²⁸ ULB- SimLabs Simulation en Laboratoire.

- **La formation préalable des étudiants et la multiplication de projets de collaboration.** Afin de renforcer l'action et de donner un contexte aux projets de collaboration entre étudiants, des introductions aux compétences clés de la collaboration et aux objectifs des projets peuvent être proposées aux étudiants. Une fois cette introduction faite, des activités d'éducation interprofessionnelle peuvent être mises en place et les projets peuvent être multipliés.

- **La formation des professionnels de soins.** Les professionnels de soins peuvent être introduits aux pratiques collaboratives par l'intermédiaire de formations continues, de stages, de conférences, ou encore d'interventions sur les lieux de travail via des projets d'équipes multidisciplinaires.

Des indicateurs de qualité permettent d'estimer la qualité des actions éducationnelles menées tant du point de vu des procédures que des résultats. Ces indicateurs doivent refléter le résultat des actions menées, et peuvent être de premier ou de second niveau. Les indicateurs de premier niveau seront liés aux acquis théoriques et pratiques des apprenants, relatifs à la collaboration interprofessionnelle. Les indicateurs de second niveau seront liés à l'impact des pratiques sur certains paramètres financiers et de santé.

Les indicateurs de premier niveau concernent la mesure des acquis en éducation interprofessionnelle, lors d'apprentissage de groupe ou lors de simulation, **l'échelle RIPLS**¹²⁹ (Readiness for Interprofessional Learning Scale) peut constituer un indicateur de qualité. Celle ci permet de rendre compte de l'attitude des participants vis à vis de la formation interprofessionnelle. Cette échelle a été validée au niveau pré et post gradué.

Concernant la mesure des acquis en pratiques collaboratives interprofessionnelles, plusieurs modèles ou échelles d'évaluation sont proposées. Celles ci sont souvent spécifiquement liées à un projet et rarement validées à une plus grande échelle. Le **modèle « CATS »**¹³⁰ (Communication and Teamwork Skills Assessment) proposé par l'équipe de Frankel permet d'évaluer les compétences en communication et en travail d'équipe en utilisant des

¹²⁹ REID R, et al. 2006.

¹³⁰ FRANKEL, A, et al. 2007.

marqueurs comportementaux concernant la coordination la collaboration, la connaissance de la situation et la communication. L'utilisation de ce modèle permet de donner rapidement une rétroaction à l'équipe de professionnels observée en donnant une note globale et des notes relatives à chaque catégorie.

Les indicateurs de second niveau reflètent l'incidence des actions menées sur des paramètres financiers et de santé. Ces paramètres peuvent être : le coût des pathologies chroniques en Belgique, la durée moyenne de la prise en charge des pathologies chroniques, la satisfaction des patients « chroniques » sur leur prise en charge. Ceci doit être évalué avant, pendant et après la mise en place des actions.

Les sources de vérification des changements apportés par ces interventions peuvent être :

- Les changements dans les programmes Universitaires par l'introduction des pratiques collaboratives pour les enseignants et dans les cursus, et l'augmentation du nombre de projets de collaboration.
- Les modifications dans les programmes Hospitaliers par l'introduction des pratiques collaboratives dans les programmes hospitaliers, l'augmentation du nombre mise en pratique, de conférences, ou de séminaires en lien avec les pratiques collaboratives.
- Les modifications des paramètres financiers et de santé au travers des rapports du SPF économie et du SPF santé Publique.

Certains **défis** d'ordre pédagogique comme la pertinence du contenu des projets pour chaque profession, ou d'ordre organisationnels comme la réunion de nombreuses personnes sur les mêmes lieux aux mêmes dates peuvent être des **contraintes** à la mise en place du plan d'action éducationnel.

La figure 5, permet de synthétiser le plan d'action proposé pour l'axe éducationnel

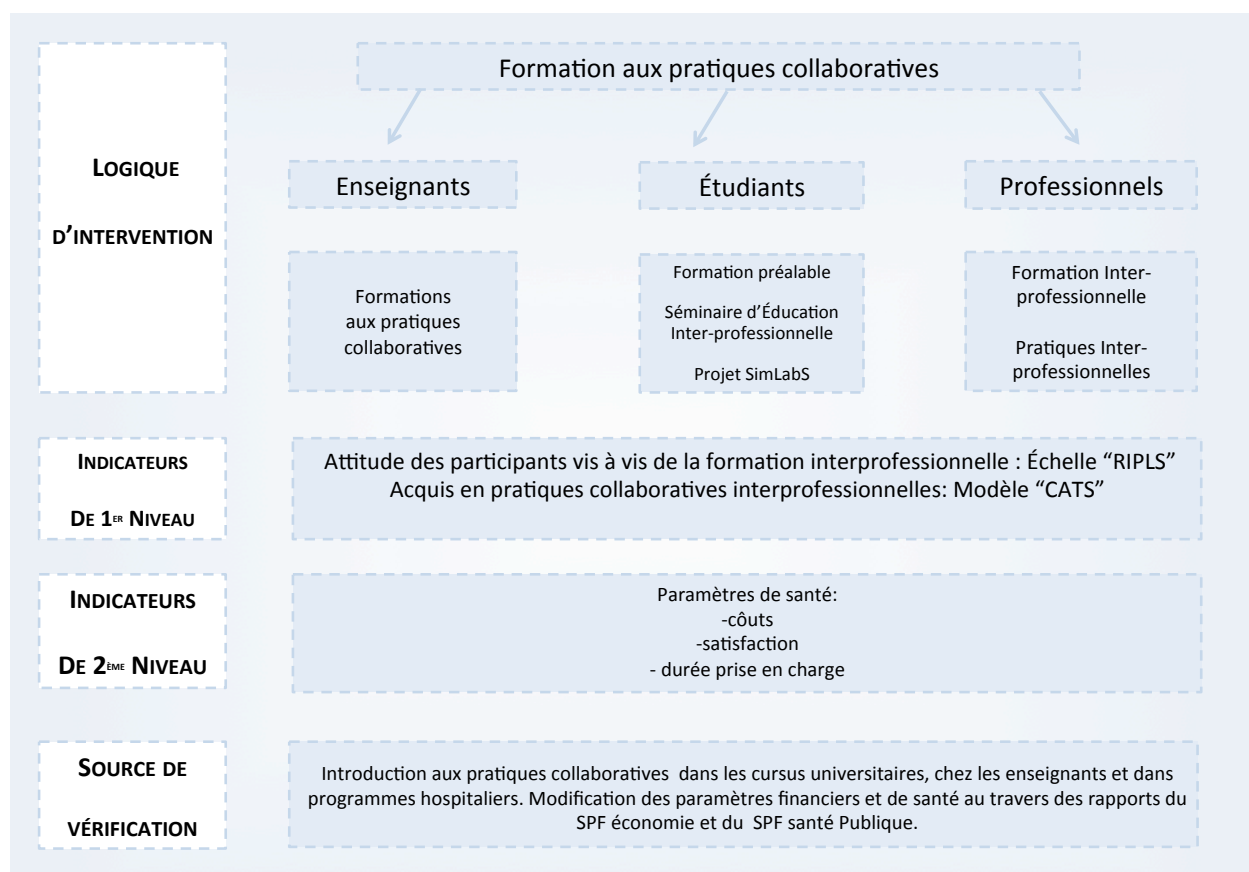


Figure 5 Planification des activités à mettre en place dans le secteur éducationnel

2. Axe environnemental

Les données concernant le contexte environnemental posait la problématique de la difficulté d'organisation des pratiques collaboratives dans les milieux de travail. Les actions environnementales mises en place auront pour **objectif** le développement d'un environnement propice au développement de pratiques collaboratives tout en restant en adéquation avec les besoins de chaque groupe d'acteur.

Pour cela, la **logique d'intervention** s'appuie sur :

- La **reconnaissance de nouveaux rôles dans la prise en charge de pathologies de longue durée par des équipes interprofessionnelles**. Les professionnels de santé peuvent être aidés par un « responsable de cas », celui ci peut planifier les réunions entre professionnels,

faciliter les démarches administratives de l'équipe de soins et servir d'intermédiaire entre l'équipe et le patient. Pour cela, ce rôle doit être reconnu et ces tâches rémunérées.

- **La reconnaissance des besoins nécessaire à l'organisation des pratiques collaborative.** La reconnaissance de ces besoins permettrait d'augmenter le temps disponible aux professionnels pour organiser des activités de collaboration et pour mettre à leur disposition du matériel pour organiser ces activités.

Afin de mesurer la **qualité** des actions menées, les **indicateurs** mesurant l'opinion des professionnels sur les travaux d'équipe et dans la prise en charge des pathologies chroniques peuvent être utilisés. Ceux ci peuvent être récoltés par l'intermédiaire de questionnaires de satisfaction.

Pour vérifier l'authenticité des actions menées, les **sources de vérification** suivantes peuvent être utilisées :

- L'observation de la création de poste et de financement pour les « responsable de cas » dans les hôpitaux.
- L'aménagement des horaires des professionnels, et la mise à disposition de locaux.

Dans la mise en place des activités environnementales, le manque de budget nécessaire à la création de nouveaux postes et à la mise à disposition de matériel sera source de **contrainte**. Pour cela la mise en place d'actions dans le secteur institutionnel est indispensable.

3. Axe institutionnel

Dans la première partie de l'analyse, le diagnostic institutionnel posait la problématique du manque de place des pratiques collaborative dans les programmes institutionnels et d'un manque de structure organisationnelle et professionnelle propice au développement des pratiques collaboratives. L'objectif des actions à mettre en place est donc de renforcer la cohérence institutionnelle en créant des outils de gestion des pratiques collaboratives.

Pour cela, la **logique d'intervention** s'appuie sur :

- **La création d'un outil national de gestion des pratiques collaboratives en Belgique.** La création de celui ci permettrait d'établir un référentiel de compétence de collaboration interprofessionnelle Belge, de coordonner les projets de collaboration, et de rassembler les résultats de ces projets et des projets de recherche. Cet outil de gestion pourrait se greffer à l'observatoire des maladies chroniques¹³¹ crée en 2012 par l'INAMI. En effet, une des missions de l'observatoire est de cerner les besoins des « malades chroniques », une partie de ce groupe de recherche pourrait se consacrer également à la gestion et à l'observation des pratiques collaboratives en Belgique.

-**La création d'un outil de gestion pour les professionnels de soins.** Celui ci aurait pour but de faciliter l'échange entre les différents professionnels, de réduire les démarches administratives liées à la prise en charge des pathologies chroniques, et d'éviter la répétition d'actes thérapeutiques. Il devra contenir des outils utiles à la prise en charge multidisciplinaire des patients, des outils d'évaluation communs entre praticiens, et faciliter également l'accès du patient aux soins et aux informations. Cet outil de gestion pourrait être comme le propose le KCE¹³², un « module de soins de longue durée » commun pour les professionnels de la santé. Dans cette démarche le projet SUMEHR¹³³ (Summarized Electronic Health Record) est déjà en cours et propose l'utilisation d'un « dossier médical résumé, sous la responsabilité du médecin généraliste, partagé avec d'autres soignants, par le biais de plateformes électroniques qui répondent à des critères de sécurité et de confidentialité »¹³⁴.

-Le renforcement de la place des pratiques collaboratives dans les programmes institutionnels

Pour soutenir les projets précités, il est nécessaire de renforcer la place des pratiques collaborative au près des institutions. Ceci en informant les pouvoirs publics, les institutions en charge de la santé de la place des professionnels de santé dans la problématique actuelle et de la nécessité d'engager une politique de reformation du système de soins autour de

¹³¹ Observatoire des maladies chroniques-INAMI

¹³² KCE 2012

¹³³ SPF Santé Publique - Projet SUMEHR

¹³⁴ Idem

pratiques collaboratives interprofessionnelles. C'est en partie par le soutien des institutions que les autres secteurs d'activité pourront se développer et perdurer.

Afin de mesurer l'importance des changements apportés au niveau institutionnel, certains **indicateurs de qualité** seront :

- La mise en place d'une équipe chargée de la création d'un organe de gestion national.
- Le développement d'un outil de gestion des patients chroniques, grâce au développement du projet SUMHER et à l'adaptation de ce projet à tous les professionnels de soins par le développement de la plateforme eHealth¹³⁵ qui permet de standardiser les données encodées par chaque professionnel de soins.
- L'observation de modifications de la place des pratiques collaboratives dans les programmes institutionnels.

Afin de **vérifier** la mise en place et la qualité de ces actions, certaines **sources** seront nécessaires comme :

- L'observation des programmes ministériels et institutionnels en santé.
- L'observation de la part financière des institutions dans le développement à la fois d'un organe national de gestion et d'un outil professionnel de gestion des pratiques collaboratives interprofessionnelles.
- Le financement d'un comité de coordination des « pratiques collaboratives » dans le milieu des soins de santé.
- La vision détaillée de la répartition du budget de formation des hôpitaux, des Universités.

Nous faisons **l'hypothèse** que la réalisation du plan d'action institutionnel, favorisera la mise en place des plans d'actions éducationnels et environnementaux qui eux même créeront une rétroaction positive sur les institutions en augmentant les connaissances, données, résultats sur ces pratiques, qui permettront in fine d'identifier au mieux les besoins et d'appuyer les demandes de budget.

¹³⁵ SPF Santé Publique - Plateforme eHealth.

La synthèse des résultats obtenus par l'analyse Procède est visible sur la figure 6.

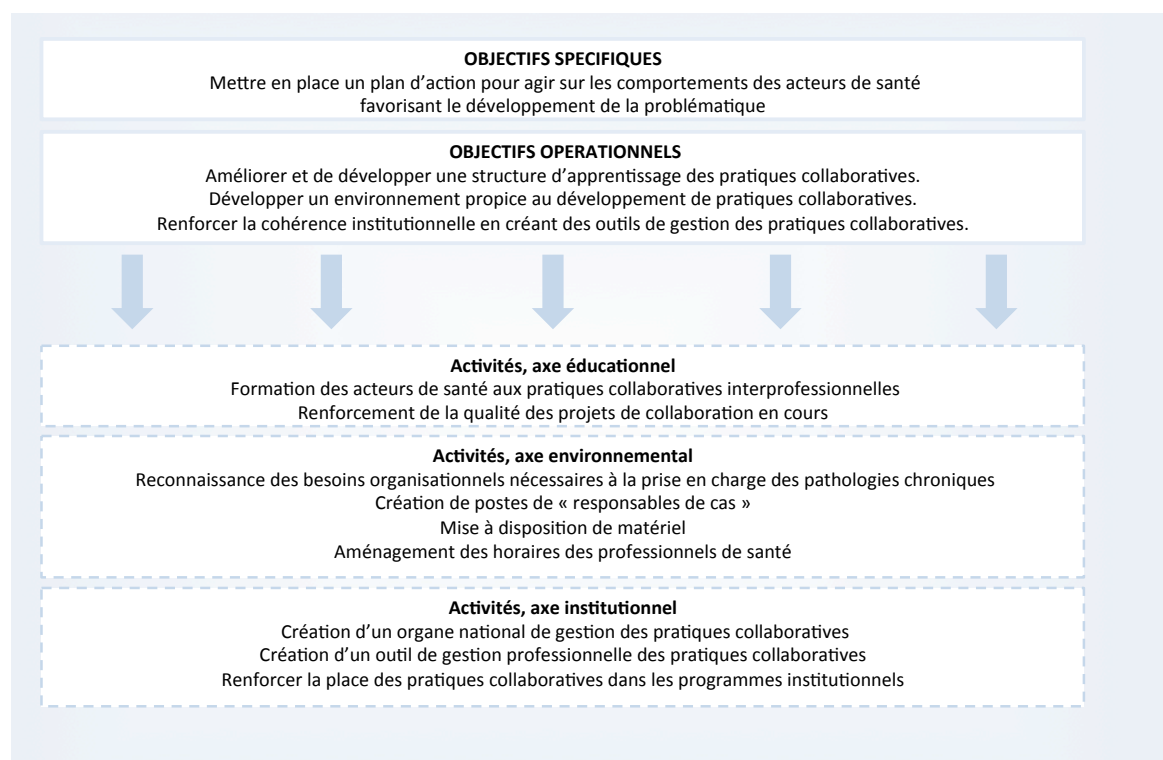


Figure 6 Synthèse du plan d'action proposé pour répondre à la problématique de sous développement des pratiques collaboratives en Belgique

Les chapitres 7 et 8 clôturent l'analyse systémique que nous avons souhaité approcher. Les résultats de cette analyse sont visibles sur la figure 7.

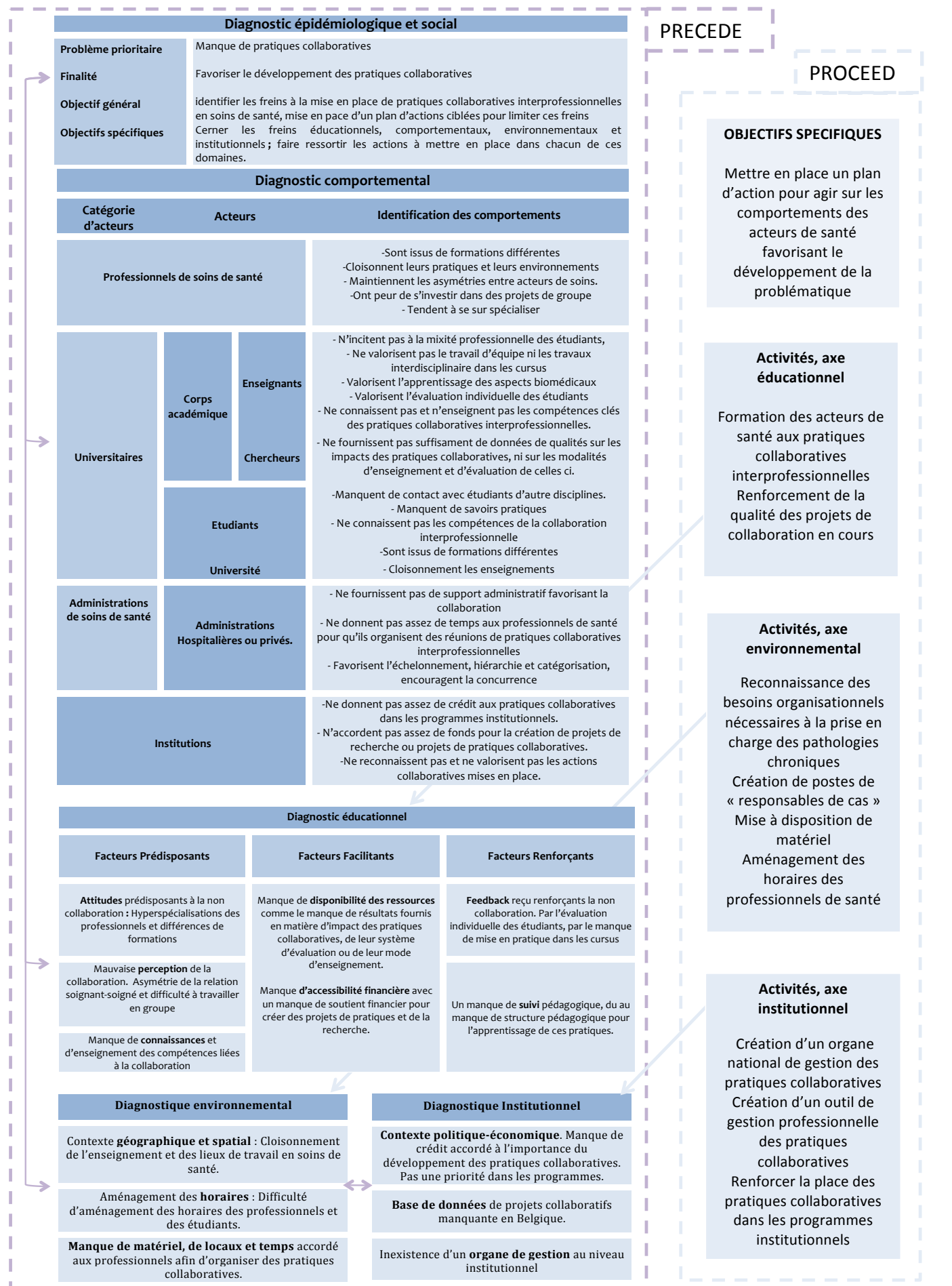


Figure 7 Vue synthétique des résultats de l'analyse systémique de la problématique de sous développement des pratiques collaboratives en Belgique

CHAPITRE 9

DISCUSSION

1. Limitations dues à la problématique choisie

Dans cette recherche, nous avons réduit les bénéfices des pratiques collaboratives à la prise en charge des pathologies chroniques. Cependant l'impact de ces pratiques sur d'autres types de pathologies aurait pu faire l'objet d'une recherche approfondie. De plus, cette réduction peut faire penser que les pratiques collaboratives sont la seule solution à la prise en charge des pathologies chroniques, d'autres solutions¹³⁶ comme la prévention primaire des patients, ou l'éducation thérapeutique de ceux ci auraient pus être présentées.

2. Limitations dues au choix du modèle d'analyse

Cette étude se veut la plus globale et intégrative possible, le caractère systémique est approché mais pas complètement atteint. Un caractère réducteur et subjectif peut lui être reproché. C'est en effet une analyse personnelle de la situation qui à été réalisée par un des acteurs concernés par la problématique.

Certains auteurs se sont également intéressés à une problématique similaire et certains d'entre eux séparent les obstacles à la mise en place des pratiques collaboratives en fonction de leur niveau d'influence : « macro », « micro »^{137,138} et encore « méso »¹³⁹. Cependant, ces modèles ne prennent pas en compte les liens entre les facteurs et il n'existe pas à notre connaissance d'étude traitant les obstacles à l'intégration des pratiques collaboratives par l'approche que nous avons faite. Une des difficultés a donc été de s'approprier le modèle d'analyse systémique d'une part, car celui-ci nécessite plus d'expérience que nous n'en n'avions. La seconde difficulté, a été d'y intégrer les données nécessaires dans le cadre de notre recherche.

¹³⁶ European Union Policy Forum, 2012; KCE 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2012 ; HUARD P et al. 2010 (2).

¹³⁷ WACHEUX F, et al.2007.

¹³⁸ GOURDE M-A, 2011.

¹³⁹ BOURGEAULT I. L et al. 2006

Le caractère novateur de cette étude est à noter, ceci surtout afin d'en souligner les limites, mais aussi afin d'insister sur la nécessité d'une prolongation et d'un approfondissement de cette réflexion systémique.

L'approche que nous avons choisi permet d'appréhender en partie la multitude des facteurs impliqués. Elle ne nous a cependant pas permis de développer ceux-ci dans le temps imparti. Les actions proposées en fin de recherche sont des propositions de conduite générales et ne montrent pas de solution pratique définitives comme l'aurait voulu le modèle d'analyse.

La finalité de cette étude n'était pas de cerner la globalité de la situation, ce qui n'est pas envisageable, cependant, par une approche systémique, nous avons pu mettre en lumière quelques aspects qui pourraient être approfondis par des personnes souhaitant favoriser l'intégration des pratiques collaboratives dans le milieu des soins de santé.

3. Discussion du choix des outils utilisés

Nous avons fait le choix pour cette étude de réaliser une analyse qualitative exploratoire des concepts clés qui fondent la problématique. L'ensemble des concepts abordés mérite un développement plus conséquent, cependant le temps imparti pour cette étude ne nous permettait pas de faire une analyse plus complète. De même, cette analyse exploratoire pourrait être approfondie et complétée, en questionnant par exemple chaque acteur sur les concepts développés, à partir de questionnaires qualitatifs ou à l'aide d'entretiens semi-dirigés avec les acteurs, afin de formuler d'autres obstacles et actions à mettre en place.

De plus nous avons limité les acteurs de la problématique en n'y intégrant pas les patients et en ne détaillant pas les catégories de professionnels. Ce qui a une influence considérable sur l'analyse systémique réalisée. Une prochaine étude pourrait s'adresser aux acteurs non considérés et détailler les catégories d'acteurs.

4. Discussion de l'évolution de la situation actuelle

Afin de poursuivre cette étude, le soutien par des acteurs qualifiés en pédagogie et en santé publique pourrait aider à l'identification d'autres actions à mettre en place et permettrait d'ajuster les actions proposées à la réalité du terrain. En effet, cette étude est réalisée par

un acteur en santé, ne possédant pas les compétences requises ni l'expérience professionnelle afin de proposer des actions plus détaillées qu'elles ne sont.

Cette étude a souhaité être la plus systémique possible, cependant par le temps imparti, la complexité de la situation, le choix des outils utilisés et l'évolution actuelle de la situation celle-ci ne peut prétendre à une analyse systémique. Celle-ci est à considérer comme une approche exploratoire de certains concepts freins à l'intégration des pratiques collaboratives dans le système des soins de santé.

CHAPITRE 10

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de considérer le plus globalement possible les obstacles à l'intégration des pratiques collaboratives dans le système de soin et de formuler un plan d'action pour répondre à cette problématique. Une approche systémique guidée par le modèle de Green et Kreuter, nous a permis de cerner certains des aspects en interactions dans l'analyse de la problématique. Nous avons questionné les aspects éducationnel, institutionnel, environnemental et épistémologique qui touchent à la problématique, et nous avons pu formuler quelques actions à mettre en place pour favoriser l'intégration des pratiques collaboratives en santé.

Le diagnostic éducationnel, a permis de développer le manque de savoirs théoriques et de compétences pratiques de collaboration mais également les attitudes et représentations qui renforcent la non mise en place des pratiques collaboratives. Pour répondre à cela des activités visant à orienter la formation des acteurs en santé vers une approche collaborative ont été suggérées.

Le diagnostic environnemental, a permis de mettre en évidence le manque de moyens pratiques nécessaires à la mise en place des pratiques collaboratives ainsi que le cloisonnement des acteurs de santé freinant la mise en contact de ceux-ci. Ceci a permis de mettre en place un plan d'action orienté sur la création de nouveaux postes de coordinateurs ainsi que l'aménagement d'horaires et la mise à disposition de matériel pour faciliter le travail collaboratif des professionnels de soins.

Enfin, à travers le diagnostic institutionnel, les freins représentés par les structures professionnelles et organisationnelles actuelles ont pu être mis en évidence. Et un plan d'action orienté vers la création d'un organe de gestion national et d'un outil de prise en charge professionnel des pratiques collaboratives a pu être pensé.

L'ensemble de ces diagnostics et propositions d'activités se doivent d'être complétés et développés pour atteindre un réel caractère systémique. Bien que cette analyse s'arrête à

une démarche méthodologique faisant référence uniquement à une approche exploratoire qualitative sur le sujet, celle-ci ouvre les portes à quelques concepts clés sur lesquels les professionnels désireux d'intégrer les pratiques collaboratives au système de soin devraient se préoccuper. Elle donne également un cadre de référence pour penser d'autres pistes de recherche dans ce domaine.

CHAPITRE 11

BIBLIOGRAPHIE

JOURNAUX SCIENTIFIQUES:

ART B, DE ROO L, WILLEMS S, DE MAESENEER J. *An interdisciplinary community diagnosis experience in an undergraduate medical curriculum : development at Ghent University.* Academic Medicine, Vol 83, p675-683, 2008.

BOURGEAULT I. L, MULVANE G. *Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance.* Health Sociology Review, Vol 15, N°5, p481-495. 2006.

CALLAHAN C, BOUSTANI M, UNVERZAGT F, AUSTROM M, DAMUSH T, PERKINS A. *Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care.* Journal of the American Medical Association. Vol 18, p 2148-2157. 2006.

CHEATER FM, HEARNshaw H, BAKER R, KEANE M. *Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial.* International Journal of Nursing Studies Vol 42, 2005.

COHEN S, BAILEY D. *What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite.* Journal of Management, Vol 23, N°3, p239-290, 1997.

CURLEY C, McEACHERN JE, SPEROFF T. *A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards.* Medical Care Vol 36 1998.

D'AMOUR D, OANDASAN I. *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centered practice.* Santé Canada. 2004.

D'AMOUR D., OANDASAN I. ***Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept***. Journal of Interprofessional Care, Vol1, 8 – 20, 2005.

D'AMOUR D, HUDON E, GOUDREAU J, BEAULIEU M, LAMOTHE L. ***L'essor des soins infirmiers en GMF***. Perspectives infirmières. Vol 5, p 4-11. 2008.

DROTAR D. ***Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium : Perspectives and challenges***. Developmental and behavioral pediatrics. Vol 23, p 175-180. 2002.

EZEKIEL J, LINDA L. ***Four models of the physician-patient relationship***. JAMA, Vol267, n° 16, 1992.

FAGIN CM. ***Collaboration between nurses and physicians : no longer a choice***. Academic Medicine Vol 67, p295-303. 1992.

FRANKEL A, GARDNER L, MAYNARD A, KELLY A. ***Using the Communication and Teamwork Skills (CATS) Assessment to measure health care team performance***, Joint Commition Journal on Quality and Patient Safety, Vol 33 p549-558. 2007

GOELEN G, DE CLERCQ G, HUYGHENS L, KERCKHOFS E. ***Measuring the effect of interprofessional problem-based on the attitudes of undergraduate health care students***. Medical Education, Vol 40, p555-561, 2006.

GOURDE M-A, ***Effet d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur la personne, sur la modification des attitudes des étudiants de trois différentes disciplines en contexte de soins et de services de première ligne***. École de service social, Faculté des Sciences Sociales, Université de Laval, Québec, 2011.

GREEN LW, KREUTER MW. ***Health promotion planning an educational and environmental approach*** Mayfield Pub. Co, 1991.

GUZZO R, DICKSON, M. ***Teams in organisation, recent reasearch on performance and effectiveness.*** Annual Rev. of Psychology, Vol 47 p307-338. 1996.

HALL P, WEAVER L. ***Interdisciplinary education and teamwork: A long and winging road.*** Medical Education, Vol 35, p867-875. 2001

HUARD P, SCHALLER P. ***Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques.*** Pratiques et Organisation des Soins. Vol. 41, p 237-245. 2010

HUARD P, SCHALLER P. ***Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, 2-stratégie.*** Pratiques et Organisation des Soins. Vol. 41, p 247-255. 2010

HENNEMAN E, LEE J. L, COHEN J. ***Collaboration: a concept analysis.*** Journal of Advanced Nursing, Vol 21, p103-109. 1995

HOFFMAN A, ***Bref plaidoyer pour une culture générale.*** Santé conjugulée, Vol 11, p46-47 2000.

LEFEVE C. ***Devenir médecin.*** Puf, 2012

MARIANO C. ***The case for interdisciplinary collaboration.*** Nursing Outlook, Vol 37, p285-288, 1989.

McDANIEL, H, HEPWORTH, J. ***Family psychology in primary care : managing issues of power and dependency through collaboration.*** Primary care psychology p. 113-132, 2004.

MEULEMANS H, VAN ROYEN P. ***The effect of learning interprofessional collaboration in health care.*** University of Antwerp. Projet en cours.

PARENT F. ***Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Etude sur la gestion et le développement des ressources***

humaines en santé. Thèse de Doctorat, Ecole de santé publique, Université Libre de Bruxelles, 2006.

PARENT F, JOUQUAN J. **Penser la formation des professionnels de santé. Une perspective intégrative.** Edition De Boeck 2013

PIRKIS J, LIVINGSTON J, HERRMAN H, SCHWEITZER I. **Improving collaboration between private psychiatrists, the public mental health sector and general practitioners : Evaluation of the partnership project.** The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol 3, p 125-134. 2004.

PREEN D, BAILEY B, WRIGHT A, KENDALL P, PHILIPS M. **Effetcs of a multidisciplinary, post discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital lenght of stay : A randomized controlled trial.** International Journal for Quality in Helalth Care. Vol 17, p 43-51. 2005.

REID R, BRUCE D, ALLSTAFF K, McLERNON D. **Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL?** Medical Education, Vol 40. 2006.

SALAS E, DICKINSON T, CONVERSE S, TANNENBAUM S. **Toward an understanding of team performance and training,** *American Psychologist.* Vol 45 p3-29, 1992.

SALAS E, COOKE N.J, ROSEN MA. **On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments.** Human Factors, Vol. 50, p540-547, 2008.

SICART D. **Les professions de santé au 1er janvier 2005,** n° 82 Drees, 2005.

SCHMIDT I, CLAEISSON CB, WESTERHOLM B, NILSSON LG, SVARSTAD BL. **The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes.** Journal of the American Geriatrics Society vol 46 p 77–82. 1998.

WACHEUX F, KOSREMELLI ASMAR M. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire, Présentation lors d la Journée internationale de management, Beyrouth, Liban. 2007.

WILD D, NAWAZ H, CHAN W, KATZ DL. *Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit*. Journal of Public Health Management and Practice Vol 10, 2004

ZWARENSTEINM, GOLDMAN J, REEVES S. *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol 3, 2009.

PUBLICATIONS DE FIRMES :

Affections Chroniques. Bruxelles. Institut Scientifique de la Santé Publique Belge (ISSP), Section Epidémiologie, 2008. Visible sur : <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/TABLE08.HTM>

Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012

Chronic disease, Geneva. World Health Organisation, Health topics. 2011.

Consultation on chronic diseases European Union Health Policy Forum. European Commission, Public Health. 2012 Visible sur : http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

Collaboration interprofessionnelle et service de santé de première ligne de qualité. Ottawa. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). 2007

Global status report on non communicable diseases. Geneva World Health Organisation. 2010. Visible sur : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

Health at a Glance. OECD Indicators. OECD, 2011. Visible sur : <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais. Québec. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012

La performance du système de santé belge. Belgique, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. KCE reports 196Bs, 2012. VRIJENS F, RENARD F, JONCKHEER P, VAN DEN HEED K, DESOMER A, VAN DE VOORDE C, WALCKIERS D, DUBOIS C, CAMBERLIN C, VLAYEN J, VAN OYEN H, LÉONARD C, MEEUS P.

Les chiffres clés de la Wallonie N°11-12-12. Institut Wallon de l'évaluation de la prospective et de la statistique (IWEPS). 2010-2014.

Organisation of palliative care in Belgium, Belgique, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. KCE reports 115C, 2009. KEIRSE E, BEGUIN C, DESMEDT M, DEVEUGELE M, MENTEN J, SIMOENS S.

Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique. Belgique, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. KCE reports 190 BS. 2012. PAULUS D. VAN DEN HEED K, MERTENS R.

Priorité aux maladies Chroniques. Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques, Mars 2011. ONKELINK L. Visible sur : http://www.prader-willi.be/Documents/2011.03.30_Priorite_aux_malades_chroniques.pdf

Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), Profil Belge. World Health Organisation, 2014.

Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de sante. Santé Canada. 2011.

Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, Vancouver, Canadian Interprofessional Health Collaborative, (CIHC-CIPS) 2010.

Service Public Fédéral Belge. Département Sécurité Sociale Arrêté Royal du 15 décembre 2013, Publié au Moniteur Belge le 23 décembre 2013.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=13-12-23&numac=2013022638. Consulté le 19 février 2015.
http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2013_n2013022638.html

SPF économie. Section statistique et Analyses. Visible sur : <http://economie.fgov.be/fr/>
Consulté le 15 décembre 2014.

SPF Santé Publique. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Bruxelles 2011.

Statement on the definition and principles of Interprofessional Education, Vancouver, (Canadian Interprofessional Health Collaborative CIHC-CIPS), 2007.

Statistiques des soins de sante, INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ), Bruxelles, 2013

Transforming Patient Care, Aligning Interprofessional Education with Clinical Practice Redesign. Cox M, Naylor M. Atlanta, 2013.

OUVRAGES :

MORIN E. **Introduction à la pensée complexe**. Point Essais, 2005.

VON BERTALANFFY, L. **General System Theory: Foundations, Development, Applications**, Revised Edition, Penguin University Books, 1969.

CONSULTATION INTERNET :

Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé. <http://www.cihc.ca/>. Consulté en Mars 2015.

INAMI- Observatoire des maladies chroniques,
<http://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/observatoire-maladieschroniques.aspx>. Consulté en Avril 2015.

Plan du campus ERASME-ULB <https://www.ulb.ac.be/campus/erasme/plan-B.html>. Consulté en Avril 2015.

Pôle Santé ULB, <http://www.ulb.ac.be/polesante/pole-sante.html>. Consulté en mars 2015.

Portail du Droit Belge. www.droitbelge/codes.asp. Consulté en Février 2015.

SPF Santé Publique-Projet SUMHER.
http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/HealthNetworks/Sumehr:healthpicture/7914428_FR?ie2Term=geneesheren-specialisten?&fodnlang=fr#.VUGmctrmkq
Consulté en Avril 2015.

Université Libre de Bruxelles- Projet SimLabs,
<http://www.ulb.ac.be/actulb/index.php?d=11&article=208>. Consulté en Avril 2015.

Université Libre de Bruxelles-Séminaires de collaboration interprofessionnelle-Pôle Santé,
http://www.ulb.ac.be/facs/esp/docs/rapport_ESP_2014_tma.pdf Consulté en Avril 2015.

Université Libre de Bruxelles- Plan du campus Erasme.
<https://www.ulb.ac.be/campus/erasme/plan-J.html>. Consulté en Mars 2015.

Université Libre de Bruxelles- Programme des cours.
http://banssbfr.ulb.ac.be/PROD_frFR/bzscrse.p_prog_catalog. Consulté en Février 2015.

CHAPITRE 11

ANNEXES

Annexe 1- Présentation des projets de collaboration interprofessionnelle en Belgique

Lieu du projet	Titre du projet	Auteurs Organisateurs	Mise en pratique	But du projet	État du projet
 Universiteit Antwerpen	« Effect of learning interprofessional collaboration in health care »	En partenariat avec l'organisme ELIZA (Primary and Interdisciplinary care Antwerp) Meulemans H, Van Royen P.	Éducation interprofessionnelle	Mesure l'influence de l'éducation interprofessionnelle sur la collaboration interprofessionnelle	Projet doctoral en cours
 Vrije Universiteit Brussel	« Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduates health care students »	Goelen G, Gerlinder DC, Huyghens L, Kerckhofs E.	Discussion multidisciplinaire autour de cas.	Mesure les attitudes collaboratives chez les étudiants Interdisciplinary education perception scale	Amélioration significative des attitudes collaboratives chez les étudiants.
 ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES	Séminaires de Collaboration interprofessionnelle	Pôle Santé ULB	Séminaires de discussion de cas entre étudiants de dernières années de plusieurs facultés.	Résoudre de façon multidisciplinaire des cas complexes. Apprendre à collaborer	Projet en cours. Pas de publication.
	SimLabs	Pôle Santé ULB HELB	Cellule de simulation de cas.	Améliorer la collaboration interprofessionnelle	Projet en cours Pas de publication.
 UNIVERSITEIT GENT	« An interdisciplinary community diagnosis experience in an undergraduate medical curriculum : development at Ghent University »	Art, B., De Roo, L., Willems, S., De Maeseneer, J.	Exercice multidisciplinaire de résolution de cas et de proposition d'intervention autour de cas réel.	Favoriser le travail interdisciplinaire entre professions et avec communauté.	Amélioration de l'interaction avec communauté et de la vision globale des problèmes en santé.