Colloques interprofessionnels en milieu hospitalier

Equipe de projet
Veronika Schoeb, PhD, HESAV
Sara Keel, PhD, Université de Bâle
Liane Staffoni, MSc, HESAV

Edmée Ballif, PhD, HESAV
Camille Bécherraz, MSc, HESAV
Félicia Bielser, MSc, HESAV
Amélia Didier, PhD, HESAV
Anja Schmid, BSc

Le présent projet de recherche a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé » 2017-2020. Il a été encadré par plusieurs représentants de la section Développement professions de la santé (OFSP) : Nico van der Heiden, co-responsable de la section, Cinzia Zeltner, collaboratrice scientifique, et Lara De Simone, assistante de projet scientifique.

Contact OFSP:
Cinzia Zeltner, coordinatrice du programme
Programme de promotion interprofessionalité
interprofessionalitaet@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/PPinterprof

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland

Colloques interprofessionnels en milieu hospitalier

Décembre 2019

Préambule 3

Synthèse 4

Introduction 4

Questions de recherche 4

Méthodologie 5

Conclusions 5

Recommandations 6

1. Introduction 9

1.1. La collaboration interprofessionnelle 9

1.2. Fonctionnement d'équipe dans les colloques interprofessionnels 9

1.3. Questions de recherche 11

1.4. Méthodologie 11

1.4.1. Sélection des institutions, des participants et récolte des données 12

1.5. Structuration du rapport 12

2. Mise en œuvre des colloques interprofessionnels et les implications 13

2.1 Organisation, buts, composition de l'équipe et structures des colloques 14

2.1.1 Mise en œuvre de l'organisation, buts, composition et structure des colloques 14

2.1.2 Organisation, buts, composition et structure – implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle 18

2.2 La gestion des colloques interprofessionnels et l'allocation des tours de parole 20

2.2.1 La gestion des colloques : mise en œuvre dans les différents sites 20

2.1.2 L'allocation des tours de parole – implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle 24

2.3. La participation interprofessionnelle, des professionnel.les et du ou de la patient.e 25

2.3.1 Participation interprofessionnelle et prise de parole : mise en œuvre 26

2.3.2 Participation interprofessionnelle - implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle 30

2.4 Processus de prise de décision et participation interprofessionnelle 31

2.4.1 Prise de décision : mise en œuvre dans les trois sites 32

2.4.2 Prise de décisions –implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle 37

2.5. Conclusions 38

3. Efficacité d'un colloque, sa formation et conduite réussie 40
3.1.Efficacité d'un colloque interprofessionnel 40
3.1.1. Introduction 40
3.1.2. Facteurs d'efficacité communs aux 3 sites 40
Les relations interprofessionnelles 40
Les compétences collaboratives 41
Organisation du colloque 43
3.1.3. Facteurs d'efficacité et comparaison entre les trois sites 44
Structure du colloque 44
Participation interprofessionnelle 45
La place des patient.e.s dans les colloques 45
3.1.4. Discussion des facteurs d'efficacité 46
La place de la culture commune comme facilitatrice de l'efficacité des colloques 46
Facteurs spécifiques selon le contexte de l'institution 47
3.2. Formation et conduite d'une équipe interprofessionnelle 47
3.2.1. Formation de l'équipe interprofessionnelle 48
La formation et la socialisation formelle de l'équipe interprofessionnelle 48
Développement des compétences relationnelles 49
Développement des compétences collaboratives et communicationnelles 50
3.2.2. Conduite de l'équipe interprofessionnelle 50
Participation des patient.e.s et/ou des proches 50
Leadership collaboratif 51
Coordination du colloque 52
Structure et organisation du colloque 52
3.2.3. Discussion 52
4. Conclusion 54
5. Recommandations 55

Préambule

Le présent projet de recherche intitulée « Colloques interprofessionnels au milieu hospitalier » s'inscrit dans le cadre du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé » initié par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé ». Il a été suivi par les membres de la section Développement professions de la santé (OFSP) suivants : Nico van der Heiden, coresponsable de la section, Cinzia Zeltner, collaboratrice scientifique et Lara De Simone, assistante de projet scientifique.

Ce mandat de recherche s'insère dans la thématique « Exercice de la profession : processus intra-institutionnels » dans le cadre des hôpitaux dont la question générale est la suivante :

> Comment est organisée actuellement la coopération interprofessionnelle dans le milieu hospitalier afin d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins du système de santé ? Où se trouve un besoin concret d'agir et qui devrait en porter ici la responsabilité (principale) ?

Le présent mandat portait sur l'élaboration de nouvelles bases de connaissances pratiques qui serviront à la promotion de l'interprofessionalité sur la formation et l'exercice de la profession dans un cadre interprofessionnel et s'intéresse aux processus de groupe dans les équipes interprofessionnelles à l'hôpital et ne consistait pas à analyser les cadres ambulatoires. Les questions spécifiques posées par l'OFSP et à répondre lors de ce projet de recherche étaient les suivantes :

- Le principe de la « bonne personne au bon endroit » a pour but de faire intervenir à chaque fois le/la spécialiste le plus adéquat pour une tâche spécifique. Où et comment ce principe est-il déjà mis en œuvre avec succès ? Comment y sont combinées et utilisées les différentes compétences dans une équipe interprofessionnelle ?
- Quelles formes de travail et combinaisons de compétences dans les settings interprofessionnels sont perçues comme favorisant ou entravant la réussite de la collaboration interprofessionnelle ?
- Comment est gérée l'interface dans une équipe interprofessionnelle?
- Comment se déroulent les processus de groupe dans les équipes interprofessionnelles et quels défis sont à gérer lors de la formation et de la conduite d'une équipe interprofessoinnelle ?

Ces questions seront alors traitées dans ce projet de recherche afin de produire de nouvelles bases de connaissances pratiques qui serviront à la promotion de l'interprofessionalité. La problématique porte sur le sujet de recherche « Exercice de la profession : processus intra-institutionnels » du catalogue de recherche. Le catalogue de recherche intégral peut être téléchargé dans la brochure du programme sur www.bag.admin.ch/ppinterprof.

Synthèse

Introduction

L'importance de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le domaine de la santé ne cesse d'augmenter, car elle peut contribuer positivement aux enjeux de santé majeurs (WHO, 2010). La littérature scientifique s'accorde sur le fait que la collaboration interprofessionnelle reste un grand défi dans la pratique clinique (Muller-Juge et al, 2013 ; D'Amour et al., 2005; Xyrichis & Lowton, 2008) ce qui exige de la part de l'équipe interprofessionnelle des efforts continus de mise en commun et d'échanges pour une conception partagée de la prestation de service centrée sur la personne (Staffoni et al, 2017).

Les colloques où plusieurs professionnel.les se rencontrent pour discuter des patient.e.s sont un endroit privilégié de la CIP. Des processus tels que le leadership, la gestion du temps et une communication interprofessionnelle adaptée sont importants pour faciliter un fonctionnement efficace dans les colloques (Washington et al., 2017). Par contre, le style de leadership lors d'un colloque peut influencer la collaboration entre les membres de l'équipe (Asmuss & Svennevig 2009). Dès lors, un équilibre doit être trouvé entre l'opportunité de donner la parole à tous les participants et une gestion efficace du temps (Washington et al., 2017).

À ceci, s'ajoutent des aspects organisationnels et stratégiques tels que le choix des participants, le lieu et la fréquence des colloques. La composition de l'équipe interprofessionnelle est, en soi, une composante importante des colloques interprofessionnels, même si la taille du groupe peut être sujette à des questionnements, notamment par rapport à la durée du colloque (Washington et al., 2017). La distance géographique peut être un frein à la rencontre des différent.e.s professionnel.le.s impliqué.e.s dans le soins d'une personne malgré cela tous les professionnel.le.s sont convaincu.e.s des bénéfices d'une prise en charge interprofessionnelle.

Un ensemble d'éléments du contexte, des processus, de la structure et des résultats ainsi que la fonction de soutien et de formation des colloques sont donc perçus par les participant.e.s comme ayant une influence sur le fonctionnement de l'équipe dans les colloques interprofessionnels (Washington et al., 2017). Il a été recommandé de porter une attention particulière à ces aspects (contexte, processus, structure et outcomes) pour améliorer le fonctionnement des équipes interprofessionnelles dans les colloques et pour contribuer à améliorer les prises en charge pour les patient.e.s, les familles et les prestataires.

Questions de recherche

Cette recherche porte sur des colloques interprofessionnels qui ont lieu dans deux contextes hospitaliers, la réadaptation et la médecine interne. L'étude vise, d'une part, à mieux comprendre l'impact des différentes manières de faire (pratiques, processus, organisation, etc.) sur l'efficacité et le bon déroulement des colloques interprofessionnels. Ceci c'est fait en identifiant les défis de la mise en œuvre des colloques interprofessionnels, notamment à travers l'analyse des structures organisationnelles et des pratiques interprofessionnelles. D'autre part, le projet cherche à explorer les colloques qui sont perçus comme efficaces ainsi que les défis pour la formation et la conduite d'une équipe interprofessionnelle.

Les questions de recherche suivantes sont posées :

1. Comment se déroulent les processus de groupe – déclinés en pratiques interactives – dans les équipes interprofessionnelles lors des colloques interprofessionnels en médecine interne et en réadaptation ?
2. Quels sont les processus – déclinés en pratiques interactives – amenant à une collaboration interprofessionnelle réussie ?
3. Quel type de colloque (type de structure ; composition de l'équipe) est perçu par les responsables comme étant le plus efficace dans les deux settings et pourquoi ?

4. Quels sont les défis à gérer lors de la formation et de la conduite d'une équipe interprofessionnelle ?

Méthodologie

Deux approches analytiques complémentaires ont été mobilisées pour aborder les questions de recherche. Les deux premières questions étaient essentiellement examinées sur la base d'enregistrements vidéo des colloques interprofessionnels et à travers une analyse fine des pratiques interactives identifiées et de leur impact sur le déroulement des colloques. Les questions 3 et 4 étaient prioritairement étudiées à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des cadres et des responsables d'équipe (thérapeutique, soins).

Trois institutions ont participé dans ce projet : Le site hospitalier A était un centre de réadaptation en Suisse alémanique ; le site hospitalier B, un service de médecine interne en Suisse romande ; et le site hospitalier C, un centre de réadaptation en Suisse romande. Le projet a obtenu l'accord de la commission d'éthique (CER-VD - No 2015-00208) et tous les participants et toutes les participantes ont signé un consentement éclairé. L'équipe de recherche a filmé 75 colloques et mené 20 entretiens.

Pour répondre aux questions 1 et 2, l'Analyse Conversationnelle (AC) cherche à soulever le caractère dynamique et adaptables des pratiques réalisées (Raclaw & Ford, 2015, p. 2). En se basant sur des enregistrements vidéo et sur leur transcription fine (Mondada, 2012, 2018), l'AC vise, dans un premier temps, la description de pratiques verbales et non-verbales et l'identification de « patterns » (Gill & Roberts, 2012, p. 577). Dans un deuxième temps, l'AC cherche à dégager et à permettre une réflexion sur les implications des différentes pratiques lors du déroulement de l'interaction.

Pour répondre aux questions 3 et 4, les analyses des vidéos ont été utilisées comme base pour les entretiens semi-structurés. Un guide d'entretien a été élaboré afin de mettre en lumière les perceptions des responsables par rapport aux colloques en général, et par rapport aux patterns identifiés et leurs effets sur le déroulement de l'interaction, plus précisément. Les entretiens ont été retranscrits et analysés au moyen d'une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Tous les entretiens ont été menés, retranscrits et analysés dans la langue de la région (français pour la Suisse romande, allemand pour la Suisse alémanique).

Conclusions

A travers de l'analyse détaillée de l'interactions, nous avons pu démontrer l'interrelation entre le contexte hospitalier spécifique (p.ex. médecine interne, réadaptation), l'organisation et la mise en œuvre des colloques interprofessionnels, tout en respectant la culture institutionnelle, les missions, procédures, buts, ressources temporelles et humaines, ainsi que les distributions de rôles et responsabilités. Pour une collaboration interprofessionnelle réussie, la cohérence entre les éléments prédéfinis (organisation, composition de l'équipe, structure), les pratiques interactives réalisées et les buts visés par le colloque, d'une part, et la compréhension de leurs interdépendances par tous et toutes les participant.e.s du colloque, d'autre part, est fondamentale.

L'analyse des entretiens menés auprès de cadres des trois sites hospitaliers a permis d'identifier des facteurs d'efficacité communs, et d'autres facteurs spécifiques à l'un des sites. Les facteurs qui ont fait l'unanimité se déclinent sur trois axes : (1) les relations interprofessionnelles (2) les compétences collaboratives, et (3) l'organisation du colloque. Ils renvoient, entre autres, aux notions de culture commune, de communication ou encore à la des connaissances des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe. Certains facteurs d'efficacité liés à des spécificités des sites hospitaliers peuvent être mis en lien avec les contextes différents de ces derniers (par exemple, aigu ou chronique). Ainsi, le contexte hospitalier influence les représentations qu'ont les cadres sur l'importance/la pertinence d'un facteur pour l'atteinte d'un colloque efficace.

Les défis liés à la formation des équipes interprofessionnelles et à la conduite du colloque interprofessionnel sont perçus par les responsables comme distincts, mais inter-reliés, notamment par les compétences relationnelles (développement d'un langage commun, d'une cible commune et d'une communication efficace) et personnelles (capacité d'adaptation, de synthèse, d'apprentissage ou d'assimilation rapide liée au contenu ainsi qu'au rôle de chacun). Ces compétences sont centrales du fait qu'elles participent à la conduite des colloques, à leur efficacité et elles sont en partie développées ou renforcées par les dispositifs de formation. Il en ressort que pour les trois sites la formation est une étape cruciale dans le développement des compétences nécessaires au – ou à propos du - colloque et dans la socialisation aux colloques, même si chaque site dispose de ses propres modalités pédagogiques et de mise en œuvre de la formation. Les différences se distinguent par rapport au degré de formalisation de la formation et de la socialisation, ainsi qu'à l'importance donnée au développement des compétences relationnelles et collaboratives. Les défis liés à la conduite des équipes interprofessionnelles concernent principalement la participation des patient.e.s et/ou des proches, le leadership collaboratif, la coordination et la structure prédéfinie du colloque.

Recommandations

1. Contraintes institutionnelles : Prise en charge aigue ou en réadaptation

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions et la politique socio-sanitaire des cantons.

Pour être considéré réussi, le colloque interprofessionnel doit répondre à des exigences institutionnelles variées, notamment à des ressources temporelles et personnelles limitées, tout en permettant l'expression des participant.e.s (incl. patient.e) et le dialogue entre eux. Les contraintes auxquelles sont confrontées les institutions ne sont pas à négliger. Par exemple, la sortie d'un ou d'une patient.e est négociée dès le début de l'hospitalisation (soins aigus), des décisions doivent être prises rapidement pour permettre aux patient.e.s de rentrer chez eux. Dans ce type d'institution, les contraintes, en ce qui concerne la durée de séjour, édictées par la politique et les assurances semblent se répercuter directement sur la manière de prendre en charge les patient.e.s ce qui nécessite une coordination efficace entre les professionnel.le. Par contre, la durée de séjour dans un centre de réadaptation est connue dès que le ou la patient.e est admis.e dans l'institution. Pour ce type d'institution, le facteur temporel du colloque est moins important, par contre la composition de l'équipe (en tant que ressources humaines) doit être bien réfléchie. De plus, le choix concernant la présence du ou de la patient.e dépend aussi du contexte de l'institution. Le type de financement du séjour (canton, assurance) constitue ainsi un facteur influençant la fréquence du colloque et son organisation.

Recommandation 1 : Le contexte politique, les ressources financières, humaines et temporelles doivent être prises en compte <u>en vue de</u> permettre un environnement favorable à la collaboration interprofessionnelle, en général, et à un colloque interprofessionnel en particulier.

2. Organisation (fréquence, composition de l'équipe interprofessionnelle, but du colloque)

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions et son organisation interne.

Des colloques interprofessionnels sont régulièrement organisés dans chaque institution, soit chaque jour (médecine interne), soit de manière régulière dans les centres de réadaptation (hebdomadaire, tous les 15 jours, ou ponctuellement). En médecine interne où les professions médicales et de soins sont présentes, l'accent est mis sur la prise en compte du point de vue médical. Par contre en réadaptation, la présence de plusieurs référent.e.s ou représentant.e.s thérapeutiques et de soins (sites A et C) donne une place aussi importante aux expertises disciplinaires.

La composition de l'équipe interprofessionnelle doit être en lien avec les buts des colloques. Comme présenté, les buts des colloques dans les centres de réadaptations sont de fixer les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e pour la durée de séjour, d'évaluer l'atteinte des objectifs en cours et de les ajuster si nécessaire, et de planifier la sortie. En ce qui concerne les buts dans le service de médecine interne, ils visent à une gestion proactive des séjours, c'est-à-dire la définition du projet thérapeutique et l'orientation de chaque patient.e et son suivi ainsi qu'à la planification de la sortie tout en assurant l'organisation du service. La composition d'une équipe interprofessionnelle incluant les professions médicales, thérapeutiques et de soins permet un échange plus complet, et moins centré sur les aspects médicaux. La présence du ou de la patient.e et/ou des proches peut favoriser l'expression et la prise en compte de leur point de vue. Il ou elle peut être intégré.e comme "acteur ou actrice" au colloque.

Recommandation 2 : L'organisation du colloque (fréquence, durée, composition du groupe, présence du ou de la patient.e, structure d'activité) doit être en lien avec les buts afin de permettre sa mise en œuvre efficace et efficiente. Les déterminants pour qu'un colloque soit efficace sont : sa fréquence, sa durée, la composition du groupe, les rôles et responsabilités de chacun, la structure d'activité, les buts, la communication partagée et la présence/absence du patient.

3. Culture commune

Destinataire : Cette recommandation concerne les services et les équipes.

Le colloque peut être utilisé par les professionnel.le.s comme endroit de partage des savoirs et apprentissage, en plus d'échange d'informations. Une vision commune peut être construite ensemble, qui pourrait aussi renforcer le sentiment d'appartenance au groupe. De plus, les professionnel.le.s ont la possibilité de rendre visible leurs pratiques professionnelles et ainsi contribuer à une meilleure connaissance des rôles et des responsabilités des un.e.s et des autres. Dans les sites qui ont formalisé la formation aux colloques et/ou l'approche centrée sur les patient.e.s, l'adhésion et l'engagement dans les colloques semblent plus forts.

Recommandation 3 : La culture commune doit être favorisée et co-construite parmi les professionnel.le.s de santé. Une formation à l'interprofessionnalité ainsi qu'une socialisation formelle et informelle sont indispensables pour la réussite d'un colloque interprofessionnel dans les lieux de travail.

4. Gestion du colloque

Destinataire : Cette recommandation concerne les équipes et le/la chair qui anime les colloques.

Pour bien gérer un colloque, la présence d'un.e chair est indispensable afin d'encourager la prise de parole, l'argumentation et les discussions, tout en veillant à ce que les buts du colloque soient atteints et que la limitation du temps soit respectée. En réadaptation, la majorité des transitions d'une activité à l'autre sont médiatisées par un.e chair. En contraste, en médecine interne, le système de pré-allocation prédomine. Dans ce cas de figure, il est décidé d'avance qui intervient quand et aussi ce qu'il ou elle doit faire, ce qui permet un partage des responsabilités du chair, entre les différent.e.s intervenant.e.s du colloque. Un colloque efficace est celui où un.e chair a l'autorité et les compétences nécessaires pour décider du bon moment d'interrompre un échange ou d'inviter un.e des participant.e.s d'apporter des éléments supplémentaires. Les allocations du ou de la chair peuvent servir aux participant.e.s comme points de repère pour un bon déroulement du colloque.

Recommandation 4 : Le colloque interprofessionnel peut être géré de manière efficace par un.e chair qui assure le bon déroulement du colloque et la distribution équilibrée des tours de parole des participant.e.s et qui est choisi.e par l'équipe en fonction de ses compétences de gestion d'équipe. Une structure établie d'avance peut permettre une participation de chacun.e mais il faudrait veiller à garder suffisamment de souplesse pour les interventions spontanées.

5. Participation interprofessionnelle

Destinataire : Cette recommandation concerne tous les membres de l'équipe, y inclut les patient.e.s.

Lors des colloques, il y a de nombreuses interventions des professionnel.le.s qui ne sont ni prévues par la structure ni gérées par le ou la chair, mais qui s'organisent interactivement tout au long du colloque. Ces interventions sont utilisées pour demander des clarifications, et/ou pour préciser et/ou pour ajouter un point de vue, en lien avec l'objectif thérapeutique du ou de la patient.e et/ou concernant la planification de sortie. L'analyse a permis de mettre en évidence l'efficacité de ces pratiques rapides pour permettre de lever des incompréhensions et de mutualiser les informations. En résumé, ce sont les compétences communicationnelles des paticipant.e.s qui sont indispensables pour participer de manière proactive aux discussions, pour pouvoir réagir face à d'autres idées ou pour présenter une synthèse orale.

Recommandation 5 : Afin d'améliorer la participation interprofessionnelle lors du colloque, les professionnel.le.s et les patient.e.s doivent être encouragé.e.s à saisir les opportunités de clarifier une question en suspens ou de mutualiser des informations. Les compétences communicationnelles de tous et toutes les participant.e.s doivent être renforcées.

6. Approche réflexive

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions de soins, les chercheur.e.s et les équipes.

La dernière étape – la restitution – a démontré l'utilité de collaborer avec les équipes interprofessionnelles en utilisant des séquences vidéo pour réfléchir avec eux sur l'efficacité des colloques dans leur service. Nos partenaires ont surtout soulevé les défis à mettre en place les processus/structures efficaces et à rendre visible les pratiques communicationnelles qui nécessitent une adaptation et un développement permanent. Il a été démontré qu'une approche réflexive avec des exemples concrets et un processus rigoureux et explicite est indispensable pour une formation à l'interprofessionnalité (Richard, Gagnon & Careau, 2018). Notre approche d'expliciter les pratiques communicationnelles et rendre visible les ressources verbales et non-verbales mobilisées lors du colloque interprofessionnel permet d'envisager des changements de pratique au quotidien.

Recommandation 6: Afin de rendre les colloques interprofessionnels efficaces, la cohérence entre les aspects structurels, les pratiques interactives et les buts du colloque, ainsi qu'une compréhension partagée de tout ce processus est essentielle. En utilisant une approche réflexive et un regard externe (en incluant les séquences vidéos), les équipes pourraient identifier le fonctionnement idéal pour leur service et ainsi améliorer l'efficacité du colloque interprofessionnel.

1. Introduction

1.1. La collaboration interprofessionnelle

L'importance de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le domaine de la santé ne cesse d'augmenter, car elle peut contribuer positivement à des enjeux de santé majeurs (CIHC, 2010 ; WHO, 2010). L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) argumente que la collaboration interprofessionnelle améliore la pratique interprofessionnelle et contribue à optimiser les services de santé (p.ex. sécurité du patient, durée d'hospitalisation, diminution des complications) et à potentiellement réduire les tensions et conflits entre prestataires (WHO, 2010).

La collaboration interprofessionnelle s'insère dans des contextes locaux et dans les systèmes de santé et d'éducation (WHO, 2010) et auquel s'ajoute un modèle conceptuel de soins qui vise un partenariat entre une équipe de soins et un client dans une approche participative, collaborative et coordonnée des décisions sur les problèmes de santé et sociaux [traduction libre] (Bainbridge, Nasmith, Orchard, & Wood, 2010, p. 9). Cette notion de participation du ou de la patient.e dans les décisions qui les affectent figure aussi dans le modèle de l'OMS (2008) et est connue sous le concept de *shared decision-making* (voir Elwyn et al., 2012 ; Charles, Gafni, & Whelan, 1997), aussi décrite sous l'appellation de *décision thérapeutique partagée* (Gerber, Kraft & Bosshard, 2014).

Dans le modèle de la CIP, cette notion de partenariat s'étend à l'équipe et donc à d'autres participant.e.s qui sont de différentes professions selon les contextes de soins (aigus, réhabilitation, autres). Il s'opère donc un élargissement de la notion de *décision thérapeutique partagée* en tant que partenariat entre deux participant.e.s (un.e patient.e et un.e soignant.e ou un médecin) vers un partenariat entre une équipe de soins (en présence ou pas d'un.e patient.e). Cette évolution vers un partenariat collectif n'est pas sans conséquence sur la pratique interprofessionnelle notamment lors des colloques d'équipe qui se font en présence du ou de la patient.e. Les colloques interprofessionnels sous-entendent donc la poursuite d'un but collectif qui est d'établir un partenariat entre une équipe et un.e patient.e. tout en se mettant d'accord sur la suite de la prise en charge de ce dernier ou cette dernière. Les résultats des colloques interprofessionnels peuvent donc se mesurer à deux niveaux : (1) au niveau de l'équipe interprofessionnelle qui est plus informée et plus formée ; et (2) au niveau des patient.e.s pour une meilleure prise en charge (Washington et al., 2017).

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la collaboration interprofessionnelle reste un grand défi dans la pratique clinique (Muller-Juge et al, 2013 ; D'Amour et al., 2005; Xyrichis & Lowton, 2008; Kvarnström, 2008) qui exige de la part de l'équipe interprofessionnelle des efforts continus de mise en commun et d'échanges pour une conception partagée de la prestation de service centrée sur la personne (Staffoni et al, 2017 ; Schoeb et al. 2014).

1.2. Fonctionnement d'équipe dans les colloques interprofessionnels

Les réunions de travail ont déjà fait l'objet de plusieurs études notamment dans le champ de l'analyse des pratiques interactionnelles (Asmuss & Svennevig, 2009 ; Robinson, 1998; Svennevig, 2012a+b). D'autres auteurs se sont intéressés aux perceptions des participant.e.s pour mieux comprendre les expériences et

les perspectives des professionnel.le.s qui participent aux colloques (Washington et al., 2017). Dans la pratique, les colloques d'équipe sont souvent l'objet de documentations internes et de procédures (voir Svennevig, 2012a) qui formalisent les buts et l'agenda des colloques. Ces aspects sont d'ailleurs importants pour les participants qui reconnaissent l'importance d'une communication interprofessionnelle efficace, qui consiste notamment à ne pas aborder des aspects hors sujets (Washington et al., 2017). Ainsi, l'utilisation de modèles pour guider les processus ou des scénarios qui indiquent les sujets à couvrir sont généralement perçus comme ayant une influence positive sur le fonctionnement d'équipe (Washington et al., 2017), notamment parce qu'ils aident à orienter les informations en lien avec l'objectif de soin du ou de la patient.e et de sa famille. Les réunions interprofessionnelles standardisées qui priorisent des nouvelles informations peuvent donc améliorer l'efficience des réunions et la satisfaction des participants (Washington & al., 2017).

De plus, ce qui facilite un fonctionnement efficace dans les colloques ce sont aussi des processus tels qu'un leadership efficace, la gestion du temps et une communication interprofessionnelle (Washington et al., 2017). La gouvernance de l'équipe [traduction libre] est indispensable pour une équipe performante (Soukun et al, 2018 ; Tarling & Jauffur, 2006). Par contre, le style de leadership lors d'un colloque peut influencer la collaboration entre les membres de l'équipe (Asmuss & Svennevig 2009). Dès lors, un équilibre doit être trouvé entre l'opportunité de donner la parole à tous les participants et une gestion efficace du temps (Washington et al., 2017). Ainsi la marge de manœuvre des participant.e.s et son influence sur un fonctionnement efficace des colloques interprofessionnels mérite d'être investiguée.

À ceci, s'ajoutent des aspects organisationnels et stratégiques tels que le choix des participants, le lieu et la fréquence des colloques. La composition de l'équipe interprofessionnelle est, en soi, une composante positive des colloques interprofessionnels, même si la taille du groupe peut être sujette à des questionnements, notamment par rapport à la durée du colloque (Washington et al., 2017). La distance géographique peut être un frein à la rencontre des différent.e.s professionnel.le.s impliqué.e.s dans le soins d'une personne malgré cela tous les professionnel.le.s sont convaincu.e.s des bénéfices d'une prise en charge interprofessionnelle. Alors que dans l'idéal une symétrie des *rapports de pouvoir* semble visée (D'Amato et al. 2000 : 119), les hiérarchies professionnelles et les tensions qu'elles génèrent existent toujours (Lingard et al., 2012). Les participant.e.s perçoivent parfois des différences de statut entre les professions présentes au colloques (Washington et al., 2017). Ces différences peuvent se manifester dans des temps de parole plus ou moins équivalents (Washington et al., 2017). Certains auteurs utilisent la notion d'altruisme (Axelsson et Axelsson, 2009) pour décrire un ensemble de valeurs qui constituent un contexte favorable au colloque interprofessionnel et qui peuvent aussi avoir une influence sur l'équilibre entre compréhension et efficacité (Washington et al., 2017).

Un ensemble d'éléments du contexte, des processus, de la structure et des résultats sont donc perçus par les participant.e.s comme ayant une influence sur le fonctionnement de l'équipe dans les colloques interprofessionnels (Washington et al., 2017). D'autres éléments n'ont pas encore été formellement établis, tels que la fonction de soutien et de formation des colloques, bien qu'ils soient une composante commune de ces colloques souvent évoquée par les participant.e.s (Washington et al., 2017). Il a été recommandé de porter une attention particulière à ces aspects (contexte, processus, structure et

résultats) pour améliorer le fonctionnement des équipes interprofessionnelles dans les colloques et pour contribuer à améliorer les résultats pour les patient.e.s, les familles et les prestataires (Washington et al., 2017).

1.3. Questions de recherche

Cette recherche porte sur des colloques interprofessionnels qui ont lieu dans deux contextes hospitaliers, la réadaptation et la médecine interne. L'étude vise, d'une part, à mieux comprendre l'impact des différentes manières de faire (pratiques, processus, organisation, etc.) sur l'efficacité et le bon déroulement des colloques interprofessionnels en identifiant les défis rencontrés pour mettre en œuvre les colloques interprofessionnels, notamment à travers l'analyse des structures organisationnelles (composition de l'équipe, structure du colloque) et des pratiques interprofessionnelles (prise de parole, prise de décision, pratique d'échange, leadership, communication). D'autre part, le projet cherche à explorer les colloques qui sont perçus comme efficaces ainsi que les défis pour la formation (socialisation) et la conduite d'une équipe interprofessionnelle, tels qu'ils sont formulés par les responsables médicaux, thérapeutiques ou des soins dans les institutions observées.

Ce projet vise ainsi à approfondir et développer les connaissances sur l'efficacité des colloques interprofessionnels en milieu hospitalier en abordant les questions de recherche suivantes :

1. Comment se déroulent les processus de groupe – déclinés en pratiques interactives – dans les équipes interprofessionnelles lors des colloques interprofessionnels en médecine interne et en réadaptation ?
2. Quels sont les processus – déclinés en pratiques interactives – amenant à une collaboration interprofessionnelle réussie ?
3. Quel type de colloque (type de structure ; composition de l'équipe) est perçu par les responsables comme étant le plus efficace dans les deux settings et pourquoi ?
4. Quels sont les défis à gérer lors de la formation et de la conduite d'une équipe interprofessionnelle ?
5. Quelles sont les différences ou similitudes dans les pratiques interprofessionnelles et dans les structures organisationnelles par rapport à la langue et culture des plus grandes régions linguistiques de Suisse (i.e. suisse romande et suisse allemande) ?

1.4. Méthodologie

Deux approches analytiques complémentaires ont été mobilisées pour aborder les questions de recherche. Les deux premières questions étaient essentiellement examinées sur la base d'enregistrements vidéo des colloques interprofessionnels et à travers une analyse fine des pratiques interactives identifiées et de leur impact sur le déroulement des colloques. Les questions 3 et 4 étaient essentiellement étudiées à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des cadres et des responsables d'équipe (thérapeutique, soins). Quant à la question 5, elle n'a pas pu être traitée telle quelle, puisque les résultats obtenus démontrent que c'est la culture et l'organisation intrinsèque à chaque institution qui influencent la structure et la pratique lors des colloques interprofessionnels. À la fin du processus d'analyse, une restitution auprès de chaque équipe impliquée a été organisée pour obtenir leur feedback et leur validation de ces résultats.

1.4.1. Sélection des institutions, des participants et récolte des données

Trois institutions ont participé dans ce projet : Le site hospitalier A était un centre de réadaptation en Suisse alémanique ; le site hospitalier B, un service de médecine interne en Suisse romande ; et le site hospitalier C, un centre de réadaptation en Suisse romande. Le projet a obtenu l'accord de la commission d'éthique (CER-VD - No 2015-00208) et tous les participants et toutes les participantes ont signé un consentement libre et éclairé. 75 colloques ont été filmés et 20 entretiens ont été menés par l'équipe de recherche (tableau 1).

Tableau 1: Sites hospitaliers et données

	Site hospitalier A	**Site hospitalier B**	**Site hospitalier C**
Observations - vidéos	12 CID[1] d'entrée (CID-E) 7 CID de suivi (CID-S) 19 CID objectifs (CID-O)	5 colloques de 8h 3 colloques de liaison 10 nouveaux colloques de 8h	11 Projets thérapeutiques (CID-E) 5 Colloques interdisciplinaires (CID-S) 3 Réseaux (Res)
Total (N=75)	**38 colloques** (5h)	**18 colloques** (7h)	**19 colloques** (12h45)
Entretiens	6 entretiens : - médecin chef, - infirmière cheffe, - médecin assistant, - responsable des logopédistes, - responsable des physiothérapeutes, - responsable des ergothérapeutes	8 entretiens : - médecin chef de service, - 2 médecins associés, - médecin cadre, - secrétaire, - infirmière de liaison, - 2 infirmiers chef de service	6 entretiens : - directeur médical, - responsable thérapeutique (physiothérapie-ergothérapie), - responsable thérapeutique (neuropsychologie-logopédie), - infirmière cheffe, - directeur du département hospitalier, - responsable des infirmières de liaison
Durée (16h55)	**6h20** (moyenne 60 min.)	**5h** (moyenne 54 min.)	**5h35** (moyenne 56 min.)

1.5. Structuration du rapport

Dans le chapitre 2, les résultats des deux premières questions seront présentés et en particulier la mise en œuvre des colloques interprofessionnels (pratiques collaboratives et communicationnelles) et les processus amenant une équipe à la réussite de la collaboration interprofessionnelle. Dans le chapitre 3, des réponses aux questions concernant l'efficacité des colloques (perçue par les responsables des équipes) seront amenées ainsi que les défis à gérer lors de la formation et de la conduite d'une équipe interprofessionnelle. Le chapitre 4 abordera les recommandations pour la pratique.

[1] CID = Colloque InterDisciplinaire

2. Mise en œuvre des colloques interprofessionnels et les implications[2]

Dans la perspective de l'analyse conversationnelle (AC), adoptée ici, l'organisation des réunions de travail en face-à-face ou médiatisées (Kane & Luz, 2006), a fait l'objet d'une importante littérature (Izumi, 2017 ; Mondada, 2017; Raclaw & Ford 2015 ; Svennevig 2012a+b). En étudiant les réunions de travail, cette approche (analyse conversationnelle) a montré comment les réunions de travail étaient constituées à travers des pratiques interactives, au lieu d'être déterminées par des structures et des procédures établies d'avance. Dans cette perspective, qui soutient qu'une bonne pratique est ultimement réalisée à travers l'interaction plutôt qu'à travers des directives et des régulations (Drew & Heritage, 1992), la réunion est comprise comme étant à la fois exprimée et implémentée comme telle. Selon une vision réflexive du contexte : les pratiques interactives sont à la fois structurées par le contexte (context shaped) et structurante pour lui (context renewing) (Heritage, 1984, p. 290).

Pour répondre aux questions 1 et 2, l'AC cherche alors à soulever le caractère dynamique et adaptables des pratiques réalisées (Raclaw & Ford, 2015, p. 2). En se basant sur des enregistrements vidéo et sur leur transcription fine (Mondada, 2012, 2018), l'analyse conversationnelle vise, dans un premier temps, la description de pratiques verbales et non-verbales et l'identification de « patterns » (Gill & Roberts, 2012, p. 577). La notion de « pattern » renvoie à des pratiques – par exemple de structuration, d'allocation de la parole, de prise de décision, etc. – qui se produisent de manière répétée dans le setting observé et qui relèvent souvent de la routine. Dans un deuxième temps, l'AC cherche à dégager et à entamer une réflexion sur les implications que les différentes pratiques ont sur le déroulement de l'interaction.

Selon l'approche adoptée ici (vom Lehm, 2018), les analyses se basent sur des observations ethnographiques (y inclus des échanges informels avec les participant.e.s des colloques et des documents internes qui nous ont été mis à disposition sous réserve de confidentialité[3]), les enregistrements vidéo de colloques interprofessionnels réalisés dans les trois sites hospitaliers (tableau 1, p. 12) et leur transcription détaillée (Annexes 2.2 ; 2.3 ; 2.4).

Les réponses aux questions de recherche 1 et 2 sont déclinées autour de quatre chapitres qui seront chacun dédiés à la discussion d'un enjeu majeur des colloques interprofessionnels :

2.1 Organisation, buts, composition de l'équipe et structures des colloques ;
2.2 Gestion des colloques et allocation des tours de parole ;
2.3 Participation interprofessionnelle (incl. du ou de la patient.e) et prise de parole ;
2.4 Processus de prise de décisions et participation interprofessionnelle

Les questions 1 et 2 sont abordées en relation l'une avec l'autre. La première partie des quatre chapitres

[2] Toutes les citations renvoyant au chapitre 2 du rapport final OFSP doivent indiquer la référence suivante : Keel, S., Bielser, F., & Schmid, A. (2019). La mise en œuvre des colloques interprofessionnels et les implications pour une collaboration interprofessionnelle réussie. In Schoeb et al. (2019). *Colloques interprofessionnels en milieu hospitalier* (pp. 13-39). Bern: OFSP

[3] Il s'agit de documents confidentiels, que nous ne pouvons pas inclure dans les annexes. Notre parole doit suffire.

thématiques porte sur les pratiques, à travers lesquelles les colloques interprofessionnels sont mis en œuvre dans les différents contextes hospitaliers : la réadaptation (sites A et C) et la médecine interne (site B), répondant ainsi à la première question. Sur cette base, la deuxième partie discute les implications qu'ont les pratiques adoptées sur la réussite du processus interprofessionnel, répondant ainsi à la deuxième question.

2.1. Organisation, buts, composition de l'équipe et structures des colloques

Ce qui distingue le colloque d'autres situations de travail collaboratif est, entre autre, le fait qu'un colloque est planifié d'avance. Cette planification implique notamment la durée, l'endroit, les buts spécifiques, la composition des participant.e.s et l'ordre du jour qui sont définis et connus d'avance par celles et ceux qui sont invité.e.s à y participer (Svennevig, 2012a, p. 4). En pratique, les colloques interprofessionnels peuvent relever de la routine hospitalière, comme c'est le cas des colloques de notre étude. Des documentations internes et des procédures établies définissent la tenue régulière des colloques interprofessionnels (jour, heure et durée), les buts visés par ces derniers, la composition de l'équipe interprofessionnelle qui y participe, et finalement, l'agenda (ci-dessous : « structure d'activités »), à laquelle les participant.e.s désigné.e.s sont censé.e.s contribuer selon les procédures établies.

Dans un premier temps, ce sous-chapitre (2.1.1) présente la mise en œuvre des éléments définis d'avance dans chacun des sites hospitaliers étudiés (A, B, C), avec une brève mise en contexte du site et ensuite avec une présentation de la mise en œuvre des dimensions suivantes : organisation, composition d'équipe, buts et structure d'activité. Dans un deuxième temps (2.1.2), nous offrons une discussion des implications qu'ont les différentes mises en œuvre (par site) sur la réussite de la collaboration interprofessionnelle.

2.1.1. Mise en œuvre de l'organisation, buts, composition et structure des colloques

SITE HOSPITALIER A (réadaptation)

Institution : La clinique de réadaptation, par la suite désignée par site A, se situe en Suisse alémanique et a pour mission d'accueillir des patient.e.s avec des troubles musculo-squelettiques ou neurologiques requérant une prise en charge multidisciplinaire. La clinique assure des séjours de courte durée (< 3 semaines) et des séjours de longue durée (> 3 semaines).

Organisation des colloques interprofessionnels : Pour la prise en charge, trois différents types de colloques sont prévus dans le site A. Alors que le colloque interprofessionnel d'entrée (CID-E) a lieu une seule fois au début d'un séjour, le colloque de suivi (CID-S) et le colloque des objectifs thérapeutiques (CID-O) ont lieu hebdomadairement (séjour court) et bi-hebdomadairement (séjour long). Les CID-E et CID-S se déroulent durant la même matinée et permettent de passer en revue environs 17 patient.e.s (CID-E ou CID-S confondus). Les CID-O concernent le même nombre de patient.e.s. Ils ont lieu l'après-midi du même jour, tout en étant individuellement coordonnés pour chaque patient.e. Pour des raisons de place, ce colloque ne sera pas discuté davantage dans le cadre de ce rapport (voir Keel, Bielser, Schmid, Staffoni et Schoeb, 2019 ; et Annexe 2.1 (CID-O).

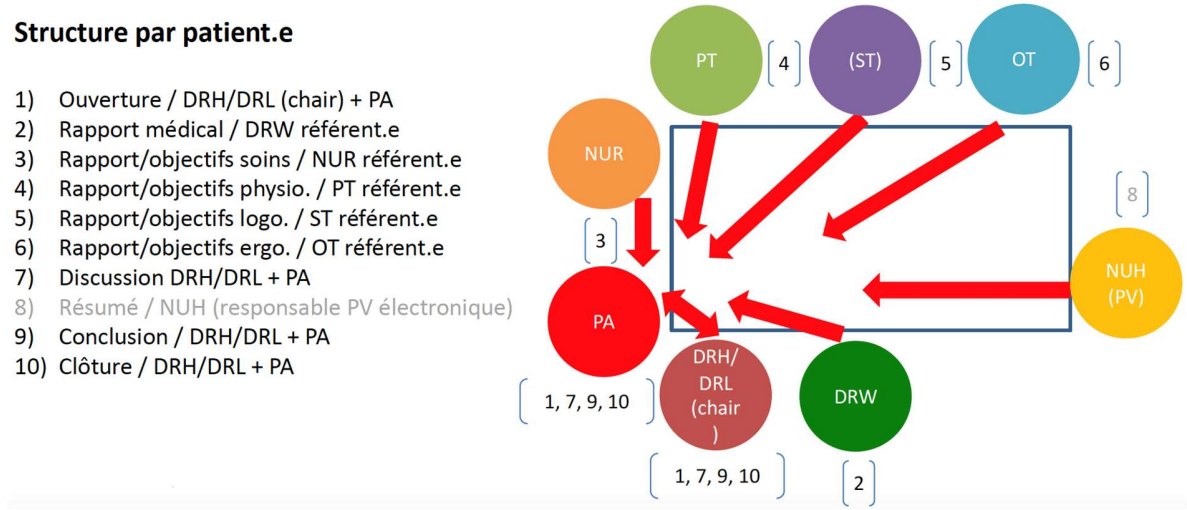
Composition de l'équipe du CID-E et du CID-S : Le CID-E et le CID-S réunissent les mêmes 7 à 8 participant.e.s autour de la table. Alors que trois professions cadre : le ou la médecin chef.fe (DRH), le ou la chef.fe de clinique (DRL), l'infirmier.ère chef.fe (NUH) sont présent.e.s toute la matinée (17 CID-E et

CID-S confondus), les cinq différent.e.s professionnel.le.s référent.e.s du ou de la patient.e : médecin assistant.e (DRW), infirmier.ère (NUR), physiothérapeute (PT), logopédiste (ST), ergothérapeute (OT), changent en même temps que le ou la patient.e discuté.e, c'est-à-dire toutes les 5 à 13 minutes. Cela engendre une rotation fréquente et temporellement irrégulière des professionnel.le.s référent.e.s de ces deux colloques. **Rôles supplémentaires**: **Chair** : DRH/DRL ; **Responsable PV :** NUH.

Buts des colloques : CID-E: déterminer les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e et planifier les interventions nécessaires à sa sortie ; **CID-S**: évaluer les progrès par rapport aux objectifs fixés lors du CID-E et planifier la sortie.

Structure d'activité et ordre des interventions : Les **CID-E** et **CID-S** se déroulent selon un ordre d'activités prédéfini avec des participant.e.s et des rôles prévus à l'avance (voir aussi Annexe 2.1) :

Figure 1 : CID-E et CID-S Participant.e.s et ordre de leur intervention (par patient.e)



Légende figure : GRIS: activités non-systématiques ; ( ) : présent si le ou la patient.e est suivi dans ce domaine ; DRH/DRL : signifie soit l'un soit l'autre ; NP+ST : signifie avec

Durée moyenne par patient.e : **CID-E** : 7 minutes ; du **CID-S** : 10 minutes

Particularités des CID-E et CID-S: Participant.e.s : Il y a un relatif équilibre entre les professionnel.le.s représentant le domaine médical (N=2), thérapeutique (N=2-3) et des soins (N=2), le domaine social est en revanche représenté par le ou la référent.e des soins. Le ou la patient.e est présent.e pendant toute la durée des deux colloques, sauf en cas d'exception il faut alors qu' un membre de l'équipe professionnelle en fasse la demande un jour avant le colloque. **Interventions :** Pour chaque participant.e aux colloques au moins un moment d'intervention est systématiquement prévu. Les professionnel.le.s sont invité.e.s à s'orienter vers le ou la patient.e et à lui adresser la parole (activités 2-6 et 8), ou le ou la la patient.e est au centre de l'échange bilatéral avec le DRH (activité 1, 7, 9, 10).

SITE HOSPITALIER B (médecine interne)

Institution : Le département de médecine interne, par la suite désigné par site B, se situe en Suisse romande et a pour mission d'assurer l'accueil de patient.e.s souffrant de maladies complexes (comorbidité, pathologies multiples, etc.) qui requièrent une prise en charge multidisciplinaire rapide et de courte durée. Ce département est composé de plusieurs unités de soins.

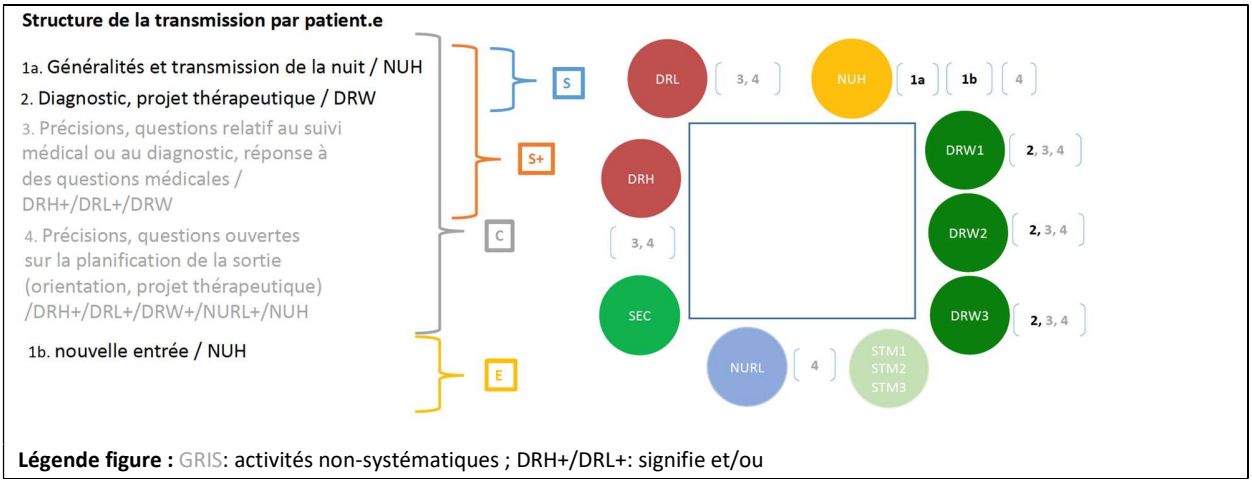
Organisation : Les deux services de ce département étudiés organisent un colloque interprofessionnel quotidien (lundi à vendredi) qui a lieu de 8h00 à 8h30. Ce colloque permet de passer en revue tous les patients et toutes les patientes respectivement dans chacun des services (17-21 patient.e.s par service).

Composition de l'équipe : le colloque réunit les cadres médicaux (DRH, DRL), les référent.e.s médicaux (DRW) et les étudiant.e.s en médecine et médecins stagiaires (STM), le ou la cadre des soins (NUH), le ou la référent.e social.e, l'infirmier.ère de liaison (NURL), et le ou la secrétaire médicale (SEC). **Rôles supplémentaires**: **Chair** : NUH ; **Responsable PV**: SEC.

But du colloque : la gestion proactive des séjours, c'est-à-dire de définir le projet thérapeutique et l'orientation de chaque patient.e, de s'assurer de son suivi ainsi que de la planification de sortie et assurer l'organisation du service.

Structure d'activité et ordre des interventions : Le colloques est structuré par profession pour les activités 1 (**Structure E**) et 2 (**Structure S**), ensuite la structure et les interventions s'organisent en fonction de la complexité médicale (activité 3) et/ou sociale (activité 4) du ou de la patient.e concernée (**Structure S+ ou C**) :

Figure 2 : Colloque (site B) – Participant.e.s et ordre des interventions par transmission patient.e[4]



Légende figure : GRIS: activités non-systématiques ; DRH+/DRL+: signifie et/ou

Durée moyenne de la transmission par patient.e : 1 minute 25 secondes

Particularités du colloque : Participant.e.s : alors que les professions médicales sont représentées par plusieurs professionnel.le.s (N=5-6), les soins et le domaine social sont représentés respectivement par un.e cadre de cette profession (NUH), et un.e référent.e (NURL) alors que les professions thérapeutiques et le ou la patient.e sont absents**.**

Interventions : Alors que les deux premières interventions (NUH, activité 1 ; DRW, activité 2) sont systématiques (voir figure 2 : structure S, S+, C), les interventions des autres participant.e.s (DRH, DRL, NURL) ne le sont pas. En plus, certain.e.s participant.e.s n'ont pas d'espace de parole prédéfinis (SEC, STM).

[4] La figure 2 a été réalisée sur la base d'un travail de Master par Colin Rochat (2019, 28-33).

SITE HOSPITALIER C (réadaptation)

Institution : Le centre de neuro-réhabilitation, par la suite désigné par site C, se situe en Suisse romande et a pour mission d'accueillir des personnes qui requièrent une prise en charge multidisciplinaire suite à une lésion ou à une maladie (par exemple traumatisme cranio-cérébral, accident vasculaire cérébral) pour assurer la réhabilitation des affections du système nerveux. L'hôpital neurologique comprend un service hospitalier, et un appartement thérapeutique. Il offre des séjours de réadaptation de trois semaines ou plus et des prestations ambulatoires.

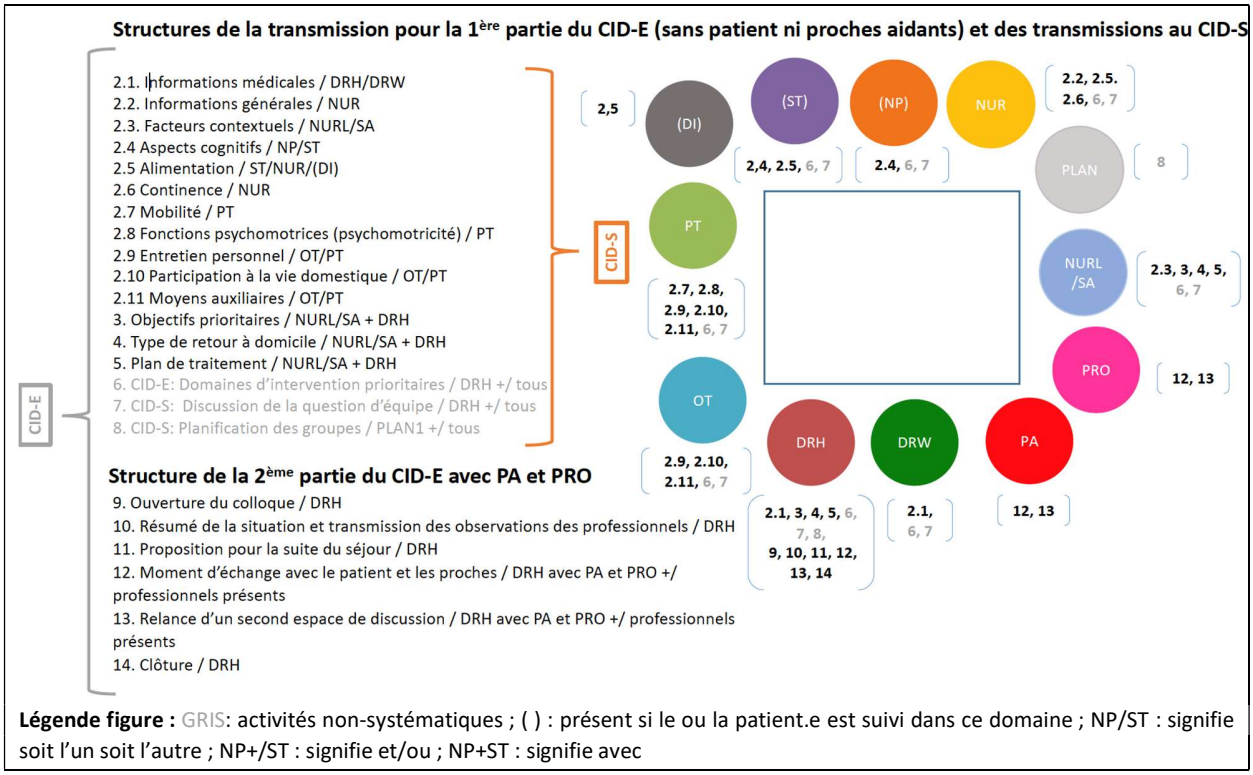
Organisation : Deux colloques interprofessionnels sont régulièrement organisés: 1) les projets thérapeutiques, un colloque interprofessionnel d'entrée (**CID-E**), qui a lieu une fois au début du séjour du ou de la patient.e et 2) les colloques de suivi (**CID-S**), qui ont lieu hebdomadairement pendant toute la durée du séjour. Par CID-S, 7-10 patient.es sont passé.e.s en revue. Le troisième colloque interprofessionnel, **le réseau** (**CID-Res**), est organisé ponctuellement à la demande des professionnel.le.s, c'est-à-dire en cas de questions ouvertes à régler concernant la sortie ou pour une situation complexe. Pour des raisons de place, ce colloque (CID-Res) ne sera pas discuté davantage dans ce rapport (voir Annexe 2.1, CID-Res)

Composition de l'équipe: 1ère partie **CID-E :** L'équipe interprofessionnelle est composée par le cadre médical (DRH), ainsi que les professionnel.le.s référent.e.s des domaines thérapeutiques (PT, OT, ST, neuropsychologue NP, diéticien.ne DI), des soins (NUR) et du médical (DRW) et la profession qui assure le lien avec le contexte social (NURL ou SA). **2ème partie** du **CID-E** le ou la PA et ses proches (PRO) se joignent à l'équipe interprofessionnelle. Lors du **CID-S** : L'équipe interprofessionnelle est la même que pour le CID-E, à part qu'une personne du personnel administratif en charge de la planification des thérapies (PLAN) se joint à eux et que le ou la patient.e et ses proches ne sont pas présent.e.s. **Rôles supplémentaires**: **Chair** : NURL ou SA ; **Responsable PV**: NURL ou SA.

Buts du CID-E et du CID-S : fixer les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e pour la durée du séjour **(CID-E)** ; évaluer l'atteinte des objectifs en cours, les ajuster si nécessaire et planifier la sortie **(CID-S)**.

Structure d'activité et ordre des interventions : Le colloques se déroule selon un ordre d'activités prédéfini (figure 3) avec des participant.e.s et des rôles prévus à l'avance :

Figure 3 : CID-E et CID-S – Participant.e.s et ordre des interventions par patient.e



Légende figure : GRIS: activités non-systématiques ; ( ) : présent si le ou la patient.e est suivi dans ce domaine ; NP/ST : signifie soit l'un soit l'autre ; NP+/ST : signifie et/ou ; NP+ST : signifie avec

Durée moyenne par patient.e : **CID-E** : 39 minutes (1ère partie : 25 min (sans PA + PRO) ; 2ème partie : 14 min (avec PA et PRO); **CID-S** : 6 minutes 30 secondes (sans PA et PRO)

Particularité des CID-E et CID-S : Participant.e.s : alors que les différentes professions thérapeutiques sont bien représentées (N=3-5), la profession médicale est représentée par deux membres (DRH et DRW), les soins et le domaine social par un.e référent.e (NUR, NURL) et une personne du domaine administratif est présente lors du CID-S (PLAN). Lors de la **2ème partie du CID-E,** le ou la patient.e et les proches se joignent au professionnel.le.s**.**

Interventions : Pour chaque participant.e des colloques au moins un moment d'intervention est systématiquement prévu en fonction des domaines d'activités (mobilité, entretien personnel, etc.). Le ou la patient.e est au centre de l'échange bilatéral avec le DRH (activité 9-14 CID-E).

2.1.2. Organisation, buts, composition et structure – implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle

Comme le montre la description des différents colloques interprofessionnels ci-dessus, les éléments clés d'une collaboration interprofessionnelle réussie : la tenue régulière de colloques interprofessionnels, et des procédures établies et claires concernant leur mise en œuvre (Washington et al., 2017 ; Xyrichis & Lowton, 2008), sont réunis dans les trois sites hospitaliers. Cependant, la mise en œuvre de ces éléments dans les différents sites (voir sous-chapitre 2.1.1) fait apparaître des différences importantes quant à l'organisation, la durée, les buts visés, la composition de l'équipe interprofessionnelle et la structure d'activité. Pour répondre à la question 2, ce sous-chapitre discute dans quelle mesure les différences identifiées peuvent potentiellement favoriser ou freiner la collaboration interprofessionnelle, notamment

en favorisant ou non l'expression des points de vue, des expertises, de savoirs et savoir-faire des différentes professions et du ou de la patient.e et/ou en promouvant ou non l'échange interprofessionnel.

L'**organisation** quotidienne du colloque interprofessionnel en médecine interne (site B), versus l'organisation de colloques interprofessionnels uniquement au début d'un séjour (CID-E), hebdo- ou bi-hebdomadairement (CID-S ; CID-O), voire ponctuelle (CID-Res) en réadaptation (sites A et C), favorise potentiellement l'expression de points de vue, d'expertises distinctes et l'échange interprofessionnel dans le premier au vu de sa fréquence plus élevée (quotidien versus hebdomadaire). L'exploitation de ce potentiel se voit en revanche limitée pour diverses raisons interdépendantes:

- Alors que la **durée moyenne** dédiée par patient.e est de 1 minutes 25 secondes en médecine interne (site B), elle est entre 6 minutes 30 secondes et 11 minutes 44 secondes en réadaptation (sites A et C), voire de 34 minutes (CID-E), ou 43 minutes (CID-Res) dans le site C.
- Alors que l'absence du ou de **la patient.e et/ou des proches** en médecine interne (site B) permet une prise en compte de la voix « rapportée » par un.e professionnel.e, la présence des patient.e.s en réadaptation (site A) et des proches (site C) favorise l'expression et la prise en compte de leur point de vue et perspective.
- Alors que la **composition de l'équipe professionnelle** en médecine interne (site B) favorise l'expression et la prise en compte du point de vue médical, la présence de plusieurs référent.e.s ou représentant.e.s thérapeutiques et des soins en réadaptation (sites A et C) donne une place aussi importante à leur point de vue et expertise disciplinaire spécifique. Un.e référent.e social.e (NURL/SA) est en revanche uniquement présent.e dans les sites B (médecine interne) et C.
- Alors que la **pré-définition d'au moins un slot d'intervention** pour l'infirmier.ère chef.fe (NUH) et le ou la médecin assistant.e référent.e (DRW) dans le site B privilège l'expression et la prise en compte du point de vue et de l'expertise de ces deux professions, la pré-définition d'au moins un slot pour toutes les professions présentes en réadaptation (A et C) privilège l'expression et la prise en compte du point de vue et de l'expertise de l'ensemble des participant.e.s.
- Alors qu'un **moment d'échange plus libre**, uniquement prévu en cas de situations complexes en médecine interne (site B), favorise un mode d'échange « plus libre » entre les professions médicales (DRH, DRL, DRW), et de soins (NUH, NURL), plusieurs moments d'échange plus libres, systématiquement prévus en réadaptation (A et C), favorisent surtout l'échange bilatéral entre DRH/DRL et le ou la patient.e (site A : CID-E et CID-S) et ses proches (site C : CID-E et CID-Res).

La comparaison des éléments prédéfinis des colloques interprofessionnels entre médecine interne (site B) et réadaptation (site A et C) semble indiquer que ces derniers favorisent davantage l'expression et la prise en compte de multiples points de vue, d'expertises et de moments d'échange entre l'ensemble des participant.e.s des colloques interprofessionnels. Toutefois, les dimensions prédéfinies d'un colloque interprofessionnel peuvent certes favoriser ou non, l'expression, l'échange et la prise en compte de points de vue et d'expertises distinctes (incl. du ou de la patient.e), ce n'est qu'une analyse plus fine des interactions entre les différent.e.s professionnel.le.s (ch. 2.2 à 2.4) qui permettra de se prononcer de manière plus nuancée sur la question des fondements d'une collaboration interprofessionnelle réussie.

2.2. La gestion des colloques interprofessionnels et l'allocation des tours de parole

Il a été démontré, dans le chapitre précédent, que la structure d'activité et l'ordre des interventions des différent.e.s participant.e.s sont prédéfinis pour tous les colloques (voir ch. 2.1, figures 1, 2 et 3, p.15 - 18). En plus, comme toutes interactions formelles, les colloques sont caractérisés par des *systèmes d'allocations des tours de parole* qui restreignent le nombre de participant.e.s en mesure de prendre la parole et d'initier des actions (Mondada, 2017). Cette restriction s'opère au sein de deux systèmes d'allocations des tours de parole (Heritage & Clayman, 2010). Dans le *système médiatisé*, la restriction tient de la responsabilité du chair désigné (Mondada, 2017 ; Svennevige, 2012b). Un rôle central lui est attribué. Sa tâche consiste à allouer la parole aux différent.e.s participant.e.s au bon moment, c'est-à-dire, en considérant les finalités de la rencontre, le respect de l'ordre du jour, les droits des participant.e.s à la parole, ainsi que les impératifs temporels. Dans un *système de pré-allocation*, la restriction est en revanche opérée à travers l'appariement des participant.e.s à un type d'action spécifique (Mondada, 2017). Dans ce deuxième système, chaque participant.e est donc responsable d'allouer la parole et/ou de la prendre au bon moment.

Dans les différents sites, une profession distincte est désignée comme chair (voir ch. 2.1). Il serait pourtant hâtif de conclure que les chairs désignés sont les seuls responsables de la progression du colloque même s'ils ont un rôle important de leadership à jouer. En effet, les études d'analyse conversationnelle démontrent que les éléments définis d'avance ne sont pas mécaniquement implémentés par les participant.e.s, mais que, bien au contraire, ils peuvent être transformés, ou même abandonnés, au cours de la réunion. Les analyses fines des pratiques d'allocations des tours, telles qu'elles sont interactivement réalisées lors des colloques interprofessionnels dans les trois sites hospitaliers, reflètent un système d'allocation des tours de parole « hybride », c'est-à-dire relevant des deux systèmes d'allocations précédentes:

Type 1) l'allocation médiatisée par le chair. Alors que l'ordre des activités et des intervenant.e.s est prévu d'avance pour tous les colloques étudiés, le ou la *chair désigné.e* mobilise des ressources verbales, en annonçant p.ex. le ou la prochain.e intervenant.e, et/ou non-verbales, en utilisant p.ex. un geste, afin d'allouer la parole au ou à la prochain.e intervenant.e et de gérer le passage d'une activité à l'autre (extraits 1, 2, 3, 7, 8, 9).

Type 2 : **la pré-allocation**. En suivant l'ordre des activités et des intervenant.e.s prédéfinis d'avance (figures 1, 2, 3, p. 15-18), le passage d'une activité à l'autre est réalisé conjointement par le locuteur en cours (LOC 1), et le ou la prochain.e intervenant.e prévue par l'ordre préétabli (LOC 2), sans qu'il y ait d'intervention, verbale et/ou non verbale, du ou de la chair (extrait 4, 5, 6).

Dans ce qui suit, la manière dont les participant.e.s des divers colloques parviennent interactivement à gérer la progression des colloques, c'est-à-dire le passage d'une activité à l'autre, sera présentée (ch. 2.2.1). Dans un deuxième temps, les implications qu'ont les différentes pratiques d'allocations sur une collaboration interprofessionnelle réussie sera discutée (ch. 2.2.2).

2.2.1 La gestion des colloques : mise en œuvre dans les différents sites

SITE HOSPITALIER A (réadaptation)

Dans le site A, le médecin chef (DRH) ou le chef de clinique (DRL) est le chair désigné durant un colloque d'entrée (CID-E) ou de suivi (CID-S). Dans la majorité des cas, c'est lui qui gère la progression d'une activité à l'autre – il y a 9 (CID-S) ou 10 (CID-E) activités prévues (figure 1, p. 15).

Quand le chair a le lead de l'activité en cours, notamment lors des activités 1, 7, 9, 10 (figure 1, p. 15), il déploie des moyens non-verbaux et verbaux pour allouer la parole au ou à la prochain.e intervenant.e. À

la fin de l'ouverture du colloque (activité 1), le chair (DRH) alloue la parole à la médecin assistante référente (DRW2), afin qu'elle fasse le rapport médical. Avant l'extrait 1 ci-dessous, le chair demande au patient 5 (PA5) « we got's nech ? / comment allez-vous ? », à quoi ce dernier répond « tiptop » :

Extrait 1 : Type 1[5]

```
4  DRH   tiptop\ (0.3)* [okay: (.)] *dasch- (0.2) ganz's guets&
         tiptop          okay        c'est         très bien
5  PA5                  [(ganz zwäg)]
                        très en forme
   drh              ->*regarde le doc*-regarde PA5->
6  DRH   &(.) <*statement$ ((rigole))> +*guet"$ auso=
                                        bien   alors
   drh       ->*se tourne vers DRW2------*regarde DRW2->
   drw2                ->$regarde DRH------->$regarde PA5->>
   pa5                                ->+regarde DRW2->>
   drh                                          "1H: mouvement de la main vers DRW2 ->
7  DRW2  =ja herr ((name PA5)) bei ihnen wurde ((...))
          oui monsieur ((nom)) chez vous il a été ((…))
```

Au début de l'extrait 1, DRH reçoit cette réponse positivement (l.4-6), se tourne ensuite vers la médecin assistante (DRW2), fait un geste dans sa direction, tout en l'incitant à prendre la parole avec une formulation générique : « guet auso / bon alors » (l.6). En plus, cela permet à DRW2 d'enchainer rapidement sa prise de parole (l.7). Dans un autre exemple (Annexe 2.2, extrait 2), le chair (DRL1) est encore orienté vers la patiente 2, quand il annonce la prochaine intervenante (NUH) : « d'frou /madame ((nom de NUH)) », et la tâche qui lui incombe : « duet no churz schnäu zämefasse / va encore vite résumer », en pointant dans sa direction (l.1). Cette manière du chair (DRH/DRL) de clore son échange avec le ou la patient.e et d'allouer la parole à la prochaine intervenante, induit le ou la patient.e et la prochaine intervenante (DRW2 ou NUH) à se regarder mutuellement, avant même que le chair n'ait terminé son allocation (voir extrait 1 ci-dessus).

Quand le chair doit allouer la parole au ou à la prochain.e intervenant.e à la fin d'une activité, dont il n'a pas le lead (activités : 2-6 et 8), il arrive (Annexe 2.2 ; extrait 3) qu'il alloue la parole à la prochaine intervenante (NUR2) avec une formulation générique : « auso mier lose / alors on écoute » (l. 2), tout en la fixant du regard, jusqu'à ce que cette dernière prenne la parole (l.4). Le chair (DRL) parvient ainsi à couper court les propos de DRW1 (l.1, 3).

En revanche, quand le chair n'a pas le lead de l'activité en cours (activités 2-6, 8), le passage d'une activité à l'autre se fait dans la majorité des cas sans l'intervention du chair, donc selon un système d'allocation de type 2 (voir Annexe 2.2 ; extrait 4).

Conclusion : Dans l'ensemble, les extraits 1-3 (voir Annexe 2.2) sont caractéristiques pour le site hospitalier A. Le chair désigné (DRH ou DRL) utilise des *moyens verbaux* allant d'une forme générique « guet auso / bon alors » (extrait 1); « mer lose / on écoute » (extrait 3), à une forme d'annonce explicite (extrait 2), en les combinant avec des *moyens non-verbaux*, p.ex. rotation du corps, regard et/ou geste, pointage vers le ou la prochain.e intervenant.e, pour allouer la parole au ou à la prochaine intervenant.e. En plus, la double casquette de DRH ou DRL, comme médecin chef ou chef de clinique et chair, pourvoit ce dernier de ressources importantes pour faire progresser les colloques. Il a non seulement la possibilité de clore ses échanges avec le ou la patient.e (Annexe 2.2, extraits 1 et 2), mais aussi de clore l'intervention

[5] Voir conventions de transcription Annexe 2.0

d'un.e collègue de manière unilatérale et quand ça lui semble « juste » (Annexe 2.2, extrait 3). Le chair limite ainsi les pauses entre activités et assure la progression du colloque (Svennevige, 2012b, 6). Finalement et *surtout*, les allocations du chair servent ici au ou à la patient.e comme points de repère. Elles lui permettent de tourner son attention vers la prochaine intervenant.e, même avant que ce dernier ou cette dernière ne prenne la parole, et ainsi de suivre la progression du colloque aisément.

SITE HOSPITALIER B (médecine interne)

Lors du colloque interprofessionnel dans le site B, l'infirmier ou l'infirmière chef.fe (NUH) est le ou la chair désigné.e. En revanche, la progression d'une activité à l'autre du colloque – il y a 1-4 activités prévues par la procédure établie (figure 2, p. 16) – se fait dans la majorité des cas par le locuteur ou la locutrice en cours (LOC1) et le prochain locuteur ou la prochaine locutrice (LOC2), sans qu'il n'y ait d'intervention de la part du chair (type 2).

Quand le ou la NUH a le lead de l'activité en cours (activité 1), il ou elle alloue la parole au prochain locuteur ou à la prochaine locutrice. Dans l'extrait 5 (Annexe 2.2), NUH soulève par exemple une question concernant la prise en charge du ou de la patient.e concerné.e (l.4). DRW1-1 commence alors son rapport (figure 2, p. 16), en répondant d'abord positivement à la question soulevée par NUH1-1 (l.6). Ainsi, NUH1-1 n'alloue pas la parole à DRW1-1 en tant que chair, mais en tant que responsable de l'activité 1. Il s'agit donc d'une allocation de type 2.

Comme il a été décrit plus haut (figure 2, p. 16), la structure d'activité du colloque du site hospitalier B, donne, à partir de l'activité 3, la possibilité aux professions médicales (DRH, DRL, DRW) de s'auto-sélectionner afin de spécifier ou de clarifier des questions d'ordre médical (activité 3), ou alors permet qu'un membre ayant une fonction de cadre ou de référent (NUH, NURL, DRH, DRL, DRW) s'auto-sélectionne pour spécifier ou pour clarifier une question liée à la sortie (activité 4) :

Extrait 6 : Type 2

```
15 DRW1-1     …pour< voir euh $exactement s'il faut qu'on élargisse$
              >>reg NUH1-1---------->l.21
16            .h: le [le diagnos]tic plus que ça ou pas
17 NUH1-1             [mhm]
18            @(0.4)@
   nuh1-1     @-hoche tête-@
19 NUH1-1     [d'ac]cord+
20 DRH1-1     [tsk]
   drh1-1     reg DRW1-1+-lève tête et regarde en air-->l.23
21            $(0.4)@ (0.4)
   drw1-1     $-reg DRH1-1
   nuh1-1           @-reg DRH->l.25
22 DRH1-1     /e:st-ce que ça vaudrait\ la /peine de: (.) /e:lle >elle
23            ar/rive à + rentrer à la maison avec cette + pneumo+pathie> ((…))
              >---------+--------ferme yeux--------------+reg DRL+-reg DRW1--->
```

En début d'extrait DRW1-1 clôt son rapport (activité 2). En regardant NUH1-1., elle s'interroge sur la nécessité « qu'on élargisse […] le diagnostic », insinuant ainsi qu'il va peut-être falloir prolonger le séjour de la patiente (l.15-16). NUH1-1 acquiesce l'interrogation de DRW1-1 verbalement (l.17, l.19) et non-verbalement en hochant la tête (l.18), sans répondre à la question soulevée, pour autant (voir silence l.18, l.21). Dès la ligne 20, DRH projette en revanche une prise de parole par un « tsk » (l.20) pour reprendre la question soulevée par DRW1-1 (l.22-23). À partir du moment que DRH1-1 s'apprête à parler (l.20), ce dernier regarde DRL1-1 et ensuite DRW1-1et non le chair (NUH1-1 ; voir Annexe 2.2, extrait 6).

Conclusion : Dans l'ensemble, les extraits 5-6 (voir Annexe 2.2) sont caractéristiques pour le site hospitalier B. Le passage d'une activité à l'autre (1-4) se fait sans intervention du chair (type 2). Ainsi, chaque participant.e.s est responsable de la progression efficace du colloque et y contribue. Le ou la chair intervient en revanche dans son rôle de chair quand la discussion concernant un.e patient.e (activité 3 et/ou 4) arrive à sa fin (voir Annexe 2.2, extrait 7). Il arrive alors que le ou la chair résume d'abord les décisions prises concernant le ou la patient.e discuté.e, pour la secrétaire (l.137). Si ce résumé n'engendre pas d'intervention de la part des autres participant.e.s du colloque, le ou la chair passe ensuite à la transmission du ou de la prochain.e patient.e (l.140).

SITE HOSPITALIER C (réadaptation)

Dans les colloques du site hospitalier C, les passages d'une activité à l'autre – il y a entre 14-23 activités prévues selon la procédure établie – sont rythmés par le ou la chair qui utilise l'outil informatique (dossier informatisé - DI) comme fil rouge pour gérer la progression du colloque (figure 3, p. 18). Le ou la chair (NURL ou SA) alloue la parole au prochain intervenant ou à la prochaine intervenante en annonçant le domaine d'intervention (mobilité, alimentation, etc.) en suivant le déroulement du DI**.** Les participant.e.s, ayant souvent une tablette sous les yeux suivent l'ordre des différentes rubriques et enchainent alors directement à la suite de l'annonce.

Comme dans l'extrait 8 ci-dessous, la chair attend normalement que le locuteur ou la locutrice en cours ait clôt son intervention, avant d'allouer la parole au ou à la prochain.e interventant.e :

Extait 8 : Type 1

```
5  DRW20 légère augmentation d'la créat/ avec une baisse de l'albumine/∞
   drw20 >>regarde sa tablette->>
   nurl3 >>--------regarde ses notes-------------------------------∞reg écran->
6         (0.6) °et°∞ puis la kaliémie est à cinq ∞°(donc)\°
   nurl3 >----------∞reg chancelle de DRW20 à DRH-∞regarde écran->l.9
   nur20 >>-------regarde sa tablette->l
7         (1.5) $ (.)
   nur20 >-----$--regarde DRW20 brièvement, puis regarde de nouveau sa tablette->>
8  NURL3 pour les informations générales/
9  NUR20 .h:: ∞ heu: vigilance fatigabilité:/ madame a l'impression:/ ((...))
   nurl3 >----∞----------------------regarde ses notes---------------------->>
```

Au début de l'extrait 8 (l.5-6), DRW20 signale qu'elle arrive à la fin de son rapport sur les informations médicales (activité 2.1) : elle baisse la voix et utilise une intonation descendante à la fin de son appréciation médicale (l.6). Tout au cours de l'extrait, la DRW20 regarde sa tablette. En contraste, la chair (NURL3) regarde ses notes (l.5-6), monitore brièvement la locutrice en cours (DRW20) et le médecin chef (DRH), pour ensuite regarder son écran (l.6), avant que la DRW20 n'ait fini son rapport. Il y a alors une pause (l.7), suite à laquelle la chair lit la prochaine rubrique (l.8). Sans regarder la chair, la prochaine intervenante, NUR20, prend alors la parole pour transmettre les informations générales (activité 2.2) à la ligne 9. Le passage d'une activité (2.1) à l'autre (2.2) est assuré par la chair, sans qu'il y ait d'échanges de regards entre les participant.e.s impliqué.e.s.

En contraste, au début de l'extrait 9 (voir Annexe 2.2, extrait 9), la chair (NURL3) parle en tant que responsable de l'activité 2.3 « facteurs contextuels » (figure 3, p. 18). NURL3 clôt sa propre intervention en résumant l'attitude à adopter par rapport au patient discuté (l.1). Ensuite, elle annonce la rubrique suivante : « les aspect cognitifs » (activité 2.4), tout en spécifiant ce qui est attendu des prochain.e.s intervenant.e.s : « la synthèse » (l.2-3). La professionnelle à qui est attribuée cette rubrique (figure 3, p. 18), c'est-à-dire NP22, prend alors la parole et transmet son rapport sur les « aspects cognitifs » (l.4). Ici,

la double casquette de NURL3, responsable de l'activité 2.3 et chair, lui permet de décider du moment auquel elle termine sa propre intervention et (ré-)intervient en tant que chair pour allouer la parole à la prochaine intervenante. En tant que chair, NURL3 assure ainsi la progression du colloque en favorisant un enchainement rapide des différentes interventions. Il n'y a pas de pause entre la parole de NURL3 (l.3) et celle de NP22 (l.4), et en incitant la prochaine intervenante d'être synthétique (l.2-3).

Dans la seconde partie du CID-E, les 6 activités prévues par la structure (figure 3, p. 18) sont dédiées à l'échange entre DRH et le ou la patient.e (PA), les autres professionnel.le.s y interviennent que ponctuellement. En contraste à une conversation ordinaire, lors de laquelle les participant.e.s organisent la progression de la conversation à titre égal, la progression est ici assurée par le médecin chef essentiellement (Pilnick et Dingwall, 2011), et sans intervention du ou de la chair (NURL ou SA).

Conclusion: Les extraits 8-9 sont caractéristiques pour le site hospitalier C. Dès qu'un locuteur ou une locutrice en cours signale qu'il ou elle a terminé son intervention, p.ex. avec une remarque clôturant son intervention (extrait 8), et/ou quand il y a un silence prolongé suite à une intervention (extrait 8), le ou la chair désigné.e (SA ou NURL) lit la prochaine rubrique, donnant une « voix » à l'outil informatique. Lors de la 1ère partie du CID-E, CID-Res et lors du CID-S, c'est le chair qui assure le passage d'une activité à l'autre. Cependant, son pouvoir d'influencer sur la durée ou le contenu des interventions des autres participant.e.s est quasiment nul. En effet, alors que le ou la chair peut clôturer sa propre intervention et/ou inciter les autres à être brefs (extrait 9), il ou elle n'a pas l'autorité nécessaire pour les interrompre (extrait 8). Lors de la 2ème partie du CID-E et CID-Res le ou la chair n'intervient pas en tant que chair.

2.1.2 L'allocation des tours de parole – implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle

Pour être considéré réussi, le colloque interprofessionnel doit répondre à des exigences institutionnelles variées, notamment à des ressources temporelles et personnelles limitées, tout en permettant l'expression des points de vues des participant.e.s et le dialogue entre eux. Dans la mise en œuvre, cette double exigence est non seulement reflétée dans des conditions cadres claires et des procédures établies d'avance (ch. 2.1), mais aussi dans un *système d'allocations de la parole « hybride »*, relevant à la fois d'un système *médiatisé par un chair (type 1)* et d'un système de *pré-allocation (type 2*), s'opérant à travers l'appariement des participant.e.s à un type d'action spécifique (figures 1-3, p. 15-18).

L'analyse fine de la mise en œuvre de ce systèmes d'allocation suggère que la **prédominance** d'un type d'allocation de type 1 ou 2 et/ou **le choix du ou de la chair** ont des incidences importantes sur la gestion de la progression et les possibilités des uns et des autres à y contribuer et/ou à prendre la parole.

Le système d'allocation prédominant : En réadaptation (sites A et C), la majorité des passages d'une activité à l'autre sont médiatisés par un.e chair (type 1). En contraste, en médecine interne (site B), le système de pré-allocation (type 2) prédomine. En réadaptation, le ou la chair détient à premier abord un rôle central. Il ou elle est à la fois responsable de la gestion de l'allocation des tours de parole et de la progression du colloque. En contraste, dans le deuxième cas (type 2), ces responsabilités sont partagées à titre égal entre les différent.e.s intervenant.e.s du colloque.

Le choix du ou de la chair : Dans sa double fonction en tant que médecin chef (ou chef de clinique) et chair désigné, le chair du site A dispose de ressources considérables pour gérer à la fois la progression et la prise de parole des participant.e.s. Il a l'autorité et les compétences nécessaires pour notamment décider du « bon » moment, auquel il interrompt son échange avec le ou la patient.e (voir Pilnick and

Dingwall, 2011 ; Annexe 2.2, extraits 1 et 2), ou l'intervention d'un.e collègue (Annexe 2.2, extrait 3). En contraste, dans sa double fonction en tant que chef.fe infirmier ou infirmière et chair (site B), et dans sa triple fonction, en tant qu'infirmier.ère de liaison, responsable de la rédaction du PV et chair (site C), le ou la chair dispose de ressources limitées. A part interrompre sa propre intervention (Annexe 2.2, extrait 9), le ou la chair des sites B et C n'a pas l'autorité ou les compétences nécessaires pour interrompre ses collègues (Annexe 2.2, extrait 8), et encore moins, d'intervenir dans les échanges entre le médecin chef et le ou la patient.e en tant que chair.

Conclusion : Une collaboration interprofessionnelle, qui s'inspire de la notion de « partenariat » (Orchard & Bainbridge, 2010), implique non seulement le droit, mais aussi la responsabilité de chaque participant.e de contribuer à la réussite de la collaboration, et ceci indépendamment de son statut hiérarchique. La prédominance du type 2 (site B) semble plus adaptée pour répondre à l'exigence d'une hiérarchie horizontale. Cependant, notons que dans le site B, ce sont surtout des cadres qui sont réunis autour de la table, le ou la patient.e, et les référent.e.s thérapeutiques ou de soins ne sont pas présent.e.s. La mise en œuvre d'une hiérarchie horizontale est donc relative.

Le chair désigné détient en principe des ressources importantes pour mettre en œuvre les tâches qui lui incombent en tant que chair (Svennevig, 2012b). Cependant, selon la double casquette (DRH + chair ou NUH + chair), voir triple casquette (NURL/SA + chair + responsable du PV), ce dernier ou cette dernière est doté.e de la compétence décisionnelle nécessaire pour exercer son rôle de chair, ou ne l'est pas. Dans la mise en œuvre concrète, le système d'allocation médiatisé par le chair (type 1) peut alors fortement ressembler à un système de pré-allocation (type 2), répondant ainsi aux exigences d'une hiérarchie horizontale. C'est notamment le cas dans le site C. Remarquons finalement que les ressources verbales et non verbales mobilisées par le chair du site A, lui permettent de mettre en œuvre les responsabilités qu'il lui incombent en tant que chair, Elles servent aussi au ou à la patient.e de suivre et de participer à un setting multipartite avec lequel il ou elle n'est pas familiarisé.e.

2.3. La participation interprofessionnelle, des professionnel.les et du ou de la patient.e

Dans les deux sites de réadaptation (site A et C), les colloques interprofessionnels (CID-E et CID-S) prévoient un déroulement des interventions ordonné. Par ailleurs, l'appariement entre un.e participant.e et une activité spécifique qu'il ou elle est chargé.e d'accomplir (figures 1 et 2, p. 15-16), assure dans ces deux sites au moins un moment d'intervention pour chaque participant.e (incl. le ou la patient.e et les proches). En contraste, la médecine interne (site B) prévoit uniquement la participation systématique de l'infirmier ou l'infirmière chef.fe (NUH) et du ou de la médecin assistant.e (DRW), sauf pour les entrées (voir 2.1, figure 2)[6]. La participation d'autres professionnel.le.s est décidée au cas par cas, c'est-à-dire, uniquement si la transmission d'un.e patient.e le requière.

Ce chapitre traite de la manière dont la participation interprofessionnelle est mise en œuvre, c'est-à-dire comment les interventions formellement définies d'avance (figures 1-3, p. 15-18) sont réalisées dans l'interaction.

Notamment, 1) par les prises de paroles prévues par la structure d'activité et leurs caractéristiques distinctes et 2) par les opportunités de participation que les participant.e.s saisissent ou créent au-delà de ce que les procédures formelles leur offrent ou leur octroient (Mondada, 2017, p.162). En effet, il n'est

[6] Rappelons ici que le ou la patient.e n'est jamais présent.e lors des colloques interprofessionnels dans le site B.

pas rare que les moments formels soient suspendus par- ou alternent avec- des moments d'échange plus informels durant des réunions de travail (Deppermann, Schmitt & Mondada, 2010). Ces *opportunités alternatives* ou « fleeting opportunities » (Ford, 2008, p.60) constituent des moments qui ne sont *ni prévus d'avance par la procédure* formellement établie (figures 1-3, p. 15-18), *ni initiés et/ou ratifiés explicitement par le ou la chair désigné.e*.

L'analyse conversationnelle des colloques montre que les professionnel.le.s (et les patient.e.s et proches si présent.e.s) interviennent hors du cadre de participation formellement établi dans les trois sites et ceci selon deux types d'interventions non-prévues (INP). Dans le deuxième type, il y a trois cas de figure différents.

Intervention non-prévue (INP) type 1 : l'intervention est initiée par le ou la locuteur.rice de l'activité en cours. L'intervention est alors adressée à un.e participant.e en particulier, à plusieurs participant.e.s, ou à l'ensemble des co-participant.e.s présent.e.s

Intervention non-prévue (INP) type 2 : l'intervention est initiée à travers une auto-sélection par un ou une participant.e, autre que le ou la locuteur.rice officiel.le de l'activité en cours. L'intervention est alors adressée à ce dernier ou cette dernière. Dans le type 2, figurent le **type 2a**), le ou la participant.e qui initie l'intervention est un.e professionnel.le, le **type 2b**) le ou la participant.e qui initie l'intervention est un.e patient.e, et le **type 2c**) le ou la participant.e qui initie l'intervention est un.e proche du patient ou de la patiente.

Ce chapitre, discute d'abord la mise en œuvre des pratiques de participation dans les trois sites hospitaliers (ch. 2.3.1). Ensuite, les implications que les différentes pratiques interprofessionnelles ont sur l'efficacité et la réussite de la collaboration interprofessionnelle dans son ensemble seront présentées (ch. 2.3.2).

2.3.1. Participation interprofessionnelle et prise de parole : mise en œuvre

SITE HOSPITALIER A (réadaptation)

Dans le site A, la structuration prédéfinie des colloques d'entrée (CID-E) et de suivi (CID-S) prévoit au moins une prise de parole pour chaque participant.e (figure 1, p. 15). Alors que plusieurs moments *d'échange bilatéral* sont prévus pour le médecin chef (DRH) ou le chef de clinique (DRL) et le ou la patient.e (activités 1, 7, 9 et 10 du CID-E), un seul moment d'intervention est prévu pour les autres participant.e.s, c'est-à-dire pour les médecins assistant.e.s (DRW), les thérapeutes (PT, OT, ST) et l'infirmière cheffe (NUH) (activités 2-6 et 8 du CID-E). Les échanges entre DRH/DRL et le ou la patient.e ressemblent à une discussion ordinaire (voir sous-chapitre 2.4.1). Les interventions formellement prévues pour les autres participant.e.s sont en revanche 1) d'une durée très courte, 2) formulés dans un langage ordinaire, 3) adressés au ou à la patient.e et 4) parsemés par des interventions non-prévues:

Les extraits 1-3 illustrent l'activité 8 qui a lieu vers la fin du colloque d'entrée (CID-E). L'infirmière cheffe résume alors les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e et traite des questions concernant la planification de la sortie. Lors de son résumé, il arrive fréquemment que les autres participant.e.s du colloque s'auto-sélectionnent (INP type 2a ou 2b) pour corriger et/ou rajouter une précision au résumé de NUH.

En lignes 1-6 de l'extrait 1 (voir Annexe 2.3), l'infirmière cheffe (NUH) résume le premier objectif retenu pour la patiente 2 (PA2), « marcher toute seule à l'intérieure », tout en regardant et en étant orientée

vers la patiente. La NUH précise ensuite que la patiente utilisera en revanche une aide pour la marche à l'extérieure (l.6-8). Suite à quoi, la physiothérapeute (PT2) intervient en s'auto-sélectionnant pour la corriger (INP type 2a) (l.9). Sa correction est confirmée par l'ergothérapeute (OT2) (l.11) et visiblement acceptée par la NUH qui s'apprête à changer le PV (l.10, l.13).

Juste après, NUH invoque un point qui reste selon elle à organiser pour la sortie :

Extrait 2

```
17 NUH   .h::: nochäre  e::hm luege mer  eh bim ustritt .h:: da:ss %dr wenn
              après    ehm   on regarde eh pour la sortie que vous   quand
   nuh                                              >>regarde ordi- %regarde PA2->
   pa2   >>regarde NUH->>
18       dr ungerschtützig bruched dass mr die organisiert hei::
         vous avez besoin de soutien que nous l'ayons organisée
19       (0.4)
20 PA2   ne¢ nei:¢ [(die will s)] ¢ungerstützig [meh nüt unger-]&
         non non     je n'en veux [pas] ce soutien
   pa2     ¢tête en arrière¢      ¢secoue tête->>
21 NUH             [wötte dr-]
                    vous voulez
22 PT2                                          [°xxxxxx xxxxx°]
23 PA2   &[(oder o-)]
            ou
24 NUH    [spitex% nüt/]
           pas de soins à domicile?
   nuh           %regarde ordi->>
```

En lignes 17-18, l'infirmière cheffe (NUH) invoque que si la patiente 2 (PA2) a besoin d'aide pour la sortie, celle-ci doit être organisée à temps. Tout au long de sa prise de parole, NUH penche son haut du corps vers la patiente et la regarde, créant ainsi une opportunité pour cette dernière d'intervenir (Ford & Stickle, 2012 ; Keel & Schoeb, 2016, 2017). Sans hésiter, PA2 utilise l'opportunité ainsi offerte pour exprimer qu'elle n'a pas du tout besoin de ce type d'aide (l.20, et l.26, 28, 29 ; voir Annexe 2.3, extrait 2), manifestant ainsi son désaccord avec la proposition de NUH. PA2 parvient ainsi à agir directement sur la planification de la sortie. En effet, suite à son intervention, NUH modifie le PV (voir transcription multimodale de l'extrait 2 ; annexe 2.3).

Lors du résumé, il arrive aussi fréquemment que NUH (la locutrice en cours) demande aux autres participant.e.s du colloque de spécifier ou de clarifier un aspect (INP type 1), en lien avec l'objectif thérapeutique du ou de la patient.e ou avec la planification de sortie (voir Annexe 2.3, extrait 3).

Conclusion : en plus de la participation formellement établie d'avance par la structure et/ou gérée par le chair (ch. 2.1, figure 1 et ch. 2.2), la participation interprofessionnelle s'organise interactivement et localement tout au long du CID-E et CID-S. L'analyse fine du résumé de l'infirmière cheffe (NUH) lors du colloque d'entrée (CID-E ; ch. 2.1 ; figure 1, activité 8) montre que les professionnel.le.s et les patient.e.s interviennent fréquemment (voir Annexe 2.3, extrait 1-3), sans que cela soit prévu par la structure d'activité, ni initié/ratifié par le ou la chair désigné.e. Ces interventions servent à lever des incompréhensions, à clarifier, à préciser ou à ajouter une information, en lien avec l'objectif thérapeutique du ou de la patient.e et/ou concernant la planification de sortie. Ces INP sont le fruit d'une organisation interactive spécifique. Lors de l'extrait 2, par exemple, NUH - en adressant son résumé à PA2 et en utilisant un langage simple, tout en la regardant - invite cette dernière à participer. Notons aussi, que le chair (DRH/DRL) n'intervient en principe pas, sauf exception. Dans sa double fonction, il ratifie ainsi

la marge de manœuvre que les participant.e.s s'auto-attribuent et consolide par là une culture de colloque, qui laisse une marge d'initiative importante aux participant.e.s.

SITE HOSPITALIER B (médecine interne)

La structure d'activité du colloque prévoit l'intervention de tous les participant.e.s mais ne rend pas ces interventions systématiques dans tous les « types de transmission » (figure 2, p. 16). Alors que les deux premières activités (1 et 2) réalisées successivement par NUH et DRW sont systématiques et ne prévoient en principe pas l'intervention d'autres professionnel.le.s, ces derniers et dernières peuvent être amené.e.s à intervenir par la suite (activité 3 et 4) si la complexité (au niveau médical ou social) du cas discuté l'exige. En effet, comme le montre l'extrait 4 (voir annexe 2.3), les activités 1 (l.1-4) et 2 (l.5-14) sont réalisées a) de manière très concise, b) d'une durée très courte et c) formulées dans un langage technique et médical, correspondant à l'expertise respective des deux professionnel.le.s responsables (NUH1 et DRW1).

Dès que le ou la médecin assistant.e (DRW1) arrive à la fin de son intervention (activité 2, Annexe 2.3, extrait 4) et termine sa prise de parole (l.5-14), les autres professionnel.le.s peuvent prendre la parole. Ces interventions permettent soit de clarifier des questions d'ordre médical (activité 3), comme dans la prise de parole du ou de la médecin chef.fe (DRL1) (l.14ff), et/ou sont en lien avec la sortie du ou de la patient.e concernée (activité 4), comme dans la prise de parole de l'infirmier.ère de liaison (NURL1) (l.31ff). La transmission d'un.e patient.e se termine soit avec un accord sur les questions soulevées, comme le montre l'accord entre NUH1 et NURL1 sur l'organisation d'une aide à domicile pour le weekend (l.47-52) et/ou avec un tour de parole clôturant, comme l'intervention du médecin cadre (DRL1, l.53), pour qu'ensuite le ou la chair (NUH1) passe au ou à la prochain.e patient.e (l.57).

Cependant, l'analyse fine de ces colloques a montré qu'il arrive, lors des activités 1 et 2, que les autres professionnel.le.s interviennent pour demander une clarification, ou pour interpeller le locuteur ou la locutrice en cours (NUH ou DRW), alors que ceci n'est pas prévu par la procédure établie (Rochat, 2019). Dans ces cas il s'agit d'interventions non-prévues de type 2a :

Extrait 5

```
5  NUH2  ils ont (.) objectivé des %selles et un colotest négatif
   nuh2            >>regarde notes-%regarde DRW5->
   drw5  >>regarde nuh2->
   drl2  >>laisse balayer regard->
6        (0.8)%(.)¢(0.4)
   nuh2     ->%regarde ses notes->
   drl2          ->¢regarde nuh5 et fronce sourcils->
7  DRW5  °tsk o:ké° (0.4) ¢.h:  ma[¢dame ((n#om PA11 tronqué))]
8  DRL2                            [¢ils ont #ob]§jectivé% des selles
   drl2                 ->¢reg DRW5¢regarde NUH2->
   drw5                                    ->§regarde DRL2->
   nuh2                                            ->%regarde DRL2->
   img.                                   # image 5
9        (.) normales/ ((regarde NUH1))=
10 NUH2  =¬normales\ [£oui¬]
11 DRL2              [£°d'¬ac]cord°
   nuh2   ¬hoche tête------¬
   drl2               £hoche tête->
12 NUH2  %c'-tait néga[¢tif]
13 DRL2               [¢°mhm/°]
   nuh2  >%regarde notes->>
```

```
   drl2                ->¢regarde dans cercle->
14       §(1.0)         ¢£§(0.4)
   drw5  >§baisse regard§regarde notes->
   drl2                ->¢regarde drw5 et parfois laisse balayer regard->>
   drl2  >hoche tête---£
15 DRW5  hum: madame ((nom PA11))/ c'est un:e jeune patiente
```

Dans l'extrait 5, NUH2 termine son intervention (activité 1 ; l.5), en regardant DRW5. Après une pause (l.6), celui-ci prend alors la parole pour commencer son intervention (activité 2, l. 7). En chevauchement, DRL interpelle NUH2 (l. 8), concernant une analyse médicale invoquée par cette dernière (l.5). Souvent c'est le DRW qui intervient suite à l'activité 1 de NUH pour clarifier un point soulevé par NUH (voir annexe 2.3 ; extrait 6), engendrant ainsi un bref moment de discussion, qui peut inclure des participant.e.s tiers ou tierces (l. 24-41, Annexe 2.3, extrait 5). Dès que le point soulevé a été traité, DRW reprend la parole pour réaliser l'activité 2 comme prévu par la structure d'activité (l. 44, Annexe 2.3, extrait 5).

Conclusion : l'analyse fine des interventions lors des colloques en médecine interne reflète le caractère adaptatif de la structure d'activité de ce colloque (voir Annexe 2.3, extraits 4). D'une part, les interventions non-prévues lors des activités 1 et 2 (extraits 5 et 6) sont pour la plupart circonscrites, d'autre part les interventions non-prévues de type 2a se produisent essentiellement entre les deux personnes à qui sont attribuées ces activités, NUH (activité 1) et DRW (activité 2) (Annexe 2.3, extrait 6). Dès que le point soulevé lors de l'intervention non-prévue est clarifié, incluant parfois d'autres participant.e.s, soit NUH soit DRW reprennent la structure prévue du colloque. De ce fait, les interventions non-prévues constituent des pratiques rapides et efficaces d'ajustement entre différent.e.s professionnel.le.s, contribuant ainsi à l'efficacité du colloque interprofessionnel puisqu'ils permettent de lever des incompréhensions et de mutualiser les informations. Lors des activités (3 et 4), les interventions des différents professionnel.le.s s'organisent en fonction des éléments à discuter ou à définir s'apparentant davantage à une forme de discussion (voir Annexe 2.3, extraits 4, l.14-56 ; voir ch. 2.4 sur la prise de décision ci-dessous).

SITE HOSPITALIER C (réadaptation)

Dans le site C, la structuration prédéfinie des colloques d'entrée (CID-E), de suivi (CID-S) et de réseau (CID-Res) est organisée par domaine (mobilité, aspects cognitifs, etc.) et prévoit pour chaque participant.e au moins une, voire plusieurs, prises de parole (figure 3, p. 18). Le CID-E (1ère partie), le CID-Res (1ère partie) et le CID-S, se font en absence du ou de la patient.e et de ses proches. Lors des CID-E et CID-Res, le ou la patient.e et les proches rejoignent les professionnel.le.s pour la 2ème partie, pour laquelle la structure prévoit un échange bilatéral entre le médecin chef (DRH) et le ou la patient.e et ses proches. La structuration du CID-S et de la 1ère partie du CID-E et du CID-Res reflète une grande volonté de donner à tous et toutes les professionnel.le.s l'opportunité de prendre la parole avant que le ou la patient.e arrive. Cette participation des professionnel.le.s n'est en revanche pas prévue dans la 2ème partie du CID-E et du CID-Res.

Dans les colloques du site C, la participation des professionnel.le.s est structurée et guidée par l'utilisation de l'outil informatique. L'allocation des tours de parole par le ou la chair, consistant a) à la lecture des rubriques (ch. 2.2) ; ainsi que b) la lecture exhaustive des rapports par les professionnel.le.s en suivant les rubriques du DI ; c) les formulations dans un vocabulaire professionnel et technique et/ou très riches en détails (Annexe 2.3, extrait 7a et 8a), et d) les interpellations formalisées (questions, remarques, consignes), qui sont intégrées dans l'outil informatique (extrait 7b), ne favorisent à priori ni les

interactions entre participant.e.s et ni les interventions et les échanges non-prévus. Ainsi, l'analyse des moments de participation alternative qui ne sont donc pas prévus par le DI, amène un éclairage intéressant sur la participation interprofessionnelle :

Extrait 8b

```
131      sur de petits déplacements/ §.h: là: du coup/
    pt20          >>regarde tablette-§regarde NUR9->
132      j'ai mi:s heu: les soins dan:s l'objectif/=
133 NUR9 =@°ouais°@
    nur9  @hoche tête@
134 PT20 donc c'qui serait bien/ j'trouve avec madame
135      maintenant/ .h: c'est qu'on \entame   / un petit peu
136      le processus/ qu'elle fasse \heu £des p'tits
    pt20                                  £illustre discours avec gestes->
137      déplacemen:ts/ # \heu .h: déjà en /chambre
138 img.                # image 8b
139      (0.6)
140      °heum:°=
141 NUR9 =°(en [chambre/°]
142 PT20       [j'pense] qu'elle le fait déjà un p'tit/ peu\
143      @(0.4) £tout [seu:le]
144 NUR9              [mhm] (.) £probablement=
    nur9 @hoche tête->
    pt20        £hoche tête-----£hoche tête intensivement->
145 PT20 =voilà£=
    pt20     ->£hoche tête normalement->
146 NUR9 =§mêm::e plus que sûr\§
    pt20 >§regarde tablette----§regarde NUR9->
```

Dans l'extrait 8b ci-dessus, l'intervention non-prévue de la part de NUR9 (l.141, 144, 146, 150, 152), lors de la prise de parole de la physiothérapeute (PT20), permet à NUR9 de demander des clarifications quant à la mobilité de la patiente, et ensuite de comprendre ce que les réponses de PT20 (l. 142, 145, 147+149) impliquent à l'égard des soins (voir Annexe 2.3, extrait 8b).

Pour conclure**,** la manière d'organiser la prise de parole de manière formelle dans la structure du dossier informatisé (figure 3, p. 18), par les interventions formalisée et/ou par l'allocation du ou de la chair (voir Annexe 2.3, extraits 7a, 7b, 8a, 9), ne favorise pas les interactions (verbale ou non-verbale) entre plusieurs participant.e.s (extraits 7a+7b, 8a). Néanmoins, l'analyse détaillée de la participation interprofessionnelle dans le CID-S et dans la première partie du CID-E et du CID-Res a mis en évidence des prises de parole non-prévues formellement (extraits 8a+8b, 9). Alors que ces moments impliquent en général que deux, voire trois participant.e.s, ils servent néanmoins aux professionnel.le.s à clarifier un point soulevé (extrait 8b), d'en discuter ponctuellement ou encore de formuler une appréciation positive concernant le rapport d'une collègue (extrait 8a). En plus, la deuxième partie du CID-E (figure 3, p. 18) et du CID-Res (voir Annexe 2.1), prévoit un échange bilatéral entre DRH et le ou la patient.e. Les besoins de clarifications, les questions (l.29), et préoccupations (l.33-35) du ou de la patient.e et ses proches sont alors au centre des interactions (Annexe 2.3, extrait 9). Les autres professionnel.le.s interviennent rarement et uniquement de manière très ponctuelle (extrait 9, l.38-49).

2.3.2. Participation interprofessionnelle - implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle

La raison d'être, le sens même des colloques interprofessionnels, et d'une prise en charge centrée sur le ou la patient.e, consistent à faire participer les patient.e.s et les professionnel.le.s impliqué.e.s. Il est non

seulement crucial qu'ils et elles puissent exprimer et faire valoir leurs expertises, expériences et perspectives spécifiques, mais aussi qu'ils et elles parviennent à échanger en face-à-face, afin de partager une compréhension de la direction de la prise en charge et de la planification de la sortie. L'analyse détaillée des prises de parole a permis de comprendre comment la participation interprofessionnelle (incl. celle du ou de la patient.e) est interactivement mise en œuvre dans la situation :

La prise de parole des professionnel.le.s et/ou du ou de la patient.e diffère fortement entre les sites:

- **Prise de parole définie d'avance**: alors *qu'au moins une* prise de parole est prévue pour tout.e.s les participant.e.s du colloque dans le site A et C, dans le site B la prise de parole n'est que systématiquement prévue d'avance pour deux (sur sept) participant.e.s (NUH et DRW) et pour les autres participant.e.s elle est décidée au cas par cas.
- **Forme et durée des prises de parole :** alors que les prises de paroles des professionnel.le.s sont synthétiques et d'une durée courte dans les sites A et B, elles tendent à être plus détaillées et plus longues dans le site C.
- **Langage adopté par les professionnel.le.s et participant.e addréssé.e par le locuteur ou la locutrice**: alors que le langage adopté dans le site A est simple, ordinaire et que le locuteur ou la locutrice s'adresse systématiquement au ou à la patient.e, le langage adopté dans les sites B et C est technique dans le domaine médical (site B) et/ou thérapeutique (PT, OT, ST, NP, DI) (site C). Le locuteur ou la locutrice ayant le regard souvent dirigé vers ses notes, ne s'adresse pas systématiquement à une ou plusieurs participant.e.s présent.e.s.
- **Interventions non-prévues (INP)** : alors que les INP sont très fréquentes dans le site A et impliquent souvent plusieur.e.s, participant.e.s (incl. le ou la patient.e), elles sont plutôt rares et ponctuelles et n'impliquent souvent que deux participant.e.s dans les sites B et C.
- **Prise de parole du ou de la patiente (et des proches) :** alors qu'elle n'est pas possible dans le site B, où la patient.e ne participe pas au colloque, elle est fortement favorisée dans les sites A et C, notamment à travers plusieurs moments d'échange bilatéral entre le médecin chef et le ou la patiente (voir Annexe 2.3, extraits 9). En plus, la participation du ou de la patient.e est fortement encouragée par tous et toutes les intervenant.e.s dans le site A, et le ou la patient.e est accompagné.e par les proches dans le site C.

L'analyse des prises de parole dans les différents sites relève d'une part les éléments du colloque définis à l'avance (ch. 2.1) et des pratiques d'allocation des tours de parole (ch. 2.2). D'autre part, l'analyse détaillée montre que les participant.e.s créent des opportunités d'échange et réalisent des échanges interprofessionnels, essentiellement bi-partites (site B et C), ou multipartites (site A). Ces moments constituent les fondements mêmes d'une compréhension partagée (Heritage 1984) et d'une prise de décision partagée (voir Keel, Bielser & Schoeb, 2019b et ch. 2.4) puisqu'ils engendrent des clarifications, des précisions, des corrections, et des évaluations positives, notamment.

2.4. Processus de prise de décision et participation interprofessionnelle

Une tâche centrale des participant.e.s d'un colloque consiste à se mettre d'accord et à prendre des décisions sur la future direction de leur travail (Raclaw & Ford, 2015 : 19). Alors que les thématiques sur lesquelles ces décisions portent peuvent varier selon le type de colloque (voir ci-dessous), l'enjeu principal est le même pour tous les colloques interprofessionnels : parvenir à une prise de décision dite « commune » (Gerber, Kraft & Bosshard, 2014). A cette fin, la participation active des professions impliquées dans la prise en charge du ou de la patient.e et la prise en compte de leur perspective, de leur

savoir et point de vue spécifique, doit être assurée (Izumi, 2019). Afin de rendre compte de la gestion de cet enjeu dans les différents sites, ce chapitre se focalise d'abord sur les diverses pratiques interactives à travers lesquelles les participant.e.s parviennent à des décisions (sous-chapitre 2.4.1). Dans un deuxième temps (sous-chapitre 2.4.2), les pratiques de prises de décisions seront comparées et les implications distinctes qu'elles ont pour une collaboration interprofessionnelle réussie seront présentées.

2.4.1. Prise de décision : mise en œuvre dans les trois sites

L'analyse des pratiques interactives à travers lesquelles les participant.e.s des colloques parviennent à des décisions, a d'une part permis d'identifier quatre thématiques principales sur lesquelles portent les décisions.

Thématiques sur lesquelles portent les décisions :

a) La thématique des objectifs thérapeutiques concerne la définition et l'évaluation des objectifs qui sont à atteindre pendant le séjour et inclût des décisions sur la *prise en charge thérapeutique pendant le séjour* (incl. weekend thérapeutique), qui se font en fonction de l'état de santé et de la situation sociale du ou de la patient.e.
b) La thématique de la planification de la sortie concerne des décisions sur la durée du séjour à l'hôpital, sur la date de la sortie, et sur la *prise en charge thérapeutique après la sortie*, p.ex. le besoin d'une aide à domicile, d'une thérapie ambulatoire, d'un suivi médical.
c) La thématique de la prise en charge médicale inclut des décisions concernant le *traitement médical pendant le séjour*, p.ex. la médication.
d) La thématique d'administration renvoie à un ensemble de décisions portant sur des questions d'ordre organisationnel et administratif.

D'autre part, l'analyse a permis de dégager cinq types de pratiques interactives à travers lesquelles les décisions sont prises.

Typologie de la prise de décision :

Type 1 : prise de décision consensuelle ; une proposition initiale est ratifiée, confirmée, par un.e ou plusieur.e.s participant.e.s. La décision consensuelle peut toutefois impliquer une spécification, un ajout *ponctuel* concernant la proposition initiale (extrait 3 ci-dessous).

Type 2 : prise de décision négociée ; une proposition initiale est discutée, rejetée, reformulée donnant lieu à une prise de décision sur une proposition substantiellement modifiée. Cette dernière est ainsi le produit d'une négociation, impliquant la participation d'au moins deux participant.e.s ayant deux points de vue et/ou expertises distincts (extrait 1 ci-dessous).

Type 3 : prise de décision reportée ; une question ouverte est soulevée, la prise de décision est en revanche reportée à un autre moment, parce qu'un.e professionnel.le, le ou la patient.e est absent.e**, ou** parce qu'il manque une information pertinente (p.ex. attente des résultats d'examen, d'une évaluation) (Annexe 2.4, extrait 4).

Type 4 : prise de décision incrémentale ; ce type est particulier au colloque d'entrée (CID-E) du site A. La prise de décision se fait à travers une série d'échanges bi- ou multipartites. Elle s'étend sur tout le colloque et implique tou.te.s les participant.e.s (Annexe 2.4, extrait 2).

Type 5 : *informing* ; une décision qui a été prise préalablement (en-dehors du colloque) est rapportée au colloque. Les autres participant.e.s en prennent note, mais elle n'est pas sujet d'échange (extrait 5, ci-dessous).

La présentation par site hospitalier discute a) les thématiques sur lesquelles portent les décisions (1-4), b) les différents types de prises de décision (1-5) et finalement c) la participation des différentes professions et des patient.e.s.

SITE HOSPITALIER A (réadaptation)

Au cours des colloques d'entrée (CID-E) et de suivi (CID-S), l'équipe interprofessionnelle (y compris le ou la patient.e) est amenée à discuter, à se mettre d'accord et à prendre des décisions en fonction des buts des colloques : déterminer les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e (CID-E) - ou évaluer son progrès par rapport à ces objectifs thérapeutiques (CID-S) – et planifier la sortie du ou de la patient.e (voir 2.1 : « buts » Site A).

La plupart des décisions portent sur les objectifs thérapeutiques et la planification de la sortie. Les décisions portant sur la prise en charge médicale pendant le séjour sont en revanche plutôt rares. Dans l'ensemble, la distribution des thématiques sur lesquelles portent les décisions correspond aux buts principaux des colloques examinés dans le site A. Le type de décision identifié comme étant le plus fréquent est le type 2 (prise de décision négociée).

Illustration d'un type 2 – prise de décision négociée – Extrait 1 :

Dans le site hospitalier A, les prises de décision du type 2 s'étendent sur plusieurs activités d'un colloque (voir Annexe 2.4, extrait 1). En effet, lors de son rapport (activité 4), la physiothérapeute (PT1) remarque que l'appartement du patient est en état pour permettre un week-end thérapeutique comme weekend test, tout en précisant que le patient profiterait d'une prolongation de son séjour en réadaptation. Lors de son rapport (activité 6), l'ergothérapeute appuie l'idée d'une prolongation du séjour. Suite aux rapports des thérapeutes (activité 4-6), le médecin chef (DRH) revient sur la question du week-end thérapeutique avec l'infirmière référente (NUR9), afin de savoir ce qu'elle a convenu avec le patient à ce sujet, pour enfin discuter de la question du week-end thérapeutique avec le patient directement (activité 7):

131 DRH **verschtöhtr (0.4)** ((PA1 hoche tête)) **wenn me öbbis müessti apasse**
vous comprenez si on devait encore adapter quelque chose
132 **no (0.5) für dehei de cha me nid so verruckcht viu (0.8) e:hm luege**
encore pour à la maison on ne peut pas énormément e:hm regarder
133 **no (0.6) e::h wenn me ne haltegriff brucht odr schusch irgendöbbis**
encore e::h si on a besoin d'une poignée pour personne âgée ou n'importe
134 **brucht=**
quoi d'autre=
135 PA1 **=mhm/**
136 **(0.5)**
137 DRH **was dänkched ihr/ sälber wenn e würdi e: wuche odr odr zwoi**
que pensez-vous/ même si je prolongeais d'une semaine ou de deux
138 **verlängere/=**
139 PA1 **=di:e woche samstags:/ m: samstag nach hause/ und am sonntag**
=cette semaine samedi/ m: samedi à la maison et le dimanche
140 **komme ich wieder/**
je reviendrais
141 **(0.4)**
142 DRH **möchte dr gärn mache**
vous aimeriez bien faire

Aux lignes 131-134, DRH explique au patient qu'après un weekend thérapeutique, la situation à la maison doit être réévaluée en vue d'une sortie définitive, et des modifications doivent vraisemblablement être faites avant sa sortie définitive, ce qui sous-entend qu'une prolongation du séjour serait utile. Le médecin chef présente le choix de la date du weekend thérapeutique comme étant étroitement lié à la nécessité d'une prolongation du séjour. Après une confirmation minimale du patient en ligne 135, indiquant son désaccord, DRH demande au patient explicitement ce qu'il pense d'une prolongation du séjour en clinique (l.137-138). Dans sa réponse, le patient se prononce uniquement sur le weekend thérapeutique, proposant de faire ce weekend tout de suite, sans pour autant préciser s'il est favorable ou non à une prolongation du séjour (l.139-140). La position du patient est acceptée par DRH (l. 142). Il se tourne alors vers les professionnel.le.s pour résoudre les questions d'organisation du week-end (l.175ff.), qui concernent notamment les soins à domicile et le transport. Il se met ensuite d'accord avec eux pour reporter la question de la prolongation à la suite du weekend thérapeutique.

La prise de décision sur le weekend thérapeutique de type négociée (2) s'étend sur plusieurs activités du colloque (activité 4-7). Elle implique la prise en compte du point de vue et de l'expertise thérapeutique, des soins, médicale et du patient. Cette interaction engendre des prises de décision sur différents sujets qui sont traités comme interdépendants, ne pouvant pas être considérés de manière isolés les uns des autres.

Concernant la participation des différentes disciplines dans la prise de décision, l'extrait 1 reflète une tendance générale du site A. En effet, ce sont le ou la patient.e (PA) et le médecin chef (DRH) ou chef de clinique (DRL), fonctionnant aussi comme chair, qui sont les plus impliqués dans les différentes prises de décision. Plusieurs activités du CID-E et du CID-S (figure 1, p. 15) sont destinées à l'échange entre DRH/DRL et le ou la patient.e. Ces moments servent à DRH/DRL à discuter les différentes thématiques abordées lors du colloque avec le ou la patient.e, et à obtenir son point de vue et son accord (voir extrait 1 ci-dessus). Les différents taux de participation des autres professions reflètent la pertinence variable qu'ont l'expertise et les compétences spécifiques des différentes professions, pour les thématiques sur lesquelles portent les décisions (voir aussi extrait 1, et notes de bas de page ci-dessous).

Ce qui a été observé quant à la prise en compte des différents points de vue (disciplinaires) dans les processus de décision, est le suivant : d'une part, le type 4 (incrémental), qui porte avant tout sur la thématique principale des objectifs thérapeutiques, s'étend sur quasiment tout le colloque, a la particularité d'intégrer les points de vue de *tou.te.s les participant.e.s* et comprend plusieurs décisions subordonnées de type divers (voir Annexe 2.4, extrait 2). D'autre part, la prise de décision négociée est la plus fréquente dans le site A (type 2) (voir Annexe 2.4, extrait 1) et implique par définition que différents points de vue et expertises viennent *alimenter la prise de décision*. Ces deux types sont caractérisés par la participation active et/ou la prise en compte de différents points de vue disciplinaires dans le processus de prise de décision.

SITE HOSPITALIER B (médecine interne)

Dans le site B, le colloque interprofessionnel sert à l'équipe à organiser le service dans son ensemble et à gérer de manière proactive les séjours des patient.e.s, ce qui implique notamment de définir le projet thérapeutique, de s'assurer de son suivi, ainsi que de décider de l'orientation de chaque patient.e et de

fixer une date de sortie (ch. 2.1 site B : « buts »). Chaque colloque traite de plusieur.e.s patient.e.s. qui ne sont *pas présent.e.s* lors du colloque.

Une grande partie des décisions porte sur la planification de la sortie ou concerne un aspect administratif et/ou organisationnel. Il est moins fréquent que les décisions traitent des deux autres thématiques – les objectifs thérapeutiques et la prise en charge médicale pendant le séjour. Cela indique que l'organisation du flux des patient.e.s (orientation, planification de sortie) et la gestion du service, constituent les préoccupations centrales du colloque interprofessionnel. Quant aux pratiques de la prise de décisions, le type 1 – prise de décisions consensuelle – constitue de loin la pratique la plus fréquente.

Illustration d'un type 1 – prise de décision consensuelle – extrait 3 :

L'extrait 3 (voir aussi Annexe 2.4) a lieu à la fin de la « transmission » du patient (activité 4).

```
1  SEC1   ((regarde DRL1)) tsk j'peux mettre une ((regarde NUH1)) cible/
2  DRH1   .h:: (.) début semaine prochaine/ ((regarde NUH))
3  NUH1   [ou:ais]
4  DRW1   [((commence à hocher la tête))]
5  DRL1   tsk (.) eu::hm:: ma:rdi ou mercredi de la semaine [/prochaine/]
6  DRH                                                      [((regarde SEC1))]
7         (0.8)
8  DRH    [((hoche la tête))]
9  DRW1   [((arrête de hocher la tête))]
10 SEC1   [°d'accord°] °merci°
```

Au début de l'extrait, la secrétaire (SEC), qui est responsable du dossier informatique du ou de la patient.e, demande s'il y a une date de sortie prévue (« cible »), en oscillant son regard entre le chef de clinique (DRL) et l'infirmier chef (NUH1) (l.1). La proposition de DRH « début semaine prochaine » est d'abord confirmé (l.3-4) par l'infirmier chef (NUH1) et la médecin assistante (DRW1), elle est ensuite spécifiée par le DRL1 « mardi ou mercredi… » (l.5) et ratifiée par un hochement de tête de DRH et par la secrétaire (l.10), qui inscrit la date dans le dossier informatique. Dans le site B, la prise de décision se fait dans la majorité des cas de manière circonscrite, parfois les confirmations et les ratifications se font par un simple hochement de la tête, et cela indépendamment du type de la prise de décision.

Dans l'extrait 3, toutes les professions, sauf l'infirmière de liaison, sont impliquées dans la prise de décision. Ce constat doit être quelque peu nuancé. La secrétaire intervient clairement moins souvent dans la prise de décision que les autres professions. En plus, si elle intervient, c'est surtout en tant que responsable du dossier informatique (voir extrait 3 ci-dessus). Dans cette fonction, elle demande des précisions dont elle a besoin pour remplir le dossier, ce qui engendre par la suite une prise de décision dans laquelle elle n'intervient plus (voir extrait 3, l.2-9). Par ailleurs, le ou la chef.fe infirmier.ière participe le plus souvent dans les décisions. Ceci s'explique essentiellement par sa double fonction lors du colloque : comme responsable de l'activité 1, il ou elle initie souvent les thématiques sur lesquelles une décision doit être prise au cours du colloque. Et comme chair, il ou elle est censé.e garder une vue d'ensemble : soulevant par exemple des thématiques pertinentes, qui n'ont pas encore été abordées (la nécessité de soins à domicile, l'organisation d'une réunion avec un proche, etc.) en fin de la transmission d'un.e patient.e (voir aussi 2.2). Sa participation élevée dans les prises de décision tient donc en grande partie au rôle qu'il ou elle tient au début du colloque, et à son rôle de chair qui l'amène à résumer des décisions pour la secrétaire.

Quant à la prise en compte des différents points de vue et expertises dans les processus de décision, l'observation est la suivante : à part la secrétaire qui est responsable du dossier informatique, seules les professions médicales (DRH, DRL, DRW), de soins (NUH) et de santé communautaire (NURL) sont présentes lors du colloque. Les autres points de vue pertinents, notamment le point de vue thérapeutique et du ou de la patient.e, peuvent uniquement être rapportés par d'autres participant.e.s. Par ce fait, il arrive souvent qu'une décision soit reportée à plus tard (voir Annexe 2.4, extrait 4). En outre, le type de prise de décision prédominant dans le site B est le type 1 (décision consensuelle, voir Annexe 2.4, extrait 3). Il n'implique par définition pas de négociation entre différents points de vue, ni d'expertises spécifiques.

SITE HOSPITALIER C (réadaptation)

Le colloque d'entrée (CID-E), auquel le ou la patient.e participe uniquement dans la deuxième partie, sert à l'équipe interprofessionnelle à déterminer les objectifs thérapeutiques pour le séjour. Le colloque de suivi (CID-S), qui a lieu sans le ou la patient.e, permet d'évaluer les progrès par rapport aux objectifs thérapeutiques et de planifier la sortie des patient.e.s (voir ch. 2.1, site C : « buts »).

La plupart des décisions porte sur les objectifs thérapeutiques et la planification de la sortie. Les décisions, qui concernent la prise en charge médicale pendant le séjour de réhabilitation, sont en revanche plutôt rares. Dans son ensemble, la distribution des thématiques sur lesquelles portent les décisions correspond aux buts principaux des colloques examinés dans le site C. Le type de prise de décision prédominant est le type 5, les *informings*.

Illustration d'un type 5 – « informing » : Extrait 5

Lors de l'activité « aspects cognitifs » (activité 2.4) d'un CID-E, la logopédiste (ST22) informe ses collègues des objectifs thérapeutiques suivants (l.3-6) :

```
1  ST22  heu::m pi::s l- sinon on pensait débuter assez/ vite heu:
2        ((reg DRH)) la prise en charge/ ((reg ses notes)) heu logo
3        pour la parole/ (0.4) .h:: °donc° on a mis déjà deux objectifs
4        prioritai:res/ c'est qu'il puisse se rendre seul à l'ensemble
5        des thérapi:es pour le sei:ze .h:: et qu'il se familiarise avec des
6        exercices de respiration profonde/ et d'coordination pneumo-phonique/
7        (.) .h::
8        (0.8)
9        heu:: et alors… ((continue avec une demande concernant un autre sujet))
```

Plus tard, lors de l'activité « objectifs prioritaires » (3), l'infirmière de liaison (NURL3), résume les objectifs proposés par ses collègues auparavant (ici de la logopédiste) (l.151-160 ; 142 lignes omises) :

```
151 NURL3 on a trois objectifs prioritaires/ deux pour le sei:ze
152       qu'il puisse se rendre seul (.) à l'ensemble des thérapies
153       correctement/
154       (0.6)
155       et se familiarise avec des exercices de
156       respiration profonde et de coordination pneumo-phonique/
157       (0.5) ((lit le troisième objectifs, et poursuit avec activité 4))
```

« L'informing » de la logopédiste (l.3-6) et le résumé de l'infirmière de liaison consistent à une lecture « mots-par-mots » du contenu du DI (l.152-156) qui ne suscitent pas de réaction (verbale ou non-verbale) de la part des autres participant.e.s. Comme cette illustration le montre (illustration : extrait 5), les prises de décision de type « informing », consistent en une simple transmission d'une décision qui a été prise

auparavant. L'énonciation d'un objectif thérapeutique est suivie par une pause des locuteurs ou des locutrices (l.154, l.157) qui permettrait aux autres participant.e.s d'intervenir sans pour autant interrompre le locuteur ou la locutrice en cours. Or, les « informings » du site C n'engendrent en général ni ratification ni confirmation par les autres participant.e.s et encore moins une discussion ou une mise en question de la décision ainsi transmise à l'ensemble de l'équipe. L'absence d'opposition ouverte peut être considérée comme l'expression d'un accord commun (Pilnick, 2008).

La participation du médecin chef et de l'infirmière de liaison est clairement plus élevée que celle des autres professionnel.le.s. Cela s'explique essentiellement par le fait que : a) en tant que médecin chef, DRH intervient dans la majorité des décisions, et b) par son rôle de chair *et* de responsable du dossier informatique, NURL intervient dans la majorité des décisions (voir extrait 5 ci-dessus).

Quant à la prise en compte des différents points de vue (disciplinaires) dans les processus de décision, voici les observations qui ont été faites : Plus de la moitié des prises de décision correspond soit au type 5 (« informings », extrait 5 ci-dessus) soit au type 1 (une prise de décision consensuelle). La prédominance de ces deux types signifie que les prises de décision n'impliquent généralement pas la prise en compte et la négociation de divers points de vue, d'expertises, et des savoirs lors du colloque. En contraste, lors de la 2ème partie du CID-E et du CID-Res, qui consiste à un échange entre le médecin chef (DRH) et le ou la patient.e, le type de prise de décision « informings » (type 5) est absent, ce sont alors surtout les type 1 et 2 qui sont présents. La majorité des décisions prises avec le ou la patient.e implique ainsi une négociation entre les le ou la patient.e et le ou la médecin (DRH), qui agit comme porte-parole de l'équipe professionnelle (voir aussi Annexe 2.3, extrait 9).

2.4.2 Prise de décisions –implications pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle

Pour une collaboration interprofessionnelle réussie, les processus de prises de décision doivent porter sur les buts prioritaires des colloques (voir ch. 2.1 « buts ») et permettre à l'équipe interprofessionnelle de se mettre d'accord sur la direction de leur collaboration (Svennevig, 2012a). De plus, les processus de décision doivent permettre aux différentes professions et au patient ou à la patiente de faire valoir leur point de vue, leur expertise et de contribuer à une prise de décision partagée (Izumi, 2019).

Correspondance aux buts des différents colloques :

- Dans les trois sites, la majorité des prises de décision en fonction des quatre thématiques correspond aux buts des différents colloques et donc aux contextes institutionnels et aux missions distincts des deux types d'institutions (voir ch. 2.1 « buts »).
- Dans les cliniques de réadaptation (site A et C), les décisions portent surtout sur les objectifs thérapeutiques et la planification de la sortie. En contraste, en médecine interne, où le flux des patient.e.s est beaucoup plus important, la moitié des décisions porte sur la planification de la sortie et sur des questions concernant l'administration et la gestion du service.

Implication des différent.e.s participant.e.s dans la prise de décision:

La réponse aux questions « si et comment les différentes professions et le ou la patient.e font valoir leur point de vue et/ou leur expertise au cours des processus de décision » n'est pas facile à donner :

- Selon la **participation ou non** des différentes **professions** et du ou de la **patient.e** et selon le **type de prise de décision pratiquée** (types 1-5), les opportunités d'une réelle prise en compte des points de vue/expertises distincts dans le processus de décision varient fortement. Un **nombre**

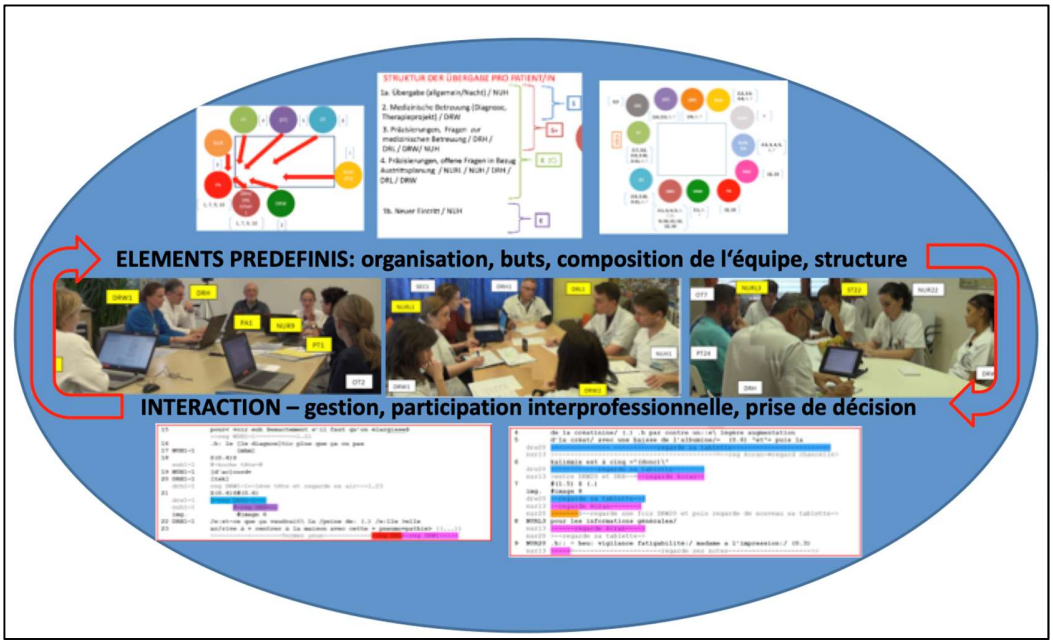
restreint de professions ayant différents points de vue, et expertises (site B), ne facilite évidemment pas la prise de décision interprofessionnelle. Un **nombre élevé** de professions ayant différents points de vue et expertises (sites A et C) implique en revanche des processus de prises de décision qui peuvent paraître plus couteux en termes de temps et donc moins efficient.

- Or, la prédominance dans le **site A**, de prises de décision **de types 2 (négocié) et 4 (incrémentale)** reflète une forte volonté de prendre en compte plusieurs points de vue, voire ceux de tout le monde et donc de s'engager – en tant qu'équipe interprofessionnelle - dans un processus de décision thérapeutique partagée. En contraste, la prédominance dans les **sites B et C**, des prises de décision **de types 1 (consensuelle) et 5 (informings)**, reflète d'une part la préférence pour l'accord. D'autre part, elle reflète une certaine retenue des participant.e.s des colloques à s'engager dans un véritable processus interprofessionnel à travers lequel une prise de décision partagée peut être réalisée.

2.5. Conclusions

Dans l'approche d'analyse conversationnelle adoptée ici, le colloque interprofessionnel est compris comme étant à la fois exprimé et constitué, selon une vision réflexive du contexte (Heritage, 1984, p.290) : les pratiques interactives sont à la fois structurées par le contexte (« context shaped ») et structurantes pour lui (« context renewing »).

Figure 4 : Les colloques interprofessionnels dans leur contextes institutionnels spécifiques



Les colloques interprofessionnels en milieu hospitalier ne sont pas mis en œuvre dans un „vide" (voir figure 4). Bien au contraire, ils sont réalisés dans un contexte hospitalier bien spécifique (réadaptation, médecine interne, etc.). De ce fait, l'organisation et la mise en œuvre de colloques interprofessionnels se doit de respecter une culture institutionnelle, une vision de la prise en charge, des missions, des

procédures, des buts, des ressources temporelles et humaines, des distributions de rôles et des responsabilités et obligations associées à ces rôles, qui sont propres au contexte hospitalier spécifique dans lequel ils ont lieu. En corollaire à cette dimension „context shaped“, les analyses de ce chapitre ont montré que les pratiques interactives d'allocation des tours de parole (ch. 2.2), de prise de parole (ch. 2.3), ou encore de prise de décision (ch. 2.4), n'implémentent pas mécaniquement ces éléments contextuels, définies d'avance, mais parviennent à leur tour à les modifier et/ou d'en créer de nouveaux. Les pratiques interactives sont donc aussi « contexte renewing ».

Pour une collaboration interprofessionnelle réussie, la cohérence entre les éléments prédéfinis (organisation, buts, composition de l'équipe, structure), les pratiques interactives réalisées et les buts visés par le colloque, d'une part, et la compréhension de leurs interdépendances par tous et toutes les participant.e.s du colloque, d'autre part, est fondamentale. Une manière d'y parvenir consiste à intégrer tous et toutes les participant.e.s dans un processus de réflexion critique (Schoeb, Hartmeier & Keel, 2015), stimulant non seulement l'échange, mais aussi la recherche de nouvelles solutions.

3. Efficacité d'un colloque, sa formation et conduite réussie

Pour répondre aux questions 3 et 4, les analyses des pratiques ont été utilisées comme base pour les entretiens semi-structurés. Un guide d'entretien a été élaboré afin de mettre en lumière les perceptions des responsables par rapport aux colloques en général, et par rapport aux patterns identifiés et leurs effets sur le déroulement de l'interaction, plus précisément. Les entretiens ont été retranscrits et analysés au moyen d'une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Tous les entretiens ont été menés, retranscrits et analysés dans la langue de la région (français pour la Suisse romande, allemand pour la Suisse alémanique). Pour ce rapport, les citations des entretiens ont été traduites en français pour faciliter la lecture. Ce chapitre explore les perceptions des responsables des services concernant la formation et la conduite d'un colloque interprofessionnel.

3.1. Efficacité d'un colloque interprofessionnel

3.1.1. Introduction

L'analyse des entretiens menés auprès de cadres (tableau 1, p. 12) des trois sites hospitaliers a permis d'identifier des facteurs d'efficacité communs, et d'autres facteurs spécifiques à l'un des sites. Les facteurs qui ont fait l'unanimité se déclinent sur trois axes : (1) les relations interprofessionnelles (2) les compétences collaboratives, et (3) l'organisation du colloque. Ils renvoient, entre autres, aux notions de culture commune, de communication ou encore à la des connaissances des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe. Certains facteurs d'efficacité liés à des spécificités des sites hospitaliers peuvent être mis en lien avec les contextes différents de ces derniers (par exemple, aigu ou chronique). Ainsi, le contexte hospitalier influence les représentations qu'ont les cadres sur l'importance/la pertinence d'un facteur pour l'atteinte d'un colloque efficace.

La première partie de ce chapitre résume les facteurs d'efficacité communs aux trois sites hospitaliers investigués, ensuite des facteurs spécifiques aux sites sont présentés. Dans la discussion qui suivra, ces facteurs-clés sont discutés et reliés à la littérature.

3.1.2. Facteurs d'efficacité communs aux 3 sites

Les relations interprofessionnelles

Les relations interprofessionnelles constituent un axe dans l'atteinte d'un colloque interprofessionnel efficace qui se regroupe dans deux dimensions : la communication et la culture commune.

Communication

La communication est un facteur d'efficacité dans une perspective interactionnelle qui se réfère notamment à la prise de parole des uns et des autres. En effet, la manière d'interagir avec les autres professionnel.le.s présent.e.s lors du colloque influence l'efficacité du colloque, comme le mentionne une infirmière cheffe :

> « *Oser s'exprimer […] pouvoir parler en publique et puis à pouvoir amener ses arguments* » (site C, NUH, § 221)

La participation proactive aux discussions, la capacité de pouvoir réagir face à d'autres idées et celle de pouvoir se détacher de ce qui est écrit dans le dossier du patient ou de la patiente pour en présenter une synthèse orale sont également des compétences communicationnelles indispensables pour un colloque efficace. Dans les trois sites, les cadres ont remarqué qu'il était important de se détacher de ce qui était écrit et d'éviter la lecture, c'est-à-dire de communiquer oralement lors des colloques. Comme le souligne un médecin cadre, les colloques sont parmi les « *seul[s] moment[s] de la journée où tout le monde est présent, donc tous les soignants, toutes les professions, où on peut discuter du projet de soin pour chaque patient.* » (site B, DRH1, § 2). Une plus-value des colloques consiste, d'après eux, à pouvoir échanger oralement, à discuter de la situation du patient.

Culture commune

Les personnes interrogées évoquent également la nécessité d'une culture commune et partagée entre les professionnel.le.s de la santé, en tant que facteur d'efficacité d'un colloque interprofessionnel. Cette dernière se traduit de plusieurs manières. Premièrement, l'équipe interprofessionnelle partage une vision commue sur la place du patient au centre de la prise en charge (« Patient Centered Care »). Dès lors, chaque professionnel.le présent.e lors du colloque contribue à l'atteinte de l'objectif commun.

Deuxièmement, le colloque comporte une dimension pédagogique, car il permet le partage des savoirs et l'apprentissage les uns des autres, comme le soulève une responsable logopédiste d'un centre de réadaptation :

> « *Et puis il y avait encore beaucoup d'autres histoires, comme il y a aussi un caractère éducatif (…) afin qu'on puisse apprendre des expériences des autres membres de la même profession ou bien afin qu'on puisse prendre une autre perspective, ou d'élargir son horizon et ne pas juste mettre la logopédie en avant, afin qu'on puisse inclure mieux le contexte puisque chaque profession apporte leur perspective.* » (site A, ST2, § 16)

Ainsi en se connaissant mieux entre eux, les professionnel.le.s développent et renforcent le sentiment d'appartenance au groupe, comme mentionné par la secrétaire des médecins :

> « *Ça soude les équipes au même temps. Il y a différents corps, justement. Ça permet de travailler ensemble, c'est… c'est intelligent, moi je trouve bien*. » (site B, SEC1, § 4)

Troisièmement, plusieurs cadres des différents sites hospitaliers mentionnent des valeurs, telles que la bienveillance, le respect, l'humilité ou encore la confiance, et des principes, tels que connaître les différentes cultures professionnelles, accepter que l'autre partage son avis, apprendre l'un de l'autre ou encore avoir une interprétation commune du colloque. Tous ces éléments constituent, d'après eux, des facteurs permettant au colloque interprofessionnel d'être efficace, donc au fondement d'une culture commune.

Les compétences collaboratives

Les compétences collaboratives constituent le second axe sur lequel les facteurs d'efficacité des colloques peuvent être regroupés, et ceci en deux catégories : celles relevant du leadership collaboratif aussi abordé en terme d'animation des colloques, et celles liées aux rôles et responsabilités.

Leadership/animation

L'animation du colloque est un facteur d'efficacité important, étroitement en lien avec les différents rôles du chair. Bien que les rôles attendus du ou de la chair se retrouvent dans les différents sites, la personne tenant le rôle de chair n'est cependant pas identique partout. En effet, parfois le ou la chair et le ou la leader sont une seule et même personne alors que dans d'autres sites, ces deux fonctions sont réparties parmi les personnes présentes. Ces distinctions ont déjà été relevées dans le chapitre 2.2 (p. 20).

Dans cette section, le focus sera mis sur les rôles du chair en tant qu'animateur du colloque. Premièrement, plusieurs cadres ont soulevé le rôle du chair en tant que garant du rythme (« *gardien du temps* », site C, NURL1, § 202) et du cadre du colloque, comme le mentionne une infirmière cheffe au département hospitalier d'un centre de réadaptation :

> « *C'est plutôt (…) un tempo, plus qu'une animation*. » (site C, NUH, § 151)

Deuxièmement, lorsqu'il s'agit d'animer le colloque, de le faire vivre, il est nécessaire que cette personne dispose de compétences oratoires, argumentaires et de synthèses. Ces compétences regroupent notamment, le fait d'encourager les participants à donner leur propre avis en promouvant l'expression ouverte et l'argumentation, de relever les avis divergents, de renforcer ou encore de nuancer certains avis, comme le relève une infirmière responsable du service de liaison d'un centre de réadaptation, c'est une personne « *qui est censée favoriser les échanges* » (site C, NURL1, § 202).

Troisièmement, l'efficacité des colloques dépend également du fait d'obtenir des réponses aux questions à la fin de celui-ci. Dans ce contexte, le chair tient également le rôle de vérificateur.

> « *C'est nous [comme animateur] qui relançons quand on n'est pas allé jusqu'au bout des choses* » (site C, NUH, § 64)

> « *[c'est l'infirmière de liaison] qui s'assure que - que la parole se passe (…) que les questions aient trouvé réponse. C'est elle qui anime, qui fait vivre ce réseau.* » (site C, NURL1, § 202)

Ainsi, le chair occupe une fonction primordiale dans l'animation du colloque, en contribuant à son efficacité telle que l'atteinte des buts du colloque et à son efficience telle que le respect de la durée notamment.

Cependant, l'ensemble des professionnel.le.s présent.e.s au colloque joue également un rôle dans l'atteinte d'un colloque efficace. En effet, les personnes interrogées semblent également s'accorder sur une forme de responsabilité collective qui amène à un fonctionnement efficace du colloque. Ces dernières soulignent que les participant.es doivent avoir la possibilité de s'investir et de participer activement au colloque, de se coordonner, de trouver un consensus afin d'aller dans la direction d'un but commun.

Rôles et responsabilités

L'efficacité des colloques dépend également de la connaissance des rôles et des responsabilités à propos des autres professionnel.le.s. Les colloques interprofessionnels constituent un lieu de rencontre et d'interactions entre les professionnel.le.s. Les informations transmises ne se résument pas uniquement à des informations à propos de la situation du patient : c'est aussi l'occasion pour chaque professionnel.le en tant que représentant.e d'une profession de transmettre des informations sur ces connaissances-métier, ses pratiques professionnelles, comme le soulève une responsable ergothérapeute d'un centre de réadaptation :

> « *Et ainsi de clarifier et de se positionner et dire: nous pouvons offrir ceci, mais nous ne faisons pas cela. C'est un défi de bien le faire. Mais c'est aussi une opportunité. À ce moment, on a la possibilité de déclarer tout ça* » (site A, OT4, § 18)

Par ailleurs, une responsable évoque comme facteur le fait « *d'avoir une idée sur les connaissances, les compétences de l'autre* » (NURL1, § 252) et ainsi de construire ses connaissances notamment lors des colloques. Les professionnel.le.s doivent donc saisir l'opportunité du colloque pour clarifier les incompréhensions en lien avec les pratiques professionnelles des autres professions présentes.

Organisation du colloque

L'organisation du colloque est identifiée comme un facteur d'efficacité et se réfère à trois dimensions : la structure même du colloque, la coordination qu'implique la mise en place du colloque et sa composition.

Structure

Bien que la structure des colloques ne soit pas identique pour les trois sites, il y a une réflexion commune : l'importance que toutes les personnes présentes aient un temps de parole et que celui-ci soit prédéfini, c'est-à-dire connu à l'avance. Un avantage de cette manière de procéder est d'éviter l'oubli de certaines perspectives concernant la situation du ou de la patient.e. Ainsi les informations échangées sont structurées et rendent compte de l'ensemble des perspectives professionnelles au sujet de la situation du ou de la patient.e. De plus, lorsque le ou la patient.e est présent.e lors du colloque, avoir un tour de parole prédéfini et constant facilite la compréhension du déroulement du colloque pour ce dernier ou cette dernière et pour les professionnel.le.s, puisque la structure sera identique à chaque colloque.

Comme il a été discuté dans le chapitre 2, le tour de parole est plus ou moins structuré. La structure a l'avantage de favoriser les échanges, tout en maintenant un :

> « […] *climat d'échange et pis que ça, ça passe aussi dans le fait de garder une certaine tolérance, disons. Parce qu'effectivement si c'est pas à quelqu'un de parler on dit "non c'est à lui de parler" je ne sais pas s'il reprendra la parole.* » (site B, APHY, § 120)

Dans le site A et C, la structure du colloque et du tour de parole autorisent une certaine flexibilité : soit les professionnel.le.s peuvent également intervenir de manière spontanée pendant le colloque, soit un espace spécifique à la discussion est planifié à un moment donné du colloque. Pour les cadres de ces sites, se détacher de la transmission d'informations offre la possibilité d'engager une discussion à propos de la situation du ou de la patient.e.

Coordination

La planification des colloques constitue également un facteur d'efficacité. En effet, leur fréquence, et donc la régularité des échanges entre les professionnel.le.s à propos de la situation d'un.e patient.e, permet une meilleure connaissance de celle-ci. Cela favorise l'anticipation des besoins en termes de prise en charge, comme le souligne une infirmière cheffe dans un service de médecine aigue :

> « *C'est la mise en commun des différents points d'évaluation des uns et des autres. En termes d'avantage, ça assure une certaine cohérence dans la prise en charge de savoir qui fait quoi, quand et comment, comment on le fait* » (site B, NUH1-1, § 81)

Composition

Le choix des participant.e.s au colloque est un facteur important pour l'efficacité des colloques. Bien que la composition du colloque ne soit pas identique pour les trois sites (figures 1, 2, 3, p. 15-18), les cadres

interrogé.e.s se rejoignent sur l'importance que des professionnel.le.s ayant les compétences pour prendre des décisions lors du colloque soient présent.e.s :

> « *On a choisi toutes les personnes qui impactent directement la prise en charge du patient et puis qui… on va dire, décide du projet thérapeutique, du devenir du patient* » (site B, DRL1, § 94)

En effet, un des objectifs des colloques consistant à prendre des décisions, l'absence du ou de la professionnel.le responsable de décider implique le report de la décision et donc entrave l'atteinte de cet objectif (voir aussi ch. 2.4).

3.1.3. Facteurs d'efficacité et comparaison entre les trois sites

Même si la majorité des facteurs d'efficacité des colloques est commune entre les sites, il y a certains aspects qui sont spécifiques à l'un des sites. Ainsi, il est possible de mettre en lumière les aspects qui apparaissent de manière plus différenciée au niveau de : l'appréciation de la structure des colloques (avantages et désavantages), la participation interprofessionnelle, notamment la place de la discussion dans les colloques, et l'intégration du patient.

Structure du colloque

Dans les trois sites, les responsables s'accordent sur l'importance d'avoir une structure de colloque, telle qu'elle a été décrite précédemment, pour garantir l'efficacité des colloques. Et, si dans l'ensemble les responsables des trois sites perçoivent plus d'avantages que d'inconvénients liés à la structure de leurs colloques, un responsable médico-thérapeutique d'un centre de réadaptation soulève que l'attribution des domaines à des disciplines pose un certain nombre de problèmes :

> « *Et en fait, on se rend compte d'une chose, c'est que de manière insidieuse, des disciplines se sont attachées un domaine. (....). Or, en faisant ça, on est plus attachés, moi je dis on est plus attachés à la personne dont on discute. Mais on est plutôt rattachés à des disciplines qui discutent d'une personne.* » (site C, HPTOT, § 90).

Ce site se différencie aussi des autres par rapport à la place et à l'utilisation de l'outil informatisé dans les colloques. Dans deux sites (A et B), le dossier informatique est peu évoqué pour décrire la structure du colloque alors que cette dernière est fréquemment associée au dossier informatisé du patient dans le site C. De plus, l'influence de l'outil informatisé sur le déroulement du colloque est perçue comme ambiguë notamment au niveau de l'échange et de la communication comme le relève ce responsable médico-thérapeutique :

> « *La réalité aujourd'hui, et vous aurez aussi aperçu, c'est que l'échange, il n'est pas toujours présent et il a souvent, effectivement, le fait que chacun doit lire. Il y a un gros biais lié à notre outil, hein. Chacun a sa partie à lire* » (site C, HNPST, § 16)

L'outil est tout de même apprécié, car sa structure a initialement été pensée pour rendre le colloque efficace (site C, HNPST, § 90, § 96). Ce n'est donc pas tant l'outil en soi, mais plutôt son utilisation dans les colloques qui peut être problématique.

Les responsables évoquent aussi la possibilité de modifier la structure dans les sites A et B alors que dans le site C ils y évoquent aussi l'envie, mais surtout la difficulté de le faire. Ainsi, dans le site B la structure se modifie naturellement et en fonction du « bon sens », comme évoqué par le médecin chef de clinique :

> *« Il faut un schéma strict, officiel, défini, mais après il faut un peu de bon sens et de savoir s'adapter et puis… déroger s'il y a mieux »* (DRL1, § 143)

Alors que cela semble se faire naturellement dans ce site, une infirmière cheffe au département hospitalier du site C évoque la difficulté de *« sortir des sentiers battus »* (NUH, § 145) c'est-à-dire de modifier la structure prévue du colloque.

Participation interprofessionnelle

Les responsables des trois sites s'accordent sur l'efficacité d'une structure de colloque prévisible. Ils attendent donc d'une part que les participant.e.s connaissent bien la structure et la respectent, et de l'autre exigent une certaine souplesse des participant.e.s par rapport à celle-ci. Les responsables de deux sites (A et C) insistent aussi sur le fait que les participant.e.s devraient pouvoir poser leurs questions au colloque et rompre la structure si besoin. Bien que les responsables s'accordent sur le fait que la discussion devrait pouvoir prendre place aux colloques, celle-ci semble perçue différemment selon les sites. Comme l'évoque ici une responsable ergothérapeute d'un centre de réadaptation :

> *« Que la discussion ait lieu pour nettoyer les malentendus, que ce soit clair pour tout le monde et ça nécessite un peu de temps, mais c'est vraisemblablement (…) toujours plus efficace que si après, à la fin, après une telle séance il y a encore des demandes »* (site A, OT4, § 227)

Les responsables semblent évoquer certaines conditions pour que la discussion ait lieu. Elle peut par exemple être abordée comme une responsabilité des participant.e.s comme ici par le médecin chef :

> *« Ça dépend un petit peu de personnes. Parce qu'il y a des personnes, si elles arrivent synthétiser ce qu'elles veulent dire et puis aller directement au but, ben on a plus de temps pour après… pis c'est ces personnes-là qui souvent posent leurs questions »* (site C, DRH, § 154)

La place des patient.e.s dans les colloques

Une autre différence concerne la place des patient.e.s dans les colloques interprofessionnels. Si la prise en charge des patient.e.s et l'élaboration de leurs projets sont au centre des discours récoltés dans les trois sites, il n'en est pas de même pour l'intégration des patient.e.s au colloque. L'intégration des patient.e.s, par leur présence au colloque, n'est pas mentionnée dans le site hospitalier de médecine interne alors que les responsables des sites de réadaptation estiment que c'est un élément central des colloques interprofessionnels qui visent notamment à construire un projet avec le ou la patient.e :

> *« Ils peuvent nous donner des informations qui vont, qu'on va construire ensemble peut-être un autre projet. Donc c'est pour ça que cette notion vraiment de construction, et c'est pas : l'un plus que l'autre, c'est vraiment ensemble autour d'une table, ça va permettre d'aller plus loin. »* (site C, HNPST, § 78)

Les responsables en réadaptation perçoivent l'avantage d'intégrer le ou la patient.e au colloque pour définir et construire un projet avec lui ou elle et décrivent en quoi cela consiste concrètement :

> *« On devrait faire un état de notre évaluation et puis de restituer ça au patient et aux proches, puis dire : « Maintenant, vous, vous voulez quoi comme finalité ? Ah, retour à domicile. Ce qui impliquerait quoi ? ça, ça et ça. On est d'accord ? Okay. » On a évalué les mêmes choses et on va pouvoir les travailler ensemble. »* (site C, HPTOT, § 66)

Ainsi la restitution des évaluations des professionnel.le.s aux patient.e.s est importante et à ceci s'ajoutent le résumé de la situation et la planification de la suite de la prise en charge :

> *« Que ce soit clair, que d'abord l'une des disciplines, ensuite la prochaine et ainsi [de suite] chacune amène sa vision et que cela soit à la fin comme résumé avec l'idée de pouvoir regarder avec le patient, « okay quelle suite ? ». Alors (…) où on se situe sur le chemin qu'on veut tous atteindre et que cela soit comme à la fin résumé »* (site A, NUH, § 138)

La restitution des rapports, le résumé de la situation, la discussion avec les patient.e.s et la planification de la suite apparaissent comme des éléments centraux des colloques interprofessionnels en réadaptation. En outre, les deux sites partagent certains défis comme celui de réussir à gérer les avis divergents face aux patient.e.s. Dans l'un des sites, les responsables estiment qu'il est préférable de définir une ligne commune avant de voir le ou la patient.e pour éviter des désaccords face à celui-ci ou celle-ci. Ce site a donc choisi de structurer le colloque en deux parties, ce qui a l'avantage de donner un espace de parole libre aux professionnel.le.s avant d'être en présence du ou de la patient.e. Malgré cet avantage, ce fonctionnement ne semblerait pas satisfaire pleinement les responsables :

> *« Chaque professionnel discute avec le patient au cours de ses évaluations, on met ça en commun et après on discute avec le patient. »* (site C, HPTOT, § 68)

Dans l'autre site, les responsables perçoivent aussi la gestion des avis divergents comme un défi. Par contre, ce site a tout de même choisi un colloque dans lequel le ou la patient.e est présent.e du début à la fin, et la pertinence de ce choix n'est jamais remis en question malgré les défis qu'il implique.

3.1.4. Discussion des facteurs d'efficacité

À la lumière des résultats rapportés dans les chapitres précédents (3.1.2 et 3.1.3), plusieurs facteurs d'efficacité sont transversaux aux trois sites. La notion de culture commune occupe notamment une place centrale dans l'efficacité des colloques. Par la suite, des spécificités liées au contexte de l'institution (réadaptation et soins aigus) seront discutées, notamment les contraintes liées au contexte institutionnel.

La place de la culture commune comme facilitatrice de l'efficacité des colloques

Lorsque les cadres interrogé.e.s ont abordé la question des fondamentaux pour l'atteinte d'un colloque interprofessionnel efficace, la majorité a mentionné le rôle central du partage d'un certain nombre de valeurs, telles que la bienveillance, l'humilité et la confiance, et de principes, tels que la volonté d'apprendre les uns des autres ou d'accepter qu'une autre profession entre dans son propre champ professionnel. Plusieurs auteurs, tels qu'Axelsson et Axelsson (2009), Staffoni et al. (2018), ont également relevé ces éléments comme facteurs-clés de la réussite de la collaboration interprofessionnelle. Ces différentes notions sont notamment regroupées sous le concept d'"altruisme" (Axelsson et al, 2009). La nécessité de travailler en équipe, en collaboration avec d'autres corps de métier, implique de repenser le champ des territoires professionnels. En effet, lors de leur socialisation, les professionnel.le.s rejoignent un certain nombre de valeurs et de principes spécifiques à leur propre profession. Ces valeurs sont la plupart du temps inhérentes à la profession et implicites (Hall, 2005). Dès lors, le travail en équipe interprofessionnelle, parce qu'il regroupe des professionnel.le.s issu.e.s de cultures professionnelles différentes, va nécessiter l'explicitation des valeurs et des principes de chaque profession. Le colloque interprofessionnel, en tant qu'endroit de rencontre et d'échanges où la majorité des professionnel.le.s

prenant en charge un.e même patient.e sont présent.e.s, constitue un lieu propice à ce travail d'explicitation. En effet, la présente étude permet de relever que le colloque peut également être utilisé par les professionnel.le.s comme endroit pour rendre visible leurs pratiques professionnelles. D'une part, cette explicitation permet une meilleure connaissance des rôles et des responsabilités de chacun (Hall, 2005) et, d'autre part, elle permet, par extension, la transmission des valeurs sous-jacentes à chaque profession. Sur la base du partage des valeurs et des principes spécifiques à chaque profession, un travail de construction d'une culture commune devrait ensuite être mené. De plus, le développement de cette culture se fait non seulement au cours du colloque, mais aussi autour du colloque, notamment en définissant clairement les objectifs du colloque interprofessionnel.

Facteurs spécifiques selon le contexte de l'institution

L'analyse des facteurs d'efficacité a permis de mettre en lumière les spécificités contextuelles, liées au contexte des institutions investiguées (réadaptation et soins aigus). L'importance donnée à l'un ou l'autre de ces facteurs d'efficacité est en effet influencée par les contraintes auxquelles sont confrontées les institutions, notamment en matière de temps, et de la présence du ou de la patient.e et des professionnel.le.s-clés lors des colloques interprofessionnels.

Dans le service des soins aigus, la contrainte temporelle est centrale. Le projet de sortie est négocié dès le début de l'hospitalisation, et il est ajusté quotidiennement. Le facteur temporel, c'est-à-dire de réussir à prendre des décisions rapidement et de permettre une sortie rapide des patient.e.s, est perçu comme un facteur d'efficacité primordial par les cadres dans ce service de soins. Dans ce type d'institution, les contraintes, en ce qui concerne la durée de séjour, édictées au niveau politique (Swiss DRG, notamment) semblent se répercuter directement sur la manière de prendre en charge les patient.e.s, ce qui nécessite un coordination efficace entre les professionnel.le.s et influence donc la perception d'un colloque efficace. Dans les centres de réadaptation par contre, la durée de séjour est prédéterminée sous la forme d'une garantie de prise en charge des frais pour trois semaines. Dès lors, la fréquence des colloques est élargie et la durée des colloques peut être plus longue que dans le contexte des soins aigus. De plus, pour les cadres de ces institutions, le facteur temporel n'est pas utilisé comme le principal indicateur d'efficacité. D'autres indicateurs d'efficacité tels que la cohérence du travail interprofessionnel, la compréhension et la ligne de conduite commune, et la réussite du traitement sont évoqués plus pertinents.

3.2. Formation et conduite d'une équipe interprofessionnelle

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence les défis liés à la formation des équipes interprofessionnelles et à la conduite du colloque interprofessionnel. Ces deux sujets semblent bien distincts, mais interreliés, notamment par les compétences relationnelles (développement d'un langage commun, d'une cible commune et d'une communication efficace) et personnelles (capacité d'adaptation, de synthèse, d'apprentissage ou d'assimilation rapide liée au contenu ainsi qu'au rôle de chacun). Ces compétences sont centrales du fait qu'elles participent à la conduite des colloques, à leur efficacité et elles sont en partie développées ou renforcées par les dispositifs de formation. Il ressort de cela que pour les trois sites la formation est une étape cruciale dans le développement des compétences nécessaires au – ou à propos du - colloque et dans la socialisation aux colloques. Toutefois, chaque site dispose de ses propres modalités pédagogiques et de mise en œuvre de la formation. Les différences se distinguent par rapport au degré de formalisation de la formation et de la socialisation, ainsi qu'à l'importance donnée au développement des compétences relationnelles et collaboratives. Les défis liés à la conduite des

équipes interprofessionnelles concernent principalement la participation des patient.e.s et/ou des proches, le leadership collaboratif, la coordination et la structure prédéfinie du colloque.

3.2.1. Formation de l'équipe interprofessionnelle

La formation et la socialisation formelle de l'équipe interprofessionnelle

Afin de rendre le colloque interprofessionnel efficace, chaque nouveau collaborateur et nouvelle collaboratrice suit un dispositif de formation plus ou moins structuré d'un point de vue du contenu et de l'organisation et/ou une socialisation plus informelle (formation par les pairs) permettant la compréhension des objectifs et de la structure du colloque, favorisant aussi le développement des compétences relationnelles et communicationnelles.

Dans le site A et B, le dispositif de formation formel est déployé de façon systématique pour toutes les personnes qui commencent une nouvelle activité, il est par contre géré différemment. Les détails des formations de chaque site se trouvent en Annexe 3.2. (tableau 2). Les colloques interprofessionnels sont d'une importance majeure aussi pour le site B qui a implémenté un nouveau modèle de colloque issu d'une réflexion et d'une réorganisation des colloques existants :

> « *Le service a décidé d'implémenter ce colloque (…) avec cette structure-là pour gagner en efficacité. Et en fait, ça rentre dans une réflexion un petit peu plus globale de la restructuration de la journée des médecins*. » (site B, DRL1, § 54)

Dans ce site, les défis liés à la socialisation au colloque sont essentiellement évoqués par les médecins-cadres et concernent principalement la formation des médecins-assistant.e.s qui inclut une étape formelle et une étape moins formelle. De plus, les assistant.e.s sont encouragé.e.s à se familiariser avec le déroulement et le but du colloque avant même leur entrée en fonction dans le service :

> « *Donc déjà à la maison, avant de commencer, ils doivent commencer à faire des instructions. (…). Ils le lisent et le vérifient quand ils arrivent* » (site B, DRH1-1, § 63).

Le dispositif de formation des autres professionnel.le.s passe par la mise à disposition de documents officiels qui délimitent les rôles et les responsabilités de chacun durant le colloque interprofessionnel.

Dans le site hospitalier C, il existe de nombreuses formations autour de la thématique de l'interprofessionnalité inclues dans des programmes annuels ou hebdomadaires, mais une formation spécifique pour les nouveaux collaborateurs et les nouvelles collaboratrices n'est pas une démarche systématique dans l'institution malgré la volonté de certains cadres :

> « *On a fait pendant l'année 2017 des formations en interdisciplinarité, même si [on] voulait pas axer [colloques interdisciplinaires], ça est revenu dans la discussion et puis on a fait quand même un travail là-dessus* » (site C, HNPST, § 27)

Selon les cadres, il semblerait que l'efficacité des colloques pourrait être optimisée, par exemple par la mise en place de formations ou par une centration plus importante des formations existantes (interne et externe) sur le développement de compétences collaboratives et personnelles. Ces compétences paraissent comme indispensables au bon déroulement des colloques et à une meilleure communication entre les différentes professions. Les compétences collaboratives et les buts des colloques doivent donc être respectivement développés et explicités par des formations.

Malgré un dispositif de formation et de socialisation systématique, la maîtrise des colloques semble dépendre des compétences personnelles et interprofessionnelles (ch. 3.1.). Le discours des médecins-

cadres indique que si les formations visent justement à développer rapidement les compétences nécessaires chez les médecins-assistant.e.s, le temps et l'exercice permettent souvent d'atteindre l'objectif :

> *« oui, je pense que d'une manière générale jusqu'à – la large majorité s'améliore jusqu'à ce qu'ils – à quelque part – maîtrisent ce tour de parole, ce format de colloque »* (site B, APHY, § 168).

Développement des compétences relationnelles

Une formation et une socialisation informelle peuvent aider à comprendre les rôles et les responsabilités des uns et des autres, mais le développement de compétences relationnelles et communicationnelles est indispensable pour la réussite d'un colloque interprofessionnel.

Voici ci-dessous un exemple de ce qui a été travaillé lors d'une formation, qui au départ ne devait pas porter sur un colloque interprofessionnel :

> « *[…] on a stimulé les collaborateurs à prendre la parole et ce qu'on leur a transmis c'est : vous ne devez pas sortir du [colloque interdisciplinaire] avec une question en suspens. Vous devez au moins avoir pu la verbaliser, après, la réponse vous l'avez ou vous l'avez pas au [colloque interdisciplinaire], mais vous devez pouvoir exprimer ce dont vous avez besoin. Et ça, on a dû travailler notamment avec le docteur pour qu'il comprenne ça. Alors, puis gentiment, c'est arrivé, mais comme tout, on est sur la notion aussi de personnalité, comment moi, professionnel, je suis à l'aise dans cette situation-là de laisser parler les gens et je peux tirer profit des informations qu'ils me donnent. »* (site C, HNPST, § 27)

Par contre, il a été évoqué que certains aspects (compétences, buts des colloques) ne peuvent être développés qu'au moyen de formations et que le rappel du cadre semble aussi important :

> « *Fin, on s'improvise pas, hein, dans des séances comme ça, c'est des choses, on doit apprendre, (...) De pouvoir parler en publique et puis à pouvoir amener ses arguments. Donc, ça demande -, c'est pas (inné). C'est vrai je pense souvent qu'on attend des gens qu'ils le fassent. Mais est-ce qu'on leur donne toujours les moyens (…) [est-]ce qu'ils sont tous outillés pour faire ça ? (…) je pense c'est la notion de formation. Certainement la notion de rappel du cadre, de pourquoi on est là. Sinon, ça se dilue avec le temps.* » (site C, NUH, § 221)

Il est intéressant de noter que les réponses des participant.e.s en lien avec le défi de la formation dépassent la question de la formation des équipes interprofessionnelles. Les défis concernent la notion même du vécu et de la compréhension de la notion d'interprofessionnalité. Certains cadres déplorent ainsi une vision trop intra-professionnelle des différent.e.s professionnel.le.s et questionnent même la formation académique en amont :

> « *Et en fait je me suis rendu compte que la notion de la connaissance de l'autre, du métier de l'autre était complètement absente. On parlait de l'interdisciplinarité comme quelque chose de assez normale mais, est-ce que nous, en observant dans nos institutions (…), c'est que quand les gens, ils arrivent, ils arrivent formaté soins, formaté physio, formaté autre. »* (site C, DH, § 58)

La formation à l'interprofessionnalité devrait donc débuter lors de la formation académique, avant même que les professionnel.le.s n'entrent dans le monde clinique, au risque de former des personnes qui manquent d'outils pour collaborer efficacement avec d'autres professions :

> « *Ce n'est pas parce que vous allez dans les hôpitaux à réaliser des séances et des mois de pratiques avec des physios, avec des infirmières ou avec les métiers que vous êtes en train de*

former que vous allez vraiment comprendre, c'est quoi la différence des autres métiers. Et c'est quoi, qu'est-ce qui m'apporte véritablement une plus-value à ce que je suis. Et ça, je pense que dans les écoles, on devrait le commencer à le faire, vraiment. » (site C, DH, § 194).

Développement des compétences collaboratives et communicationnelles

Selon les interviewé.e.s, les colloques représentent une opportunité de rencontre et d'apprentissage dépassant la fonction du colloque, c'est-à-dire une gestion optimale des cibles des patient.e.s. Les colloques interprofessionnels semblent revêtir une fonction d'apprentissage en soi : ils permettent aux participant.e.s de mieux se connaître et d'apprendre les uns des autres. Les colloques permettent d'apprendre à appréhender et à comprendre les situations avec un point de vue différent du sien. En ce sens ils assurent non seulement une fonction d'apprentissage, mais participent également à la création d'un sentiment de culture commue (ch. 3.1.). Ce partage de connaissances interprofessionnelles permet à son tour de développer des compétences collaboratives. Le colloque en soi pourrait ainsi être considéré comme moment de socialisation aux colloques.

Le colloque peut assurer la parole à chacun par exemple avec un ordre de parole fixe (ch. 2.1). Cependant, pour que ce tour de parole soit efficace, la structure à elle seule ne suffit pas. Les professionnel.le.s expriment des défis par rapport à deux cas de figure: (1) chevauchement/répétition des informations par plusieurs professionnel.le.s, versus (2) divergence des informations données par les professionnel.le.s (2). Par exemple, les disciplines qui se situent à la fin du tour de parole dans un site de réadaptation expriment parfois la difficulté d'apporter quelque chose qui n'a pas encore été dit par les personnes les précédents et se soucient de ne pas répéter des informations (site A, OT4 § 54, PT5 §77). Mais, ce chevauchement n'est pas systématiquement considéré comme problématique (site A, NUH § 42). Afin d'éviter les répétitions, les professionnel.le.s devraient se concentrer sur ce qui n'a pas déjà été dit et/ou d'apporter un éclairage spécifique de la situation par rapport à leur domaine de compétence, ainsi que d'apporter leur point de vue divergent, en utilisant leurs compétences interpersonnelles.

Les membres présents doivent finalement apporter les informations essentielles et importantes pour arriver à un consensus sur la suite (site A, OT4 § 77) tout en tenant compte du ou de la patient.e. Pour cela, il est important que les membres connaissent leur propre rôle et celui des autres afin de pouvoir prendre une place, de respecter la place des autres et de pouvoir contribuer efficacement au fonctionnement du colloque.

3.2.2. Conduite de l'équipe interprofessionnelle

Les défis à gérer lors de la conduite des équipes interprofessionnelles sont les suivants : la participation des patient.e.s et/ou des proches ; le leadership collaboratif ; la coordination du colloque ; et la structure et l'organisation du colloque.

Participation des patient.e.s et/ou des proches

Mettre les patient.e.s au centre des colloques et réussir leur intégration constitue un défi majeur dans la conduite de l'équipe interprofessionnelle. En effet, dans les deux institutions de réadaptation, il est considéré comme crucial d'inclure les patient.e.s comme membres de l'équipe, comme l'exprime l'un des médecins chef :

« *Le plus grand défi, c'est que le patient participe en fait au colloque, qu'il se sente intégré, qu'il ne se sente pas exposé et livré à ce groupe de gens. […] Qu'on lui offre une confiance. Qu'il soit une partie de l'équipe comme patient d'une part, mais plutôt comme personne concernée, et qu'on cherche ensemble une solution.* » (site A, DRH, § 9-11).

Il apparaît crucial de trouver un équilibre entre la recherche de consensus et l'intégration des patient.e.s lors de la prise de décision (ch. 2.4). Plus précisément, un médecin chef qui a aussi le rôle de chair dans le colloque d'un des centres de réadaptation a mentionné le défi que représentent la gestion de l'expression du ou de la patient.e, la discussion, la prise de décision et en même temps d'assurer une gestion efficace du temps de parole :

> *« Le défi est que tout le monde a les mêmes informations, qu'on n'utilise pas un jargon envers le patient et qu'il ne comprend plus rien, et pour ça nous faisons attention de parler le langage des patients et ne pas utiliser des expressions techniques (…) même si ce n'est pas toujours évitable de discuter sur certaines choses techniques. »* (site A, DRH § 13)

Il a aussi été relevé l'importance de veiller à ce que tous les avis soient exprimés et d'être capable de gérer ces avis en présence du ou de la patient.e :

> *« Quand ils [les patients] se rendent compte que ça commence à chauffer entre nous, ça devient difficile pour lui. Quand on réalise qu'il y a quelqu'un qui dit quelque chose de contradictoire et on aimerait clarifier cette contradiction. (…) On a besoin de se forcer pour trouver un consensus, en ne bousculant personne et en même temps d'inclure le patient. Ce n'est pas facile. »* (site A, ST2, § 42).

Intégrer les patient.e.s non seulement dans un colloque, mais les faire participer à la définition des objectifs est un autre défi. L'atteinte d'un consensus entre soignant.e.s est considérée par la plupart des cadres comme un prérequis pour ensuite intégrer le ou la patient.e, d'où le fait que la première partie de certains colloques ait lieu sans le ou la patient.e (voir 2.1.). Par crainte de déstabiliser les patient.e.s par des opinions contradictoires, les cadres ont presque tous et toutes exprimé leur attachement à cette solution, qui vise à se mettre d'accord sur un discours commun entre professionnel.le.s par exemple : « *bien préparer les annonces éventuelles* » (site C, HNPST, § 32) et se « *mettre sur la même longueur d'onde* » (site C, NUH, § 45). Plusieurs ont cependant soulevé que cette manière de faire n'était pas idéale du point de vue de la participation des patient.e.s, qui devraient pouvoir participer plus activement à la définition des objectifs.

> « *Là on est pas bons. On serait censés établir les objectifs avec la patient et plus ou moins les proches. Mais nous, on fait notre concertation interdisciplinaire pour -, on amorce déjà des objectifs* » (site C, HPTOT, § 66).

Leadership collaboratif

La gestion du colloque avec un leadership collaboratif représente un défi. Les cadres ont exprimé qu'il était du ressort du ou de la chair d'encourager au besoin les membres à prendre position surtout lorsque ces professionnel.le.s débutent, de relever les divergences de point de vue et/ou de renforcer un avis :

> *« Il y a peut-être des professions, surtout si elles sont des professionnelles au début de leur carrière, qui s'impliquent peut-être moins. Et là c'est certainement utile si les responsables font attention et les incitent d'exprimer leurs avis. »* (site A, OT4, § 27)

De plus, assurer une suppléance du chair est indispensable lorsqu'un cadre n'est pas en mesure *« d'argumenter, de prendre position et décider »* (site B, NURL1, § 262). Une infirmière de liaison a aussi souligné l'importance pour le fonctionnement de l'équipe de valoriser et de reconnaître les compétences des autres professionnel.le.s :

> *« Si par exemple, notre infirmière de liaison, elle (…) qui connait le réseau, qui connait (…) les délais d'inscription, (…) on sait toutes les connaissances qu'elles ont, que personne d'autre autour de la table n'a. Si elle intervient pour apporter ces informations-là, c'est sûr qu'elle va être revalorisée. »* (site B, NUH1, § 230)

Il ressort un défi concernant l'animation du colloque : avoir une personne qui anime le colloque tout en atteignant un consensus dans les prises de décision. Les cadres s'accordent pour dire qu'il est nécessaire qu'une personne anime les colloques afin d'encourager la prise de parole, l'argumentation et les discussions, celle-ci est aussi perçue comme « *un chef d'orchestre* » (site C, HNPST, § 138).

Coordination du colloque

Les colloques engendrent un besoin de coordination optimale afin de permettent aux participant.e.s d'être présent.e.s au colloque tout en maintenant le fonctionnement du service. Le choix des participant.e.s peut entrainer des défis de coordination. Notamment, le choix de réunir les référent.e.s des patient.e.s aux colloques implique des défis de coordination (tournus durant le colloque) alors que le choix de faire venir des représentant.e.s des différentes professions implique un défi pour la connaissance des patient.e.s. Une prise en compte de ces deux aspects et de leurs enjeux respectifs peut s'avérer importante pour la conduite optimale d'une équipe interprofessionnelle.

Structure et organisation du colloque

Des défis relatifs à la gestion de la structure et à l'organisation du colloque ont été relevés. Selon les mots de l'un médecin-cadre, le modèle du colloque requiert *« un effort continu d'homogénéisation »* (site B, DRH1, § 158) pour être maintenu. Les cadres ont en particulier mentionné la nécessité de fournir un effort pour maintenir le déroulement, la structure, le climat favorable, la dynamique interprofessionnelle, la gestion du temps et la distribution claire des tâches. Plusieurs cadres de profession non médicale ont souligné l'importance de maintenir une structure tout en ne tombant pas dans la rigidité.

Dans le site C, les cadres souhaitent que les discussions soient favorisées au détriment de la lecture des rubriques du dossier informatisé, regrettant qu'en l'état, la structure des colloques soit trop imposante et que les participant.e.s ne s'en détachent pas davantage. Ils ou elles souhaitent également que les informations soient priorisées en fonction de la situation des patient.e.s. Un responsable médico-thérapeutique identifie cependant des résistances à ce changement de structure, mettant en cause les habitudes, le manque de soutien et le tournus des professionnel.le.s dans les colloques (site C, HNPST).

3.2.3. Discussion

Les défis liés à la formation des collaborateurs et des collaboratrices aux colloques interprofessionnels qui ont été identifiés dans les différents contextes (soins aigus vs réadaptation) étaient clairement liés à des aspects de standardisation ou de formalisation de la formation, des contraintes des institutions et de la culture des colloques. Le bon déroulement des colloques semble reposer sur la compréhension commune des buts des colloques et surtout sur l'acquisition rapide de certaines compétences, telles que la capacité d'adaptation, la capacité de synthèse, mais aussi des compétences plus personnelles telles que le courage de s'imposer, de prendre la parole et de s'affirmer. Ceci corrobore la constatation de Reeves (2010) que la pratique collaborative, dont le colloque est un aspect, dépend d'un ensemble de facteurs organisationnels, personnels et professionnels. De ce fait, l'acquisition des compétences et leur opérationnalisation dans le bon déroulement d'une pratique prouvent la nécessité d'avoir un cadre de

référence bien délimité et/ou une formation formalisée pour accompagner les équipes interprofessionnelles (Hepp et al., 2015).

Il est intéressant de noter que les cadres du site C évoquent qu'il reste une grande marge de progression dans le développement des compétences collaboratives et personnelles, ce qui permettrait selon eux une meilleure collaboration. En effet, Kontogianni (2011) a mis en évidence que l'absence de formation interprofessionnelle constituerait un obstacle majeur à la communication entre différents groupes professionnels.

Bien que la spécificité de certains contextes ait été reconnue comme déterminante dans l'opérationnalisation des compétences collaboratives (CIHC, 2010), il semblerait que c'est bien la formalisation des formations permettant la socialisation aux colloques et/ou l'intégration de la philosophie de soins qui est au cœur de la réussite d'un colloque efficace. Il se pourrait que la formation et sa formalisation encouragent une « culture commune » autour des colloques. En effet, dans les deux sites qui ont formalisé la formation aux colloques et/ou l'approche centrée sur les patient.e.s, l'adhésion et l'engagement dans les colloques semblent plus forte. Toutefois, malgré un programme de préparation systématique à la participation des patient.e.s dans les colloques, cette approche centrée sur le ou la patient.e reste un défi majeur pour les professionnel.le.s. En effet, une telle approche encourageant la participation des patient.e.s peut dépendre d'un ensemble de facteurs qui ne sont pas forcément conscients, liés aux valeurs et aux croyances des professionnel.le.s mais également des patient.e.s dans leur participation dans les pratiques collaboratives (Longtin, 2010).

Finalement, la conduite est complexifiée par les aspects de leadership et de structure du colloque. La collaboration interprofessionnelle est basée sur un partage du pouvoir, en particulier des responsabilités et de la prise de décision (D'Amour et al. 2000, De Brun et al. 2019). Le pouvoir devrait être partagé entre les membres de l'équipe sur la base de leur expérience plutôt que de leur titre – l'idéal visé étant une symétrie dans les rapports de pouvoir (D'Amato et al. 2000, p. 119). Une approche « collective » du leadership permettrait de partager le pouvoir entre les membres de l'équipe, et ainsi assurer une meilleure qualité des soins (De Brun et al. 2019). La notion du leadership pose donc une question délicate, mais importante dans le travail interprofessionnel. Dans chaque site et dans chaque colloque, une personne (chair) a la responsabilité du maintien de la structure, que ce soit en passant verbalement ou non verbalement la parole à l'intervenant.e suivant.e. Cette personne est perçue comme garante de l'implémentation d'un colloque efficace et de la collaboration interprofessionnelle souhaitée. Parfois, lorsque ce ou cette chair ne remplit pas son rôle, un.e autre professionnel.le intervient, agissant comme garant.e du bon déroulement du colloque.

L'intégration des patient.e.s dans la prise de décision est largement valorisée dans la littérature, puisqu'elle permettrait de meilleurs résultats dans le domaine de la santé (D'Amour et al. 2000, p.121). Pourtant, certain.e.s auteur.e.s soulignent qu'il peut être difficile pour les patient.e.s de participer au même titre que les autres membres de l'équipe (Drinka et Clark 2000). De plus, la manière d'intégrer les patient.e.s dans l'équipe ne fait pas consensus, quand elle n'est pas simplement ignorée (D'Amour et al. 2000, p. 126). Les résultats de cette recherche montrent que la place accordée aux patient.e.s diffère entre les trois sites, mais que dans tous les cas l'intégration des patient.e.s est un défi important pour les cadres dont les enjeux diffèrent cependant selon le contexte de l'institution.

Dans les institutions étudiées, la volonté d'avoir les « bonnes personnes » autour de la table est partagée dans les trois sites : ni trop, ni trop peu. Mais plusieurs obstacles ont été cités : respect de l'horaire,

vacances notamment. Des solutions différentes ont été adoptées, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Le fait d'avoir ou non les soignant.e.s référent.e.s des patient.e.s autour de la table représente dans les deux cas un défi. Le ou la soignant.e référent.e (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute etc.) est la personne qui prend en charge le ou la patient.e directement, et donc connaît le mieux sa situation – mais sa présence ne peut pas toujours être assurée pour des questions d'organisation du service. Dans le contexte des soins aigus, les cadres invoquent le fonctionnement du service qui empêcherait la présence de certain.e.s professionnel.le.s de santé.

4. Conclusion

Ce projet de recherche s'inscrit dans le programme « Interprofessionalité 2017 - 2020» de l'Office Fédéral de la Santé Publique et porte sur l'élaboration de nouvelles bases de connaissances pratique concernant la coopération interprofessionnel. Ce mandat avait comme but d'identifier le déroulement des processus de groupes dans les équipes interprofessionnelles et d'explorer les défis à gérer lors de la formation et de la conduite d'une équipe interprofessionnnelle.

A travers de l'analyse détaillée de l'interactions, nous avons pu démontrer l'interrelation entre le contexte hospitalier spécifique (p.ex. médecine interne, réadaptation), l'organisation et la mise en œuvre des colloques interprofessionnels, tout en respectant la culture institutionnelle, les missions, procédures, buts, ressources temporelles et humaines, ainsi que les distributions de rôles et responsabilités. Pour une collaboration interprofessionnelle réussie, la cohérence entre les éléments prédéfinis (organisation, composition de l'équipe, structure), les pratiques interactives réalisées et les buts visés par le colloque, d'une part, et la compréhension de leurs interdépendances par tous et toutes les participant.e.s du colloque, d'autre part, est fondamentale.

L'analyse des entretiens menés auprès de cadres des trois sites hospitaliers a permis d'identifier des facteurs d'efficacité communs, et d'autres facteurs spécifiques à l'un des sites. Les facteurs qui ont fait l'unanimité se déclinent sur trois axes : (1) les relations interprofessionnelles (2) les compétences collaboratives, et (3) l'organisation du colloque. Ils renvoient, entre autres, aux notions de culture commune, de communication ou encore à la des connaissances des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe. Certains facteurs d'efficacité liés à des spécificités des sites hospitaliers peuvent être mis en lien avec les contextes différents de ces derniers (par exemple, aigu ou chronique). Ainsi, le contexte hospitalier influence les représentations qu'ont les cadres sur l'importance/la pertinence d'un facteur pour l'atteinte d'un colloque efficace.

Les défis liés à la formation des équipes interprofessionnelles et à la conduite du colloque interprofessionnel sont perçus par les responsables comme distincts, mais inter-reliés, notamment par les compétences relationnelles (développement d'un langage commun, d'une cible commune et d'une communication efficace) et personnelles (capacité d'adaptation, de synthèse, d'apprentissage ou d'assimilation rapide liée au contenu ainsi qu'au rôle de chacun). Ces compétences sont centrales du fait qu'elles participent à la conduite des colloques, à leur efficacité et elles sont en partie développées ou renforcées par les dispositifs de formation. Il en ressort que pour les trois sites la formation est une étape

cruciale dans le développement des compétences nécessaires au – ou à propos du - colloque et dans la socialisation aux colloques, même si chaque site dispose de ses propres modalités pédagogiques et de mise en œuvre de la formation. Les différences se distinguent par rapport au degré de formalisation de la formation et de la socialisation, ainsi qu'à l'importance donnée au développement des compétences relationnelles et collaboratives. Les défis liés à la conduite des équipes interprofessionnelles concernent principalement la participation des patient.e.s et/ou des proches, le leadership collaboratif, la coordination et la structure prédéfinie du colloque.

Suite à notre projet de recherche, ils restent encore des questions en suspens : Quelle est la meilleure organisation du colloque interprofessionnel pour le ou la patient.e ? Est-ce qu'une meilleure collaboration interprofessionnelle améliore la qualité de la prise en charge ? Quelles interventions au niveau de l'équipe sont à privilégier et à mettre en place afin d'améliorer le partage et le sentiment d'appartenance à une équipe interprofessionnelle ? Ces questions pourraient être traitées dans une recherche ultérieure.

5. Recommandations

Notre étude a pu mettre en évidence l'importance des pratiques interprofessionnelles et des structures organisationnelles pour un colloque efficace. En analysant les trois sites, il a été possible de dégager les facteurs les plus importants pour la formation, la conduite et la pratique collaborative.

1. Contraintes institutionnelles : Prise en charge aigue ou en réadaptation

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions et la politique socio-sanitaire des cantons.

Pour être considéré réussi, le colloque interprofessionnel doit répondre à des exigences institutionnelles variées, notamment à des ressources temporelles et personnelles limitées, tout en permettant l'expression des participant.e.s (incl. patient.e) et le dialogue entre eux. Les contraintes auxquelles sont confrontées les institutions ne sont pas à négliger. Par exemple, la sortie d'un ou d'une patient.e est négociée dès le début de l'hospitalisation (soins aigus), des décisions doivent être prises rapidement pour permettre aux patient.e.s de rentrer chez eux. Dans ce type d'institution, les contraintes, en ce qui concerne la durée de séjour, édictées par la politique et les assurances semblent se répercuter directement sur la manière de prendre en charge les patient.e.s ce qui nécessite une coordination efficace entre les professionnel.le. Par contre, la durée de séjour dans un centre de réadaptation est connue dès que le ou la patient.e est admis.e dans l'institution. Pour ce type d'institution, le facteur temporel du colloque est moins important, par contre la composition de l'équipe (en tant que ressources humaines) doit être bien réfléchie. De plus, le choix concernant la présence du ou de la patient.e dépend aussi du contexte de l'institution. Le type de financement du séjour (canton, assurance) constitue ainsi un facteur influençant la fréquence du colloque et son organisation.

Recommandation 1 : Le contexte politique, les ressources financières, humaines et temporelles doivent être prises en compte <u>en vue de</u> permettre un environnement favorable à la collaboration interprofessionnelle, en général, et à un colloque interprofessionnel en particulier.

2. Organisation (fréquence, composition de l'équipe interprofessionnelle, but du colloque)

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions et son organisation interne.

Des colloques interprofessionnels sont régulièrement organisés dans chaque institution, soit chaque jour (médecine interne), soit de manière régulière dans les centres de réadaptation (hebdomadaire, tous les 15 jours, ou ponctuellement). En médecine interne où les professions médicales et de soins sont présentes, l'accent est mis sur la prise en compte du point de vue médical. Par contre en réadaptation, la présence de plusieurs référent.e.s ou représentant.e.s thérapeutiques et de soins (sites A et C) donne une place aussi importante aux expertises disciplinaires.

La composition de l'équipe interprofessionnelle doit être en lien avec les buts des colloques. Comme présenté, les buts des colloques dans les centres de réadaptations sont de fixer les objectifs thérapeutiques du ou de la patient.e pour la durée de séjour, d'évaluer l'atteinte des objectifs en cours et de les ajuster si nécessaire, et de planifier la sortie. En ce qui concerne les buts dans le service de médecine interne, ils visent à une gestion proactive des séjours, c'est-à-dire la définition du projet thérapeutique et l'orientation de chaque patient.e et son suivi ainsi qu'à la planification de la sortie tout en assurant l'organisation du service. La composition d'une équipe interprofessionnelle incluant les professions médicales, thérapeutiques et de soins permet un échange plus complet, et moins centré sur les aspects médicaux. La présence du ou de la patient.e et/ou des proches peut favoriser l'expression et la prise en compte de leur point de vue. Il ou elle peut être intégré.e comme "acteur ou actrice" au colloque.

Recommandation 2 : L'organisation du colloque (fréquence, durée, composition du groupe, présence du ou de la patient.e, structure d'activité) doit être en lien avec les buts afin de permettre sa mise en œuvre efficace et efficiente. Les déterminants pour qu'un colloque soit efficace sont : sa fréquence, sa durée, la composition du groupe, les rôles et responsabilités de chacun, la structure d'activité, les buts, la communication partagée et la présence/absence du patient.

3. Culture commune

Destinataire : Cette recommandation concerne les services et les équipes.

Le colloque peut être utilisé par les professionnel.le.s comme endroit de partage des savoirs et apprentissage, en plus d'échange d'informations. Une vision commune peut être construite ensemble, qui pourrait aussi renforcer le sentiment d'appartenance au groupe. De plus, les professionnel.le.s ont la possibilité de rendre visible leurs pratiques professionnelles et ainsi contribuer à une meilleure connaissance des rôles et des responsabilités des un.e.s et des autres. Dans les sites qui ont formalisé la formation aux colloques et/ou l'approche centrée sur les patient.e.s, l'adhésion et l'engagement dans les colloques semblent plus forts.

Recommandation 3 : La culture commune doit être favorisée et co-construite parmi les professionnel.le.s de santé. Une formation à l'interprofessionnalité ainsi qu'une socialisation formelle et informelle sont indispensables pour la réussite d'un colloque interprofessionnel dans les lieux de travail.

4. Gestion du colloque

Destinataire : Cette recommandation concerne les équipes et le/la chair qui anime les colloques.

Pour bien gérer un colloque, la présence d'un.e chair est indispensable afin d'encourager la prise de parole, l'argumentation et les discussions, tout en veillant à ce que les buts du colloque soient atteints et que la limitation du temps soit respectée. En réadaptation, la majorité des transitions d'une activité à l'autre sont médiatisées par un.e chair. En contraste, en médecine interne, le système de pré-allocation prédomine. Dans ce cas de figure, il est décidé d'avance qui intervient quand et aussi ce qu'il ou elle doit faire, ce qui permet un partage des responsabilités du chair, entre les différent.e.s intervenant.e.s du colloque. Un colloque efficace est celui où un.e chair a l'autorité et les compétences nécessaires pour décider du bon moment d'interrompre un échange ou d'inviter un.e des participant.e.s d'apporter des éléments supplémentaires. Les allocations du ou de la chair peuvent servir aux participant.e.s comme points de repère pour un bon déroulement du colloque.

Recommandation 4 : Le colloque interprofessionnel peut être géré de manière efficace par un.e chair qui assure le bon déroulement du colloque et la distribution équilibrée des tours de parole des participant.e.s et qui est choisi.e par l'équipe en fonction de ses compétences de gestion d'équipe. Une structure établie d'avance peut permettre une participation de chacun.e mais il faudrait veiller à garder suffisamment de souplesse pour les interventions spontanées.

5. Participation interprofessionnelle

Destinataire : Cette recommandation concerne tous les membres de l'équipe, y inclut les patient.e.s.

Lors des colloques, il y a de nombreuses interventions des professionnel.le.s qui ne sont ni prévues par la structure ni gérées par le ou la chair, mais qui s'organisent interactivement tout au long du colloque. Ces interventions sont utilisées pour demander des clarifications, et/ou pour préciser et/ou pour ajouter un point de vue, en lien avec l'objectif thérapeutique du ou de la patient.e et/ou concernant la planification de sortie. L'analyse a permis de mettre en évidence l'efficacité de ces pratiques rapides pour permettre de lever des incompréhensions et de mutualiser les informations. En résumé, ce sont les compétences communicationnelles des paticipant.e.s qui sont indispensables pour participer de manière proactive aux discussions, pour pouvoir réagir face à d'autres idées ou pour présenter une synthèse orale.

Recommandation 5 : Afin d'améliorer la participation interprofessionnelle lors du colloque, les professionnel.le.s et les patient.e.s doivent être encouragé.e.s à saisir les opportunités de clarifier une question en suspens ou de mutualiser des informations. Les compétences communicationnelles de tous et toutes les participant.e.s doivent être renforcées.

6. Approche réflexive

Destinataire : Cette recommandation concerne les institutions de soins, les chercheur.e.s et les équipes.

La dernière étape – la restitution – a démontré l'utilité de collaborer avec les équipes interprofessionnelles en utilisant des séquences vidéo pour réfléchir avec eux sur l'efficacité des colloques dans leur service. Nos partenaires ont surtout soulevé les défis à mettre en place les processus/structures efficaces et à rendre visible les pratiques communicationnelles qui nécessitent une adaptation et un développement permanent. Il a été démontré qu'une approche réflexive avec des exemples concrets et un processus rigoureux et explicite est indispensable pour une formation à l'interprofessionnalité (Richard, Gagnon & Careau, 2018). Notre approche d'expliciter les pratiques communicationnelles et rendre visible les ressources verbales et non-verbales mobilisées lors du colloque interprofessionnel permet d'envisager des changements de pratique au quotidien.

Recommandation 6: Afin de rendre les colloques interprofessionnels efficaces, la cohérence entre les aspects structurels, les pratiques interactives et les buts du colloque, ainsi qu'une compréhension partagée de tout ce processus est essentielle. En utilisant une approche réflexive et un regard externe (en incluant les séquences vidéos), les équipes pourraient identifier le fonctionnement idéal pour leur service et ainsi améliorer l'efficacité du colloque interprofessionnel.

RÉFÉRENCES

Asmuß, B., & Svennevig, J. (2009). Meeting talk: An introduction. *The Journal of Business Communication (1973)*, *46*(1), 3-22.

Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, *23*(4), 320-330.

Bainbridge, L., Nasmith, L., Orchard, C., & Wood, V. (2010). Competencies for Interprofessional Collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24 (1), 6-11.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

CIHC (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme*. Access: www.cihc.ch.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine (1982)*, *44*(5), 681-692.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 116-131.

Deppermann, A., Schmitt, R., & Mondada, L. (2010). Agenda and emergence: Contingent and planned activities in a meeting. *Journal of Pragmatics*, 42, 1700-1712.

Drew, P., & Heritage, J. (Eds.). (1992). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

de Sardan, J.-P. O. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête [En ligne], 1*, 1-30.

Drinka, T. J., & Clark, P. G. (2000). *Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching*. Greenwood Publishing Group.

Ford, C. E. (2008). *Women Speaking Up: Getting and Using Turns in Workplace Meetings*. New York: Palgrave.

Ford, C. E., & Stickle, T. (2012). Securing recipiency in workplace meetings: Multimodal practices. *Discourse Studies*, 14(1), 11-30.

Gerber M., Kraft E., Bosshard C. 2014. « Décision partagée - Médecin et patient décident ensemble », *Bulletin des médecins suisses* 95, n° 50 : 1883-1889

Gill, T. V., & Roberts, F. (2012). Conversation Analysis in Medicine. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 575-592). West Sussex: Balckwell Publishing Ltd.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, *19*(sup1), 188-196.

Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, *29*(2), 131-137.

Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.

Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In K. L. Fitch & R. E. Sanders (Eds.), *Handbook of language and social interaction*. Mahwan, NJ: Lawrence Erlbaum.

Heritage, J., & Clayman, S. E. (2010). *Talk in Action. Interactions, Identities and Institutions*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Izumi, H. (2017). Help-Search Practices in Rehabilitation Team Meetings: A Sacksian Analysis. *Human Studies*, 40, 439-468.

Izumi, H. (2019). Use of the functional independence measure in Japanese rehabilitation team interaction. *Discourse Studies*, 1-30.

Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Jordan, B. & Henderson, A. (1995). Interaction analysis: foundations and practice, *Journal of Learning Sciences, 4*(1), 39-103.

Keel, S., Bielser, F., Schmid, A., & Schoeb, V. (2019a). *Interprofessionelle Sitzungen - Organisation, Struktur, Interaktion in unterschiedlichen Spitalsettings - Vorteile und Herausforderungen?* Paper presented at the Abschlussveranstaltung Rheuma- und Rehabilitationszentrum, Solothurn.

Keel, S., Bielser, F., & Schoeb, V. (2019b). *Interprofessional Meetings in a Hospital Setting: Achieving shared understandin and agreement for the record*. Paper presented at the IIEMCA, Mannheim, Germany.

Keel, S. & Schoeb, V. (2015). "*When do we want the final discharge?*" How the potential tensions between medical expertise and institutional requirements are dealt with in discharge planning, *Cahiers de l'Institut de Linguistique et des Sciences du Langage - CILSL,* 44, 57-79.

Keel, S. & Schoeb, V. (2016) What about patient participation within multiparty health care encounters? Professionals' orientation toward patients and their articulation with the activity structure of interdisciplinary entry meetings in a rehabilitation clinic. *Communication & Medicine,* 13 (1), 115-135.

Keel, S. & Schoeb, V. (2017). Patient participation in action: patients' interactional initiatives during interdisciplinary goal-setting meetings in a rehabilitation clinic. *Text & Talk;* 37(2), 213-241.

Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Tsavalias, K., Kouli, E.,Matziou, V., & Kaitelidou, D. (2011). Conflict management and job satisfaction. Major challenges for nursing and medical staff in Greek public pediatrics hospitals. *Nosileftiki*, 50, 320–331.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191-203.

Lemieux-Charles, L. & McGuire, W. L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A review of the Literature, *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.

Lingard, L., Vanstone, M., Durrant, M., Fleming-Carroll, B., Lowe, M., Rashotte, J., … Tallett, S. (2012). Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *87*(12), 1762-1767.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010, January). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 1, pp. 53-62). Elsevier.

Mascherek, A., Bezzola, P., & Schwappach, D. (2013). Petit à petit, l'oiseau fait son nid. *Bulletin des médecins suisses*, 94(13/14), 508.

Mickan, S., Hoffman, S.J. & Nasmith, L. (2010). Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries, *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 492–502.

Mondada, L. (2012). The conversation analytic approach to data collection. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *Handbook of conversation analysis* (pp. 32-56). London: Blackwell-Wiley.

Mondada, L. (2017). Organiser le débat, favoriser la participation: analyse comparée des pratiques de deux animateurs de réunions politiques. In L. Mondada & S. Keel (Eds.), *Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle*. (pp. 161-203). Paris: L'Harmattan.

Mondada, L. (2018). Multiple temporalities of language and body in interaction. Challenges for transcribing multimodality. *Research in Language and Social Interaction*, 51(1), 85-106.

Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K.S., et al. (2013). Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents. *PLoS ONE* 8(2): e57570

Orchard, C.A. & Brainbridge, L.A. (2010). *A national interprofessional comptencey framework*. Vancouver : Canadian Interprofessional Health Collaborative.

Parry, R. (2008). Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. *Patient Education and Counseling,* 3, 186 – 195.

Parry, R. (2010). Video based conversation analysis. In: I. Bourgeault, et al. (eds). *Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, London: Sage.

Pilnick, A. (2008). It's something for you both to think about': choice and decision making in nuchal translucency screening for Down's syndrome. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 511-530.

Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine*, *72*(8), 1374-1382.

Raclaw, J., & Ford, C. E. (2015). Meetings as interactional achievements: A conversation analytic perspective *The science of meetings at work: The Cambridge handbook of meeting science*. New York: Cambridge.

Reeves, S., Rice, K., Gotlib Conn, L., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journel of Interprofessinal Care, 23*(6), 633-645.

Richard, A., Gagnon, M., Careau, E. (2018) Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness *Journal of Interprofessional Care,* 33(5), 424-436.

Riva, S., Staffoni, L., Schulz, P. & Schoeb, V. (2014). Patient participation in discharge planning decisions in the frame of Primary Nursing approach: A conversation analytic study. *Studies in Communication Sciences,* 14(1): 61-67.

Robinson, J. D. (1998). Getting Down to Business Talk, Gaze, and Body Orientation During Openings of Doctor-Patient Consultations. *Human Communication Research*, *25*(1), 97-123.

Rochat, C. (2019). *Structure interactionnelle d'un colloque interprofessionnel en médecine interne*. MSc Thesis : Unil/HES-SO, Lausanne, Switzerland.

Schoeb, V., Keel, S., Staffoni, L. & Schulz, P. (2014). Patient participation in rehabilitation centres: How professionals integrate patients' expectations about discharge plans. *International Sociological Association Congress*, 13 – 19 July 2014, Yokohama, Japan.

Schoeb, V., Hartmeier, A. & Keel S. (2015) Transfer von Forschungsresultaten zur Austrittsplanung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken: Reflektion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag, *Schweizerische Ärztezeitung,* 96 (5):132-135.

Schoeb, V., Staffoni, L., & Keel, S. (2018). Influence of interactional structure on patient's participation during interprofessional discharge planning meetings in rehabilitation centers. *Journal of Interprofessional Care*, online, 1-10.

Soukup, T., Lamb, B. W., Arora, S., Darzi, A., Sevdalis, N., & Green, J. S. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *11*, 49.

Staffoni, L., Schoeb, V., Pichonnaz, D., Bécherraz, C., Knutti, I., Bianchi, M. (2017). The interactional structure of interprofessional meetings : processes of information exchange, knowledge sharing and decision-making. EIPEN Conference, Lausanne, 6 - 8 September 2017.

Staffoni, L., Knutti-Menia, I., Bécherraz, C., Pichonnaz, D., Bianchi, M., & Schoeb, V. (2019). Définir la collaboration interprofessionnelle: étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinésithérapie, la revue*, 19(205), 3-9.

Stokoe, E. (2013). The (in)authenticity of simulated talk: Comparing role-played and actual conversation and the implications for communication training. *Research on Language and Social Interaction*, 46 (2), 1-21.

Svennevig, J. (2012a). Interaction in workplace meetings. *Discourse Studies*, 14(1), 3-10.

Svennevig, J. (2012b). The agenda as resource for topic introduction in workplace meetings. *Discourse Studies*, 14(1), 53-66. doi:10.1177/1461445611427204

Tarling, M., & Jauffur, H. (2006). Improving team meetings to support discharge planning*. Nursing Times*, 102(26), 32. Access http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/improving-teammeetings-to-support-discharge-planning/203154.article (Accessed on 20 March 2018).

ten Have, P. (1999*) Doing conversation analysis: a practical guide*, London: Sage.

Vincent, C. (2013). Improving the quality and safety of healthcare in Switzerland: Reflections on the federal strategy. Bern: Federal Office of Public Health. Access: http://swiss-q.admin.ch/pdf/Final-Input-Paper-Feb-14.pdf

vom Lehn, D. (2018). Phenomenology-Based Ethnography for Management Studies and Organizational Analysis. *British Journal of Management*, 00, 1-15. doi:DOI: 10.1111/1467-8551.12309

Washington, K. T., Guo, Y., Albright, D. L., Lewis, A., Parker Oliver, D., & Demiris, G. (2017). Team functioning in hospice interprofessional meetings: An exploratory study of providers' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, *31*(4), 455-462.

WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.* Geneva, Switzerland: WHO.

Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review, *International Journal of Nursing Studies,* 45, 140-153.

Annexe X

Abréviation des participants aux colloques:

DRH : Médecin en chef/Chefarzt

DRL : Médecin chef.fe de clinique/Leitender Arzt

DRW : Médecin assistant.e/Stationsarzt

STM : Etudiant.e en médecine

NUH : Infirmier.ère chef.fe de service

NURL : Infirmier.ère de liaison

NUR : Infirmier.ère

HNPST : Responsable neuropsychologie – logopédie

HPTOT : Responsable physiothérapie – ergothérapie

OT : Ergothérapeute

ST : Logopédiste

PT : Physiothérapeute

NP : Neuropsychologue

DI : Diététicien.ne

PLAN : Planificateur.rice des séances (par ex. thérapies, activités de groupe)

PAT : Patient.e

DAU : fille du ou de la patient.e

WIF : femme du patient

Abréviations des colloques :

CID : colloque interdisciplinaire

CID-E : colloque interdisciplinaire d'entrée

CID-O : colloque interdisciplinaire d'objectifs

CID-S : colloque interdisciplinaire de suivi

PT8: Point de 8 heure

M = monodisciplinaire (implique médecin et physio)

I= interdisciplaire (implique plusieurs thérapies : par ex. logo et physio)

L = séjour long (plus de 3 semaines)

K = séjour court (maximum 3 semaines)

Abréviations autres :

CIP: collaboration interprofessionnelle

En allemand:

EB : Eintrittsbesprechung (CID-E)

IB : Interdizsiplinärebesprechung (CID-S)

ZB: Zielbesprechung (CID-O)

Autres abréviations:

CMS : centre médico-social

RAD : retour à domicile.

CTR : Centre de Traitement et de Réadaptation (séjour de réadaptation)

EMS : établissement médico-social (Altersheim)

Lit A : séjour hospitalier aigu

Lit B : séjour hospitalier en soins subaigu

Lit C : patient atteint d'affection chronique et en attente de placement dans un EMS

ANNEXE 2

Conventions de transcription

Conventions de transcription développées par Gail Jefferson (2004)

NUR8	identification du ou de la participant.e
?	participant.e non identifiée
(3.2)	pause chronométrée en secondes et dixièmes de secondes
(.)	micro-pause (inférieure à 0.2)
=	enchaînement immédiat entre un tour et l'autre (*latching*)
[ ]	début/fin du chevauchement
::	allongement syllabique
int-	troncation, amorce de mot
.h	Aspiration du locuteur
.hh	Aspiration forte du locuteur
<.h (0.7)>	Indique la longueur exacte de l'aspiration
h	Expiration du locuteur
/	intonation montante
\	intonation descendante
merci	accentuation
MERCI	volume accru de la voix
°merci°	voix basse
>merci<	accélération du débit
(j'sais)	segment incertain
(.h- fin\; enfin\)	Segment incertain avec deux variantes possibles
((rit))	actions non transcrites mais décrites

Conventions de transcription multimodale (gestes, regards) développées par Lorenza Mondada (2018)

(voir http://franz.unibas.ch/fileadmin/franz/user_upload/redaktion/Mondada_conv_multimodality.pdf).

nur9	identification, en minuscules, du ou de la participant.e effectuant le mouvement
$ $	délimitation du mouvement corporel d'un participant (aussi avec §, £, ¢, etc.)
$-->	début du mouvement, continuant sur d'autres lignes
-->$	fin du mouvement une/quelques ligne(s) plus bas
>>--	commencement du mouvement avant le début du fragment
-->>	continuation du mouvement au-delà de la fin du fragment
img.	image, capture d'écran
#	instant précis auquel est rapportée l'image

Conventions de représentations visuelles développées pour ce rapport par les auteurs chp. 2

[transcription] Partie de transcription encadrée en rouge : extrait montré au rapport final

Activité { 1 NUR9 Numérotation feutrée avec accolade et description à gauche : délimitation d'une activité (voir Chapitre 2.1) du colloque transcrit

1ère. … Ligne de transcription entièrement feutrée et description encadrée à gauche : délimitation d'un tour de parole

 Flèche unilatérale (diverses couleurs) dans image : un.e participant.e regarde un.e. autre au moment représenté dans l'image

 Flèche bilatérale (diverses couleurs) dans image : deux participant.e.s se regardent mutuellement au moment représenté dans l'image

 Flèches à ligne interrompue (diverses couleurs) dans image : regard ou regard mutuel ultérieurement au type de regard représenté dans l'image

 Flèche tournée (diverses couleurs) dans image : un.e participant.e tourne la tête en direction de la flèche

 Cercle (diverses couleurs) dans image : geste

[NOM] Nom de participant.e dans image feutré en jaune : participant.e impliqué.e dans partie de colloque transcrite

[transcription] partie de transcription multimodale feutrée en diverses couleurs : acte multimodale représenté dans l'image par flèches et cercles en couleur correspondante

Annexe 2.1 : Organisation, buts, composition de l'équipe et structures des colloques

Site Hospitalier A (réadaptation)

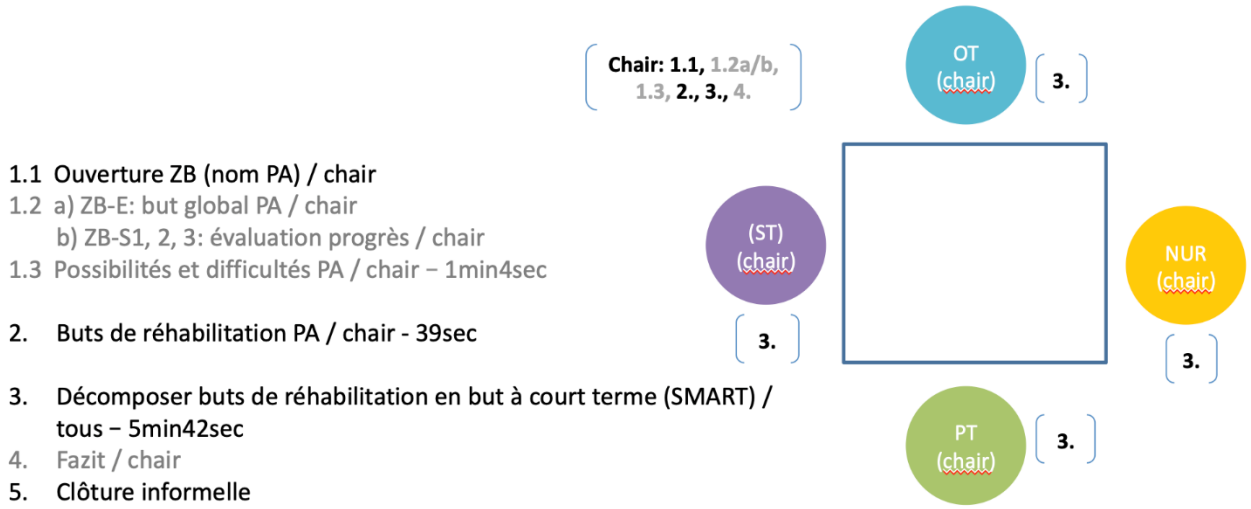
Colloques des objectifs à court terme (CID-O)

Buts du CID-O: décomposer les objectifs de réhabilitation pour la durée du séjour (voir CID-E ci-dessus), en objectifs à court terme (une semaine), qui sont mesurables et réalisables (« SMART GOALS »).

Participants au CID-O (N=2 à 4) : les référent.e.s des domaines thérapeutiques (PT, OT, ST) et des soins (NUR) se réunissent.La composition de l'équipe est individuellement coordonnée par patient.e. Les médecins et le ou la patient.e sont absents.

Structuration en 4-5 activités (CID-O) : Le CID-O s'ouvre avec le chair (thérapeute ou infirmier référent du patient) qui annonce le nom du patient discuté (figure 4 : 1.1). Si c'est la première fois que le patient est discuté au CID-O, le chair formule l'objectif thérapeutique global du patient. S'il s'agit d'un CID-O de suivi, il transmet l'évaluation des objectifs du patient et les valide avec l'avis des professionnels présents (figure 4 : 1.2). Le chair transmet ensuite les capacités et les difficultés du patient dans les domaines des soins, de la mobilité et dans la sécurité (figure 4 : 1.3). Il présente ensuite les objectifs généraux pour le séjour prévu, qui ont été discuté avec le patient auparavant et ont été décidés lors du CID-E (figure 4 : 2). Ensuite, les professionnels décomposent les objectifs en SMART goals (figure 4 : 3) : un des profes-sionnels propose un objectif qui est ratifié tel quel ou qui est discuté par les autres professionnels, en apportant leurs connaissances par rapport à cet objectif (faisabilité, pertinence, sécurité, etc.). Ces expertises vont amener les professionnels à rectifier la formulation de l'objectif en tenant compte de la pertinence des informations données. L'objectif est finalement validé par tous les professionnels qui le rédigent chacun sur leur dossier papier. L'activité 3 se termine généralement lorsque quatre buts ont été fixés. Alors le chair demande aux professionnels s'ils ont d'autres choses à ajouter et rappelle la date de la prochaine séance (figure 4 : 4 non-systématique). Les professionnels prennent ensuite congé en se remerciant (figure 4 : 5).

Figure 4 : CID-O – Participants et ordre des interventions (structuration)



Durée moyenne par patient.e : CID-O : 11 min. (alors que les activités 1 et 2 ont une durée moyenne très courte et elles sont menées par le chair, les acivités 3 durent en moyenne 5min 42 sec. (moitiée du temps total) et impliquent tou.te.s les professinonel.le.s voir figure 4).

Colloques interdisciplinaires d'entré (CID-E) et de suivi (CID-S)

Structuration en 10 activités (CID-E) et en 9 activités (CID-S) et participant.es (professions N=6-8 ; voir figure 1) : Le ou la chair.e désigné du colloque : le médecin chef (DRH) ou médecin chef de clinique (DRL) ouvre le colloque en accueillant le ou la patient.e (PA) (activité 1). Suivent ensuite les rapports et les objectifs thérapeutiques du ou de la médecin assistant.e référent.e (DRW, activité 2), de l'infirmier.ère référent.e (NUR, activité 3) et des thérapeutes référent.e.s (physiothérapie PT, logopédie ST, ergothérapie OT, activité 4-6). Ces dernier.ières informent aussi des suites à donner à la thérapie et à la planification de la sortie (activités 2-6). A la suite des différents rapports, le chair (DRH/DRL) discute avec le ou la patient.e de ces rapports et vérifie sa compréhension et cherche à obtenir son point de vue et son accord (activité 7). Lors du CID-E uniquement, l'infirmier.ère chef.fe (NUH), résume alors les objectifs thérapeutiques (activité 8) proposés par DRW, NUR, PT, ST et OT (activités 2-6) et les aspects concernant la planification de la sortie qui ont été mentionnés lors des rapports (activités 2-6). Avant de clore la séance (activité 10-CID-E ; activité 9-CID-S), le ou la chair.e se réoriente vers le ou la patient.e pour s'assurer de sa compréhension et de son accord (activité 9-CID-E ; activité 8-CID-S). Le ou la chair.e résume la suite de la prise en charge et invite le ou la patient.e à s'exprimer une dernière fois sur toute autre question.

Site Hospitalier B (médecine interne)

Colloque

Structuration de la transmission patient.e en 4 activités et participant.es au colloque (N=8-10 ; voir figure 2) : les transmissions-patients ont une structure qui est à la fois prédéfinie d'avance et adaptable au cas par cas : La transmission peut se décliner en 2, 3 ou 4 activités (Figure 2). Le colloque s'ouvre avec le ou la chair.e désigné.e du colloque: l'infirmier.ère chef.fe d'unité (NUH) qui ouvre la transmission (1). Le ou la médecin assistant.e (DRW) rappelle ensuite le diagnostic du ou de la patient.e et amène les aspects importants pour la définition et la planification du suivi médical (2) (figure 2 : Structuration Straightforward, S). Aux 2 premières activités s'ajoute l'activité (3) : S'il y a des précisions ou des questions ouvertes sur le suivi médical les participant.es suivant.es peuvent intervenir : le médecin chef.fe (DRH), le médecin cadre (DRL), le médecin assistant.e (DRW), l'infimier.ère chef.fe (NUH) (figure 2 : Structuration S+). Aux 3 premières activités s'ajoute l'activité (4) : les professions médicales (DRH, DRL, DRW) et infirmières (NURL, NUH) précisent et/ou discutent ensuite les questions ouvertes concernant la planification de la sortie (figure 2 : Structuration complexe, C). L'infirmier.ère de liaison (NURL) apporte alors les informations et les évaluations sociales du ou de la patient.e pouvant être utiles en vue d'une sortie et/ou nécessaires à la définition de l'orientation . La transmission-patient a une structure particulière lorsqu'un patient est entré dans la nuit (1b).

Site Hospitalier C (réadaptation)

Colloque interdisciplinaire de sortie (CID-Res) :

But du CID-Res : discuter d'une situation complexe ou organiser la sortie d'un.e patient.e ou déterminer le suivi d'un patient.e en situation complexe en intégrant la personne traitée et ses proches.

Participants au CID-Res (N=6-7 + 2-3): le médecin cadre (DRH), médecin assistant *traitant* (DRW), infirmier *traitant* (NUR), infirmière de liaison ou assistant social (NURL/SA), ergothérapeute *traitant* (OT), physiothérapeute *traitant* (PT), neuropsychologue *traitant* (NP). Les professionnels participant à la première partie sont rejoints par le/la patient(e) et éventuellement ses proches dans la 2ème partie du colloque.

Structuration du CID-Res en 6 activités (1ère partie) et 5 activités (2ème partie) : la structure du CID-Res se décline en deux parties. 1ère partie : uniquement entre professionnels, deuxième partie avec la personne traitée et ses proches. Le colloque est ouvert par le chair (NURL/SA, activité 1). Suivi par le tour de table des observations des professionnels en lien avec les objectifs, leurs conclusions et/ou

réserves (activités 2.1 à 2.10). L'ordre des prises de parole de professionnels est très similaire à celui du CID-E à la différence de certaines rubriques qui ne sont pas abordées au CID-Res.

La deuxième partie CID-Res comprend la restitution des observations des différentes professions dans le domaine médical (DRW), cognitif (NP), mobilité (OT/PT), de la vie domestique (OT) et des soins (NUR). A la fin de ces restitutions, le médecin chef résume et conclut le tour de table (3) puis il ouvre la discussion avec le patient et ses proches (4). Le chair clôt ensuite le colloque en collaboration avec le PA et ses proches aidants.

Durée moyenne du CID-Res par patient/e : 43 minutes (1ère partie : 20 min ; 2ème partie : 23 min)

Colloques interdisciplinaires d'entré (CID-E), 1ère partie, et de suivi (CID-S)

Structuration en 8 activités et participant.e.s au colloque (CID-E : professions N=4-7 – CID-S : professions N=6-8) (figure 3): Le ou la chair.e désigné.e (NURL/SA) ouvre le colloque (activité 1) suivi.e par les différentes professions (médecin assistant.e (DRW), infirmier.ère (NUR), physiothérapeute (PT), logopédiste (ST) et/ou neuropsychologue (NP), ergothérapeute (OT) qui rapportent leurs observations dans les 11 domaines (activités 2.1 à 2.11). Le ou la diététicien.ne (DI) évalue sur lecture du dossier du ou de la patient.e si un suivi de sa part semble prioritaire, auquel cas il ou elle se joint au CID-E (2.5). Les interventions 2.1 à 2.11 s'organisent en suivant l'ordre des 11 rubriques ou domaines d'activité du dossier informatisé (DI). Le médecin chef (DRH) avec le ou la chair.e définissent alors les objectifs prioritaires (activité 3), le type de retour à domicile (activité 4) et le plan de traitement (activité 5). Lors de la première partie du CID-E, le ou la DRH définit ensuite avec les participant.e.s les domaines d'interventions prioritaires (activité 6). En revanche, lors du CID-S, si une question d'équipe a été posée au début du colloque elle est alors discutée (activité 7). La personne chargée de la planification des séances (PLAN) peut assister au colloque, alors les participant.es discutent de la participation des patient.e dans des activités de groupe (activité 8).
La 1ère partie du CID-E réunit l'équipe médicale, l'équipe soignante et thérapeutique. Pour la **2ème partie**, les professionnel.le.s sont rejoint.e.s par le ou la patient.e et éventuellement ses proches.

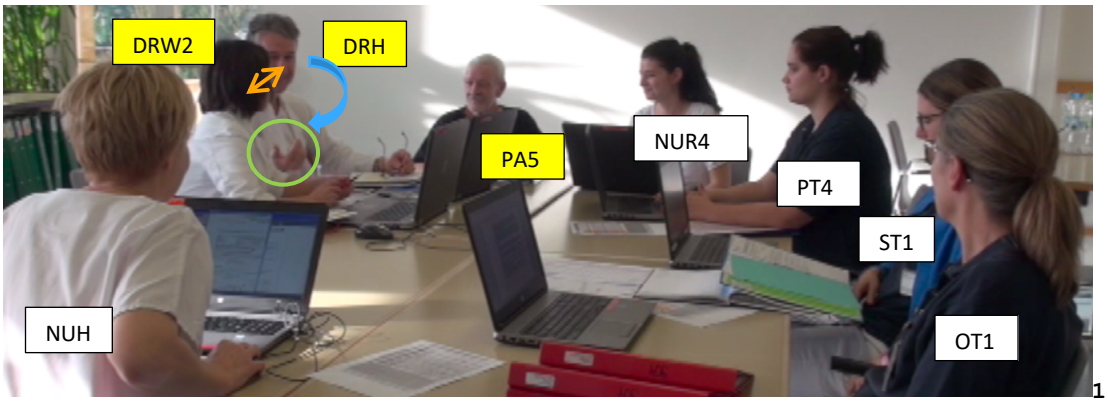
Colloques interdisciplinaires d'entré (CID-E), 2ème partie

Structuration en 6 activités et participant.es au colloque (professions N=4-7, patient.e et proche.s aidant.e.s N=2-3): La seconde partie est ouverte par le ou la DRH (activité 9). Il ou elle restitue les rapports des professionnel.le.s au ou à la patient.e et aux proches (activité 10). Il ou elle propose les traitements thérapeutiques pour la suite du séjour (activité 11). Le ou la DRH ouvre alors un moment d'échange avec le ou la patient.e et ses proches (activité 12). Il ou elle relance l'échange une seconde fois (activité 13) puis clôt le colloque (activité 14).

Annexe 2.2 : La gestion des colloques interprofessionnels et l'allocation des tours de parole

Extrait 1 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier A)

EB5				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
A	CID-E	1 (DRH avec PA5) → 2 (DRW2)	1	DRH

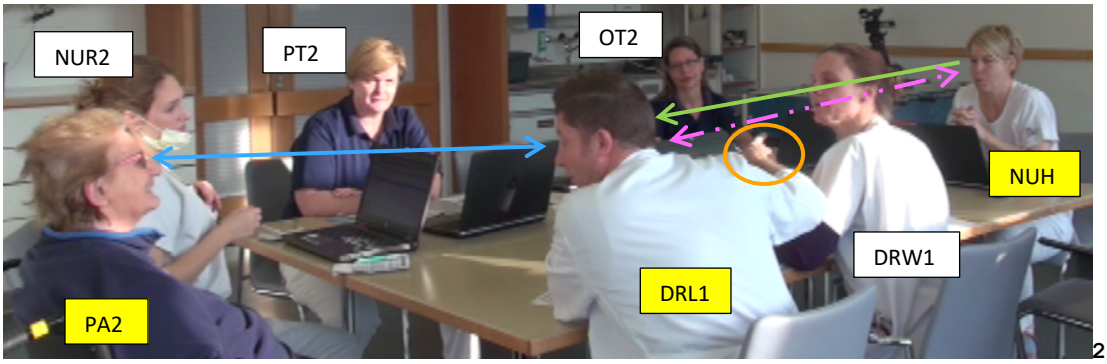


1

```
1  DRH   we got's nech scho nach dene erschte täg/
   drh   <<-schaut zu PA5->
   drh   <<-Hände auf Tisch->
   pa5   <<-schaut zu DRH->
   drw2  <<-schaut zu PA5->
2  PA5   tiptop
3        (0.4)
4  DRH   tiptop\ (0.3)* [okay: (.)] *dasch- (0.2) ganz's guets&
5  PA5                  [(ganz zwäg)]
   drh              ->*schaut auf Dok*-schaut zu PA5->
6  DRH   &(.) <*statement$ ((lachend))> +*guet"#$ auso=
   img.                                          #image 1
   drh       ->*dreht sich zu DRW2-------*schaut zu DRW2->
   drw2                ->$schaut zu DRH--------$schaut zu PA5->>
   pa5                              ->+schaut zu DRW2->>
   drh                                        "lH: Handbewegung zu DRW2-->
7  DRW2  =ja *"herr ((Name)) bei ihnen wurde anfang öh januar eine ((...))
   drh     ->*schaut auf Dok->>
   drh     -->"rH: zieht zurück->>
```

Extrait 2 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier A)

EB2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
A	CID-E	7 (DRL1 avec PA2) → 8 (NUH)	1	DRL1

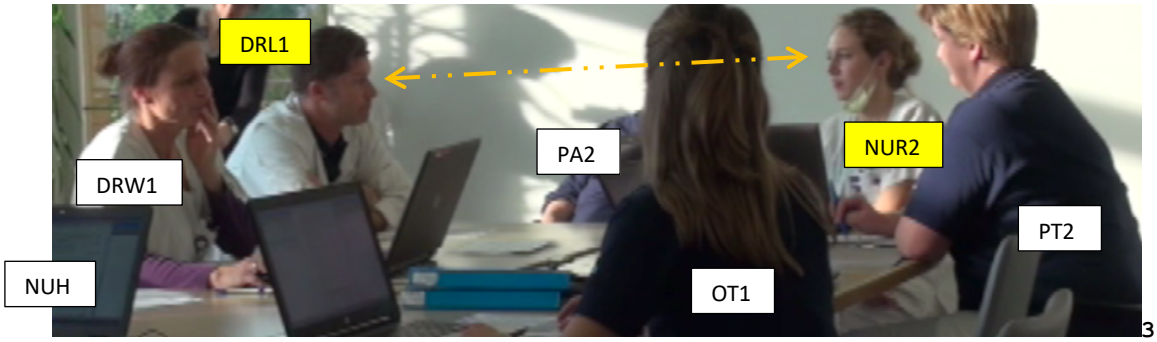


2

```
1   DRL1   und #d'frou Sto*cker ((Name NUH))" +duet no *churz schnäu zämefas%se
           img.      # image 2
           drl1   <<schaut zu PA2*schaut auf Dok--------------*schaut zu NUH-------->
           drl1   <<-rH: zeigt auf NUH-------------"rH: auf DOK-->>
           nuh    <<schaut zu DRL1-----------------------------------------------%->
           pa2    <<schaut zu DRL1------+schaut zu NUH->>
2          odr ni:d no gwüssi [sache odr eh]
3   NUH                       [mo:u]* aso (0.5) mir hei so schwer%pünkcht gsetzt wo
           drl1                  ->*-schaut auf DOK-->>
           nuh    >schaut auf DOK---------------------------------------->%schaut zu PA2->>
4          mr dranne möchte schaffe/ ((...))
```

Extrait 3 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier A)

EB2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
A	CID-E	2 (DRW1) →3(NUR2)	1	DRL1

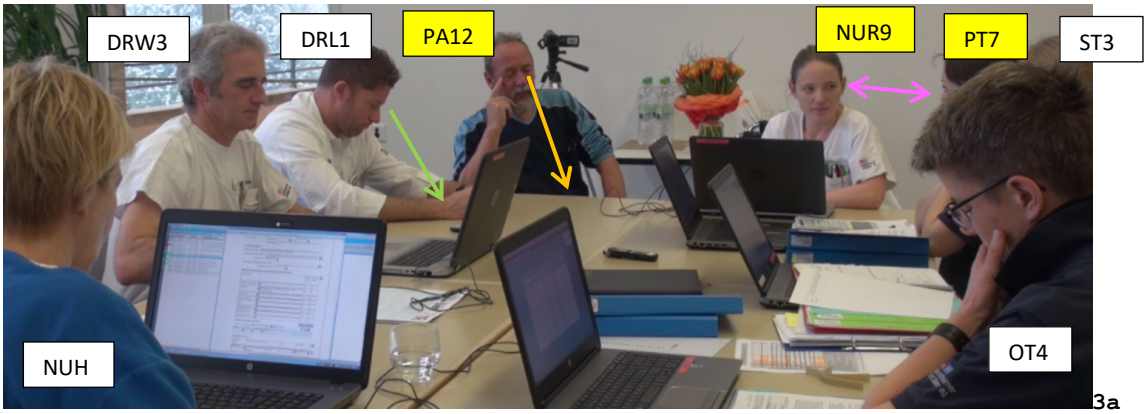


3

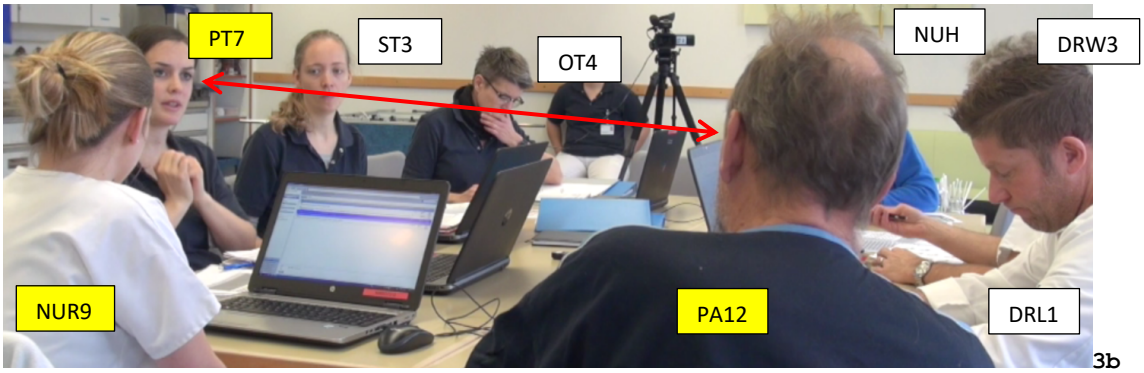
```
1  DRW1  <das sin jetz scho zwei wochen (ne) ((Gesicht in den Händen))>
   nur2  <<schaut auf Dok, arbeitet daran->
2  DRL1  <<e:s duret no zwe (0.3) auso (0.4) mir∞ lose#∞=
   img.                                          #image 3
   drl1  <<schaut zu NUR2-------------------------------------------->>
   nur2                                  ->∞schaut zu DRL1∞ auf Dok->
3  DRW1  =schmalssp+ur=
   pa2              +schaut zu NUR2->>
4  NUR2  =[auso] vor pfle:g∞ här hei mr d schwärpünkcht bi euh vor auem&
   nur2                  ∞schaut zu PA2->>
5  ?     =[m:]
6  NUR2  &ir säubschtändigkcheit im autag/ ((...))
```

Extrait 4 : Pré-allocation (Site Hospitalier A)

EB12				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
A	CID-E	3 (NUR9) →4 (PT7)	2	DRL1



3a

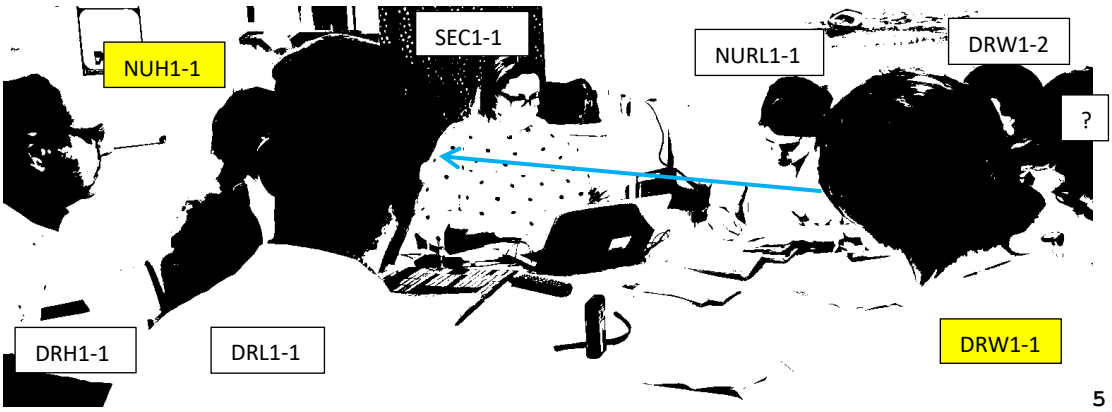


3b

```
1   DRW3   wiu d`sturzgfar glich au no $rächt höch $isch °im $momänt°\$
    nur9   >>schaut zu PA12-->
    pa12   >>schaut runter (ins Leere)-leichtes kopfnicken-->1.3
    drl1   >>schaut runter auf DOK-leichtes kopfnicken-->>
    pt7    >>---schaut auf computer----$--zu NUR9--$zu PA12--$zu NUR9-$zu PA12->
2          (0.3)$(0.8)^#$(0.8)
    nur9               ^--dreht den kopf und schaut zu PT7-->
    pt7          $zu NUR9-$zu PA12-->
    img.                #image 3a
3   PT7    ge#nau\ ech wü+#rd (.) grad das e:h unter$stütze$
    pa12               -+schaut zu PT7---------->>
    pt7                ---------------------->$zu NUR9$zu PA12->
    img.                #image 3b
4          wo ^mini $kchollegin gseit het/ ((...))
    nur9      ^schaut auf compi->>
    pt7             $schaut auf DOK-->>
```

Extrait 5 : Pré-allocation (Site Hospitalier B)

MICL8_1_1				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
B	Colloque quotidien	1 (NUH1-1) →2(DRW1-1)	2	NUH1-1



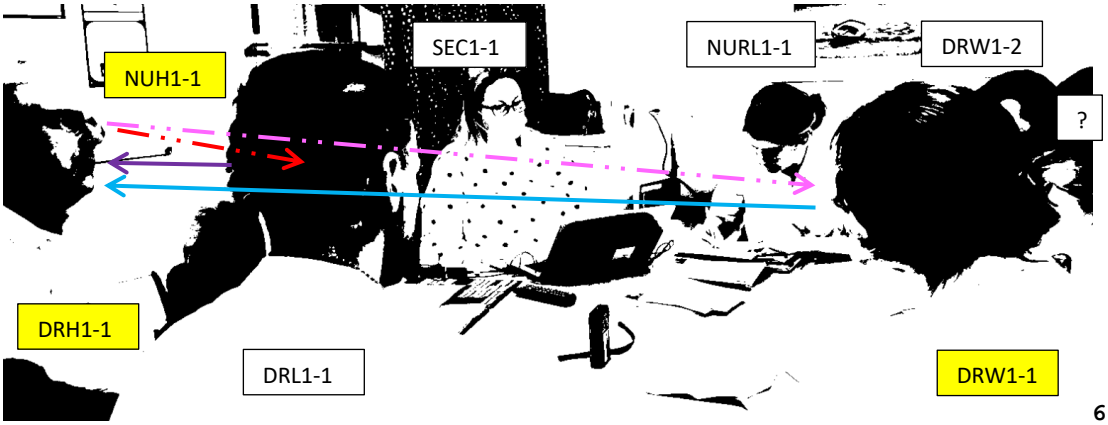
5

```
1  NUH1-1     .h:: (.) eu::h ensuite/ madame ((nom PA14)) eu::h >je n'ai
   drw1-1     >>----------------reg ses notes--------------------------->
2              /rien de par/ticulier $pour la nuit< pour e:ll:e >on avait
   drw1-1     >----reg ses notes----$--------------reg NUH1-1--------->1.5
3              parlé d'un retour à domicile sans cms< (0.5) >on avait parlé<
4              de de:main/ @>mais si j'ai bien compris/ ça va être plus long/<
5              (0.8)#
   drw1-1     >reg NUH1-1->
   img.            #image 5
6  DRW1-1     $>oui +effectivement donc< finalement/ cette c'e:::st
              $-----------------reg ses notes-------------------->
   drh1-1           +--reg DRW1-1-->
7              >jeune patiente qui< a (une ; la) xxx $(cystique) ((...))
```

Remarque : le regard de la NUH-1-1 n'est pas identifiable avec certitude (voir image 5). Il n'a pas été transcrit.

Extrait 6 : Pré-allocation (Site Hospitalier B)

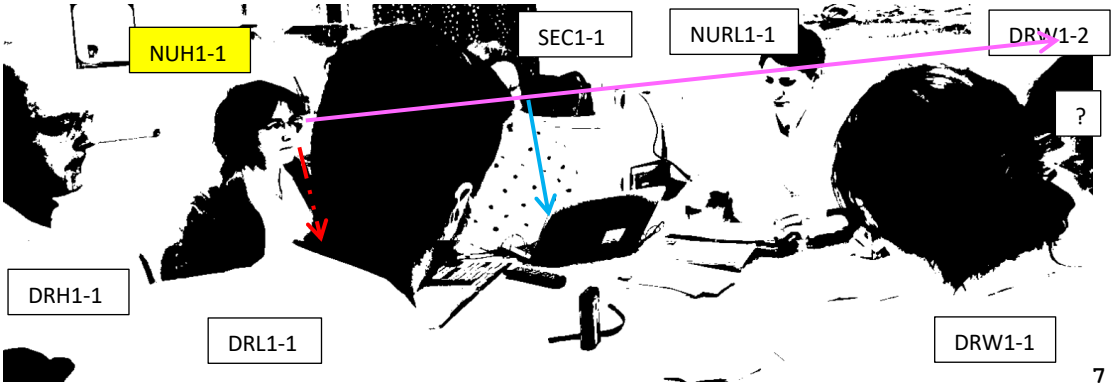
MICL8_1_1				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
B	Colloque quotidien	2 (DRW1-1) →3 (DRH1-1)	2	NUH




```
13  DRW1-1    >je /pense
14            qu'elle va rester (jusqu'on-) o:n a le résultat de sa maladie/
15            pour< voir euh $exactement s'il faut qu'on élargisse$
                  >>reg NUH1-1---------->l.21
16            .h: le [le diagnos]tic plus que ça ou pas
17  NUH1-1          [mhm]
18            @(0.4)@
    nuh1-1    @-hoche tête-@
19  NUH1-1    [d'ac]cord+
20  DRH1-1    [tsk]
    drh1-1    reg DRW1-1+-lève tête et regarde en air-->l.23
21            $(0.4)@#(0.4)
    drw1-1    $-reg DRH1-1->>
    nuh1-1          @-reg DRH->>
    img.             #image 6
22  DRH1-1    /e:st-ce que ça vaudrait\ la /peine de: (.) /e:lle >elle
23            ar/rive à + rentrer à la maison avec cette + pneumo+pathie> ((...))
                  >---------+--------fermes yeux------------+reg DRL+-reg DRW1--->>
```

Extrait 7 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier B)

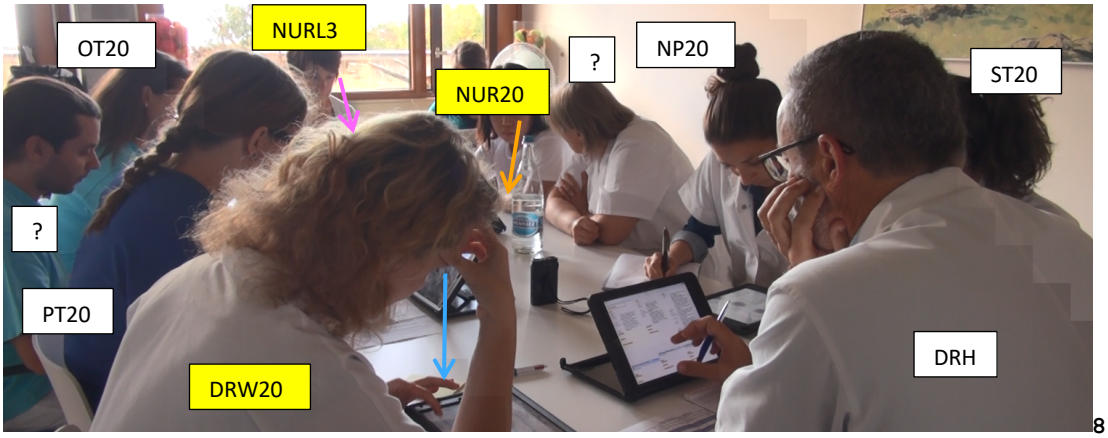
MICL8_1_1				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
B	Colloque quotidien	4 (TOUS) →1(NUH1-1)	1	NUH 1-1




```
136 DRL1-1    (la ma[ladie)          x ¢ xxx]
137 NUH1-1          [(voilà) elle sort ¢ d'ici] [¢demain]
138 SEC1-1?                                     [¢mhm] ou:i
    nuh1-1    >>regarde mur droite (vidéo-projection de l'écran de SEC)->l.140
    sec1-1    >reg clavier d'ordi-------¢reg DRL1-1¢-reg clavier-->>
139           #(2.4)
    img.      # image 7
140 NUH1-1    @.h:: (0.5) eu::h ensuite/ ((continue avec prochain PA))
              @--reg ses notes-->>
```

Extrait 8 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier C)

CID1_03102018				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
C	CID-S	2.1 (DRW20, DRH) → 2.2 (NUR20)	1	NURL3

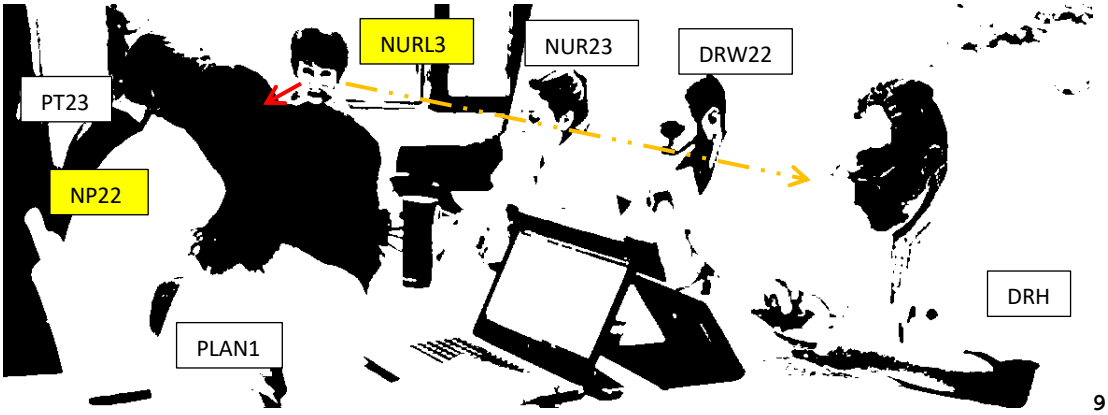


8

```
1   DRW20  donc heu: madame murphy:/ (.) heu >la semaine passée elle avait<
    drw20  >>----------------------regarde sa tablette---------------------->l.5
    nurl3  >>----------------------regarde ses notes----------------------->l.5
    nur20  >>----------------------regarde sa tablette---------------------->l.7
2          une: une (hyper-calcémie)/ qui s'était heum::\ (0.3) corrigée/
3          .h (0.3) heu: là à la dernière prise de sang y'a une amélioration
4          de la créatinine/ (.) .h par contre un::e\ légère augmentation
5          d'la créat/ avec une baisse de l'albumine/∞  (0.6) °et°∞ puis la
    drw20  >-------------- -----------regarde sa tablette----------------------->
    nurl3  >-------------------------------------∞--reg écran-∞regard chancelle>
6          kaliémie est à cinq ∞°(donc)\°
    drw20  >----------regarde sa tablette------->
    nurl3  >entre DRW20 et DRH--∞--regarde écran->
7          #(1.5) $ (.)
    img.   #image 8
    drw20  >-regarde sa tablette->>
    nurl3  >-regarde écran------->
    nur20  >------$--regarde une fois DRW20 et puis regarde de nouveau sa tablette->
8   NURL3  pour les informations générales/
    nurl3  >-----regarde écran---->
    nur20  >--regarde sa tablette->
9   NUR20  .h:: ∞ heu: vigilance fatigabilité:/ madame a l'impression:/ (0.3)
    nurl3  >-----∞----------------------regarde ses notes---------------------->>
    nur20  >----------------------regarde sa tablette----------------------->>
10         de (.) tout le temps >d'être fatiguée< et avoir envie
11         de dormir/ malgré qu'elle dort très bien la nuit\ ((...))
```

Extrait 9 : Allocation médiatisée par le chair (Site Hospitalier C)

CID5_15012018				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activités (responsables)**	**Type d'allocation de parole**	**Chair**
C	CID-S	2.3 (NURL3) → 2.4 (NP22)	1	NURL3



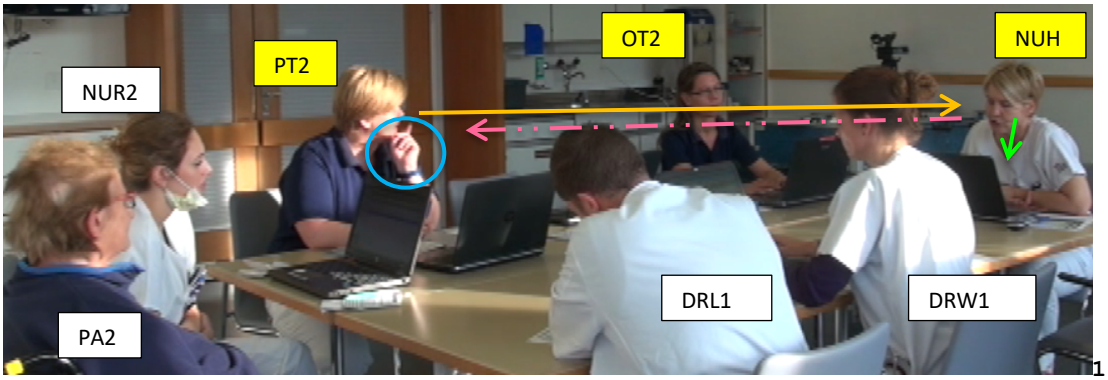
9

1 NURL3 °donc (a priori ; après) ∞il fau:t° (0.8) xx (1.6) °lui laisser du temps/°
2 (1.5) >alors pour< les aspects cognitifs/ ∞#juste peut-être
img. #image 7
>---regarde ses notes----------∞-regarde NP22--->
np22 >>-------------regarde ses notes----------->>
6 la syn∞thèse/ si vous ∞voulez\ (.) comme i:l rentre: ∞samedi/
>-----∞--regarde DRH--∞----------reg NP22----------∞regarde DRH->
7 NP22 ou:∞ais/ (.) alors peu d'évolution ((...))
nurl3 >--∞regarde vite NP22 et puis ses notes->>

Annexe 2.3 : La participation interprofessionnelle des professions et du ou de la patient.e

Extrait 1 : INP initiée par PT2, à qui se joint OT2 (Site Hospitalier A)

EB2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**Intervention intiée par**
A	CID-E	8 (NUH)	2a	PT2, à qui se joint OT2



1

```
1   DRL1   und d frou ((nom NUH)) duet no churz schnäu zämefasse odr ni:d
    nuh    >>-regarde ordi->
2   DRL1   no gwüssi [sache odr eh§]
3   NUH               [mo:u        §] aso (0.5)
    drl1   >>-reg NUH->          ->§-reg ses notes->l.16
4          mir hei so %schwerpünkcht gsetzt wo
                    ->%-regarde PA2->
5          mr dranne möchte %schaffe/ .h:: und das wäri dass dr choit
                         ->%-regarde ordi->
6          e::h eh dinne e:hm (0.7) %säuber ∞loufe hm/ (0.4)∞ e:hm und
                               ->%-regarde PA2->
                                          ∞-tête en avant-∞
7          eh im ussebereich miteme %hiufsmittu dass dr $∞choit ebe die
    nuh                        ->%-reg PA->
    nuh                                                ∞-secoue tête->
    pt2                                >>-regarde ordi--$-reg NUH->l.13
8          drei ∞schtäge∞ e:h %überwinde=
    nuh       ->∞-tête en avant-∞
    nuh                      ->%-regarde ordi->
9   PT2    =£asof €i[¬nne    #%ou] mit hiufs£%mittu\∞
10  NUH              [¬schtue#%fe]
    pt2     £-lève index------------------£
    ot2     >>reg NUH¬-regarde PT->
    nuh                      %-regarde pt2-%-regarde ordi->>
    nuh                                          ∞-mains s. clavier, note
    img.                     # image 1
11  OT2    ¬in[ne au wie duss¬ mitem schtock\]
12  PT2       [si isch ou  vor¬här inne mitem hi][¢ufsmittu¢] $gloffe
13  NUH                                          [¢okche   ¢]
    ot2    >¬hoche tête et regarde NUH¬
    nuh                                          ¢hoche tête¢
    pt2                                                  ->$-reg ordi->>
```

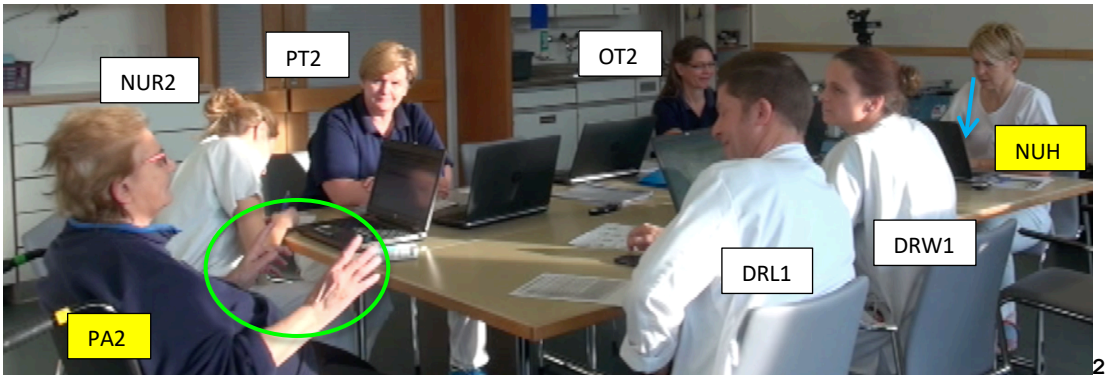
INP type 2a

INP type 2a

```
14 NUH    guet [(denn ischs alles) xxxx]
15 PT2         [es isch (.) beides     ] am [hiufsmittu]
16 DRL1                                     [oke:] ((voir suite Extrait 2))
   drl1                                   ->regarde ses notes->>
```

Extrait 2 : INP invitée par NUH et réalisé par la patiente (hybride) (Site Hospitalier A)

EB2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**Intervention intiée par**
A	CID-E	8 (NUH)	2b (hybride avec 1)	PA2 et (NUH)



2

INP type 2b hybride avec 1

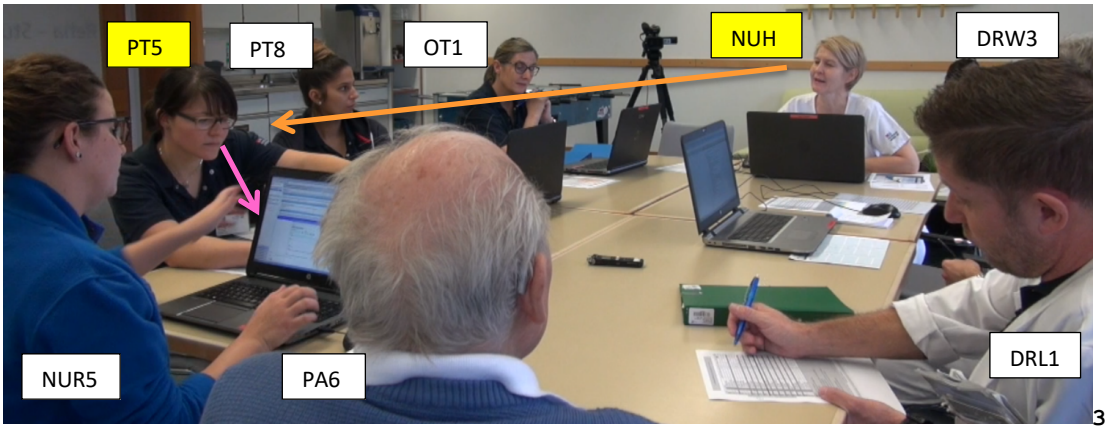
```
17 NUH    ∞.h::: nochäre  e::∞hm luege mer eh bim ustritt .h:: da:ss %dr wenn
   nuh                                                  ->>regarde ordi->%reg PA>
   nuh    ∞commence croiser bras∞bras croisés->
   pa2    >>regarde NUH->
18        dr ungerschtützig bruched dass mr die organisiert hei::
19        (0.4)
20 PA2    ne¢ nei:¢ [(die will s)] ¢ungerstützig [meh nüt ung∞er-]&
   pa2      ¢tête en arrière¢      ¢secoue tête->l.12
   nuh                                                        ∞md: vs souris->
21 NUH              [wötte dr-]
22 PT2                                              [°xxxxxx xxxxx°]
23 PA2    &[(oder o-)]
24 NUH     [spitex% nüt/]
   nuh             %regarde ordi->
25        (0.3)∞(0.1)
   nuh         ∞md: sur souris, positionne curseur->
26 PA2    e ha mi: mi:s %grossching wo¢  me:∞r¢ [chunnt] go¢&
27 NUH                                          [oke]
   pa2                                 ->¢       ¢md/mg: joignent¢
   nuh                                          ->∞md: vs clavier->
28 PA2    &¢pfl∞e: ¢ge¢∞     [und go   #]        m¢ache un¢d a∞lls
29 NUH                       [sehr guet#]
   pa2    ->¢md/mg: out¢joignent¢up/out---------¢-down--¢
   nuh       ->∞mg: tape 2x∞mg: vs souris----∞mg: sur souris,posit curseur->
   img.                              #image 2
30 NUH    sehr guet
31        (0.2)
```

INP type 2b hybride avec 1

```
32  PA2   und die isch- %chont vom fa%ch∞/.h:::: ∞ö:h∞ die isch: fachfrou∞
    nuh                ->%regarde PA2-%regarde ordi->
    nuh                              ->∞md: vs calvier∞md: tape
    nuh                                          ∞md: vs g∞md: tape∞
33  NUH   ¢super
    nuh   ∞md: vs milieu clavier, suspend au-dessus->>
    pa2   ¢hoche tête->>
34        (0.4)
35  NUH   h::: de scha%ffe   mr ar chraft und ar e::h usdur ((...))
    nuh                %regarde PA2->>
```

Extrait 3 : INP initiée par la locutrice en cours (Site Hospitalier A)

EB6				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**Intervention intiée par**
A	CID-E	1 (NUH)	1	NUH



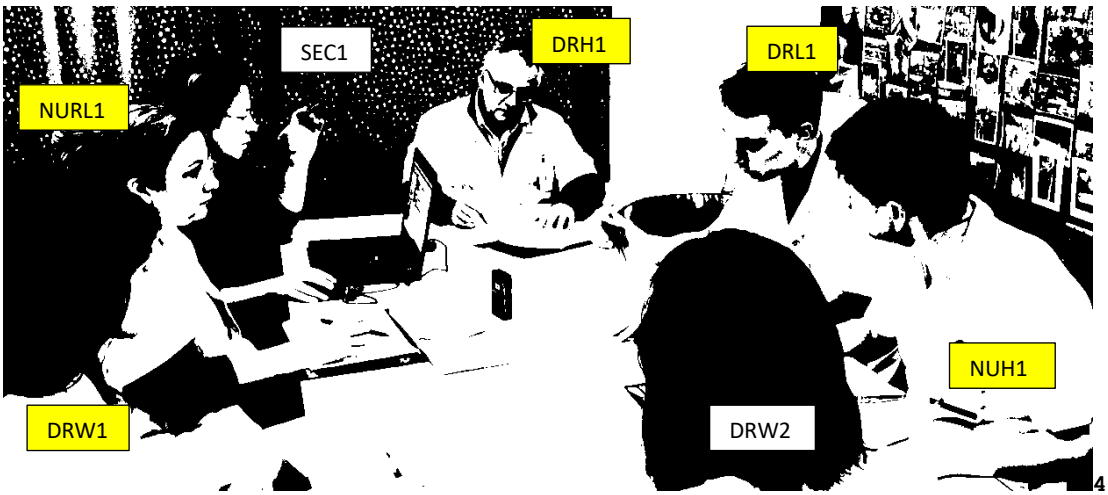
3

INP type 1

```
1         (0.8)
    nuh   >>regarde ordi->
2   NUH   %muess schnäll %no froge e:h# wäg ehm eh $träppeschtufe/ möchtisch
    nuh   >%regarde PA---%regarde PT5->
    pt5   >>regarde ses notes---------------------->$regarde NUH->
    img.                              # image 3
3         du dass as är das säubscht%ändig cha £odr mit£ handlouf %und stock\
    nuh                          ->%regarde ordi----------------%lks at PT5>
    pt5                                    £hoche tête£
4         (0.3)
5   PT5   mit handlouf und stockch %abr säu%br
    nuh                        ->%reg ordi%reg PT5->
6         (0.2)%(0.4)
    nuh      ->%regarde en bas, ordi ->
7   PT5   [((laug$hs))]
8   NUH   [((smiles))] %.h auso s ziu wo mr mit üch möchten% ereiche wäri/
    pt5        ->$regarde notes->>
    nuh              ->%regarde PA6---------------------->%reg ordi->
9         .h:: dass dr choit %sicher laufe mit ¢∞eim stockch (0.4)%¢ .h::: ((...))
    nuh                        ->%regarde PA-------------------%ordi>>
    nuh                                    ∞md : signe « canne »->>
    pa6                                   ¢hoche tête---------¢
```

Extrait 4 : Structure d'activité C(omplèxe) (Site Hospitalier B)

MICL8_2_1				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsables)**	**Type de Structure**	**Participant.e.s impliquées**
B	Colloque quotidien	1-2 (NUH1 et DRW1) 3-4 tous	Structure C	NUH1, DRW1; DRL1; DRH; NURL1



Activité 1 / Activité 2 / Activité 3

```
1  NUH1  le lit deux c'est madame ((no::m)) madame §((no::m)) sur
   nuh1  >>regarde notes->
   drw1  >>regarde notes----------------------------§regarde NUH1->
2        la nui::t, euh, elle a dormi avec un p'tit 0.5 d'O2::x
3        >et puis on attend sa vi%site pneumo là aujourd'§hui<
   nuh1                        ->%regarde DRW1 et hoche tête
   drw1                                              ->§regarde notes->
4        £(0.8)£
   drw1  £hoche tête£
5  DRW1  (°%ouais) exactement .hh (elle) est une patiente qui:°
   nuh1  ->%regarde ses notes->
6        est connue pour une xxx embolique euh euhm anti-coagulée
7        actuellement .h >qui est hospitalisée à la base< pour
8        xx xx sur infection bactérienne< .h eu::h qu'elle désature
9        surtout (pendant) §la soirée\ la nuit eu:h depui:s fin de
                     ->§regard chancelle entre NUH1 & notes->
10       la s'maine passée, .hh un scanner thoraci::que avant hier n'a pas
11       montré de complications, .hh euh, on attend l'avis pneumo:
12       et probab(lement une) oxymétrie nocturne (0.6) aujourd'§hui
   drw1                                                  ->§reg DRL1->
   drl1                                                  >>reg notes->
13       (0.9)
14 DRL1  il faut ¢voir quand est-ce qu'on L'A, >°sinon il faut aussi
           ->¢regard chancelle entre devant soi et DRW1->
15       réfléchir si on peut laisser rentrer madame comme ça,<
16       °°et £qu'elle fasse ça:°°£ une fois en ambulatoire. (0.8)
   drw1       £hoche tête---------£
17       on regarde aujourd'hui avec les ¢@pneumolo:gues mais
   drl1                                ->¢regarde ses notes->
   drh1                  >>regarde notes->@regarde DRL1->
```

Activité 3

Activité 4

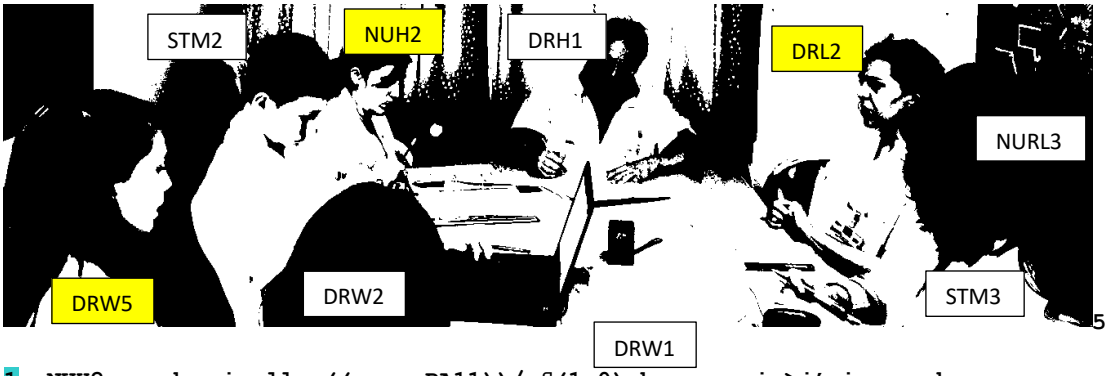
```
18        >%elle a pas b'soin d'rester %forcement @(en[core) ho]spitalisée.<%
19  NUH1?                                                  [(m)hh.]
    nuh1  >%lève tête-----------------%hoche tête-------------------------%
    drh1                                        ->@regarde ses notes-
20        §(0.3)
    drw1  §regarde ses notes et prend son stylo->
21  DRL1  [%(ouais)]
22  DRW1  [%˚˚ouais˚˚]
23  DRH1  [%antibiotiques] %§fini:s?#
    nuh1  >%regarde DRL1---%regarde DRH1->
    drw1                  ->§regarde DRH1
    img.                             #image 4
24        (0.4)
25  DRW1  oui §déj[@à  %lundi:]
26  DRH1          [@diu%:rétique]s >per os?<@
    drw1    ->§regarde notes--------------@regarde DRH1>
    drh1         ->@regarde DRW1->
    nuh              ->%regarde notes et écrit->
27        (1.1)
28  DRW1  >diurétique elle a @d'toute façon per<@ os:=
    drh1                   ->@hoche tête--------@
29  DRH1  =@>ouais<, §(0.4) (après/parfait)
    drh1  >@regarde ses notes->
    drw1           ->§regarde ses notes->
30        (0.6)%¬(0.7)
    nuh1     ->%regarde NURL1->
    nurl1 >>a suivi la conversation jusqu'ici avec regards-¬regarde notes->
31  NURL1 <.hh (0.5)> eu::h alors moi j'ai readom pour le cinq %¢eu:::h
    nuh1                                                  ->%reg notes->
    drl1                                                   ->¢reg NURL1->
32        i faut que j'négocie ¬avec le CMS pour prendre eu::h[ceuhm:]
33  ???                                                   [((tousse))]
    nurl1                    ->¬regarde DRL1->
34  NURL1 si elle rentre demain/ <.hh (0.8)> eu::h donc euh j'négocie pour
35        qui ai: le:- que le cms euh classique prenne <eu:h (0.8)>=
36  DRL1  =mh=
37  NURL1 le re[%lais pen]dant l'weekend.
38  NUH1        [%mhm]
           ->%regarde NUH1->
39        (0.2)
40  NUH1  d'accord.%
              ->%regarde ses notes et écrit->
41        (0.7)
42  DRL1  >c'qui est important c'est que le cms< soit là: le:, même si
43        rea%dom ça démarre ˚après >ça c'est pas un problème.˚<=¢
    nuh1   ->%regarde NURL1->
    drl1                                                    ->¢reg notes>>
44  NURL1 =mhm oui, oui ¬pour quarante-huit %heures (˚mhm˚) (0.7)
    nurl1              ->¬regarde notes->
    nuh1                                ->%regarde notes->
45        ˚c'est réalisable.˚
46        (0.5)
47  NUH1  °°d'accord %et puis°° >ç'tait pour elle¬ aussi qu'y'avait des
    nuh1           ->%regarde NURL1->
    nurl1                                        ->¬regarde NUH1->
48        repas<. hein c'est ça si jamais elle rentre eu::h/=
49  NURL1 =¬oui
    nurl1 >¬sourit et hoche tête->
50        (0.2)
```

Activité 1 PA3 début — Activité 4

```
51 NUH1   °°%ouais okay°° >°faudra pas qu'on oublie.°< xx=
   nuh1   ->%regarde se notes et écrit->>
52 NURL1  =°mhm°=
53 DRL1   =on te >redit rapidement.<
54        (0.3)
   NUH1   [¬okay]
55 NURL1  [¬ouais] merci.
   nurl1  >¬regarde se notes->>
56        (1.3)
57 NUH1   ça marche, ensuite au 15 au lit 1 ((...))
```

Extrait 5 : INP initiée par DRL (Site Hospitalier B)

MICL8_2_5				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (Responsable)**	**Type d'INP**	**INP intiée par**
B	Colloque quotidien	2 (DRW5)	2a	DRL



Activité 1 — Activité 2 1er début — INP type 2a

```
1  NUH2   mademoiselle ((no:m PA11))/ §(1.0) heu:: moi >j'ai pas de
   nuh2   >>regarde notes->
   drw5                >>regarde notes-§regarde nuh2->
2         soucis particuliers< pour el:le/ elle était afébri:le
3         (.) heu () >elle a< vu l'alcoologie hier
4         (.) .h (0.3) et puis hier/ §\heu:::: (0.8)
   drw5                                ->§regarde notes->
5         ils ont (.) objectivé des %selles et un colotest négatif
   drl2   >>laisse balayer regard->
   nuh2                                %regarde DRW5->
6         (0.8)%(.)¢(0.4)
   nuh2      ->%regarde ses notes->
   drl2           ->¢regarde nuh5 et fronce sourcils->
7  DRW5   °tsk o:ké° (0.4) ¢.h:  ma[¢dame ((n#om PA11 tronqué))]
8  DRL2                           [¢ils ont #ob]§jectivé% des selles
   drl2                  ->¢reg DRW5¢regarde NUH2->
   drw5                                        ->§regarde DRL2->
   nuh2                                                ->%regarde DRL2->
   img.                                      # image 5
9         (.) normales/ ((regarde NUH1))=
10 NUH2   =¬normales\ [£oui¬]
11 DRL2                [£°d'¬ac]cord°
   nuh2    ¬hoche tête------¬
   drl2                 £hoche tête->
```

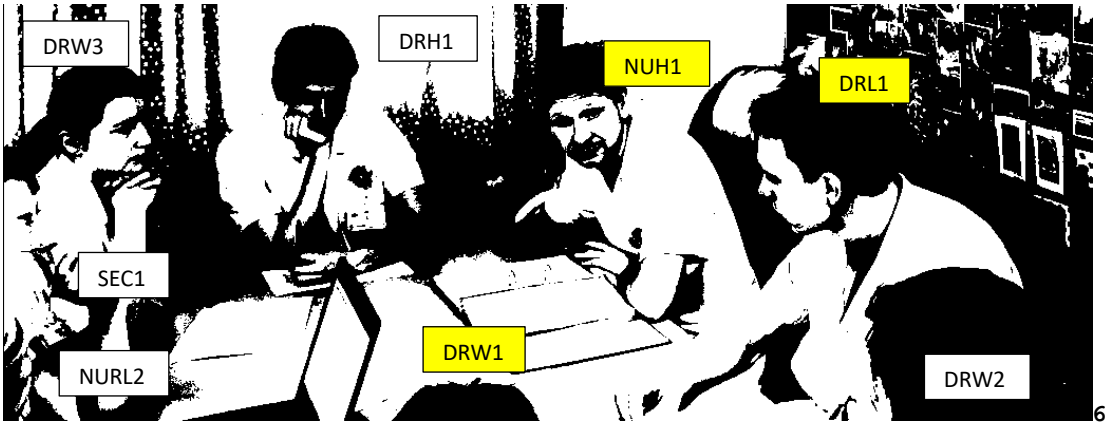
INP type 2a

Activité 2

```
12  NUH2   %c'-tait néga[¢tif]
13  DRL2                [¢°mhm/°]
    nuh2   >%regarde notes->>
    drl2               ->¢regarde dans cercle->
14          §(1.0)       ¢£§(0.4)
    drw5   >§baisse regard§regarde notes->
    drl2               ->¢regarde drw5 et parfois laisse balayer regard->>
    drl2   >hoche tête---£
15  DRW5   hum: madame ((nom PA11))/ c'est un:e jeune patiente
16         de dix-huit an::s/ (.) heu: °.h:° qui est hospitalisée pour
17         une hépatite aigu:e avec une dysfonction: heu:: .h (0.4)
18         heu: sévère/ sur (.) probable§ment la prise
    drw5                              ->§regarde DRL2->
19         de: (.) cocaïne$ .h: (.) heu: qui a évolué:e (.)
    drw5                ->§regarde notes
20         spontanémen:t de manière /favorable (.) .h:
21         qu'on garde encore en:°::° en surveillance pour
22         un £suivi biologique/£ §.h: qui est également connue
    drw5    ->§regarde DRL2--------§regarde notes->
    drl2    ->£hoche tête-------£
23         pour une dépendance à l'alcool/ .h (0.3) pour laquell:e
24         (.) heu:: elle a pa:s/ montré de: signes
25         de servage /sévère elle est toujours sous .h (.)
26         schéma fixe de: heum benzodiazépine (.) qu'on est
27         en §train de diminuer progres/sivement\ .h: a priori:
28         (0.4) ce serait un retou:r/ heu: à domici:le (0.3)
29         en début d' semaine prochaine (0.5) où elle aura:
30         des suivi:s (.) heu: sur le plan psychiatrique
31         et §pis en alcoologi:e
    drw5    ->§regarde DRH (qui parlera le prochain)->>
```

Extrait 6 : INP initiée par DRW (Site Hospitalier B)

MICL8_2_2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**INP intiée par**
B	Colloque quotidien	1 (NUH1)	2a	DRW



6

Activité 1

INP type 2a
hybride avec 1

```
1  NUH1  oké:/ ensuite/ monsieur ((nom PA12))\ alors monsieur¬
   nuh1  >>regarde ses notes->
   nuh1                          >>fouille dans dans ses notes-¬
2        ((no::m PA))/ heu:: .h: la s- (.) nuit avait plutôt bien
3        commencé:/ (refait ; respect) son alimentation::/ et pui:s heu::
4        en fait heu .h (.) il a dé%vissé: hu:m: tsk.h:: heu::m
   nuh1                            ->%regard chancelle entre DRW1 et notes->
   drw1  >>((mal visible)) regarde NUH1 ?->
5        à plusieurs reprises les connections en fait\ de sa:
6        sonde nasogastrique .h: (0.3) >ça commence/ à partir
7        d' quatre heures< du matin:/ (.) e:t/ il a:/ (.)
8        >on avait déjà< décrit hein/ ses épisodes\ en fait de
9        /confusi[on:\ de pro]pos hors de la /réalité .h:&
10 DRW1?          [m:hm/]
11 NUH1  &>et puis en fait là< du cou::p heu il avai:t\ vraimen:t/
12       °hum:° (0.3) °heu::° .h: °heu comment dire il était°
13       fixé sur ce sonde/ du coup il a complétement dévissé
14       tout l' dispositif/ °m° du coup heu: .h: (.) heu
15       on a réussi heureusement/ à retrouver toutes les vis/
16       qu'il avait disséminées dans la chambre/ (.) puis on a pu
17       rebrancher mais .h (.) on pense/ en fait qu'il faudrait
18       qu'on puisse (.) avancer l'alimentation/ >pour qu'à
19       quatre heures du matin/ %>il %ait plus rien< qui coule/
   nuh1                           ->%reg DRL1%reg DRW1->
20       parce que c'est .h: cette heure chez lui/ qui où: °heu°
21       tout d'un coup il a: heu c-te confusion/ qu'on a déjà heu
22       (0.3) .h qui pas toutes les nuits/ mais qu'on a déjà observée
23       chez °lui en fait\°#=
   img.                        # image 6
24 DRW1  = >faudra la mettre< à seize/ heures\
25 NUH1  oui (.) ¬je pense oui\ (.) °ouais (.) ouais°¬=
   nuh1          ¬hoche tête-------------------------¬
26 DRL1  =tsk % °°en plus°° on avait commencé des p'tites doses/ au
   drl1  >>a pris notes et mntent regarde direction NUH1 devant soi ->
   nuh1     ->%regarde DRL1->
27       xeroquel °justement/ ¢pour [qu'il] dorme ¬bien/ et [qu'il] soit°&
28 DRW1                             [°ouais°]
29 NUH1                                                  [m:h]
   drl1                      ->¢regarde NUH1->
   nuh1                                      ¬hoche tête->
30 DRL1  &°en tout confor[¢table/°¬]
31 NUH1                  [¢m:h    ¬]
   nuh1               ->hoche tête-¬
   drl1                  ->¢regarde direction NUH1 devant soi->
32 DRW1  °on% lui a pas donné de £/réserves\£ heu:°
   nuh1   ->%regarde DRW1->
   drw1  ->((mal visible)) regarde NUH1 ?->
   drw1                          £secoue tête£
33       (0.4)
34 NUH1  %tsk (0.3) alors heu je pense pas/ %non\
   nuh1  >%regarde notes--------------------%regarde DRW1->>
35       (mais) [xxxx]
36 DRW1         [°parce qu'il y en avait°] °des réserves°
37 NUH1  =.h: [ouai:s] (.) après à quatre heures/ c'est vrai °que[:]:°&
38 DRW1       [s-]                                          [°ouais°]
39 NUH1  &°du coup >c'est un° peu tard/< mais il faut ¬qu'on reclarifie ça
   nuh1                                          ¬hoche tête->
40       °en tout cas pour° °°heu:°°=
```

Activité 2 début

```
41 DRW1?  =°°(ouais)¬°°
   nuh1   >hoche tête¬
42         (0.3)
43 NUH1?  [mh]
44 DRW1   [donc] §monsieur ((nom PA12))/ ¢c-t un patient qui a été admis/
   drw1        ->§((mal visible)) regarde notes ?->>
   drl1                           ->¢regarde notes->>
45         à la base/ pour une pneumoni:e et pis >qu'on a mis en évidence<
46         une tumeur de l'œsophage/ c'est un carcinome épidermoïde ((...))
```

Extrait 7a : rubrique 2.4 (Site Hospitalier C)

CID4			
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Chair**	**Rubrique (responsable)**
C	CID-S	NURL3	2.4 "aspects cognitifs" (NP20)



7a

Annonce de la rubrique suivante

```
1  NURL3 pour les aspects %§cognitifs/
   nurl3 >>regarde ordi---%regarde notes->
   np20  >>regarde nurl3--§-regarde tablette->
2          (1.0)
3  NP20   heum:: (.) du coup §est-ce que je lis /tout ou:
   np20                    ->§regarde DRH->
   drh    >>regarde notes/tablette->
4  DRH    §°ouais ouais°§
   np20   >§regarde OT20§regarde tablette->
5          (1.2)
6          heu voilà >il y avait # les< objectifs heu:
   img.                          # image 7a
7          atteints/ pour les niveaux\ heum:\ .h (0.3)
8          heu () semi:-complexes heu dans >le cadre de< °de:° (.)
9          °plan de travail° pour réxxx ses traitements/ pardon/
10         m .h: et sino:n (.) qu'elle puisse évoquer les dates
11         importantes/ en regardant dans (.) son carnet/ mémoire
12         (1.0)
13         heu: >avec un apprentissage sans erreur/<.h::
14         donc au niveau psy/ la thymie est meilleure que
15         la semaine passée/ .h: heu la fatigue est   moins
16         importan-/ légèrement moins importante/ (.) et heu
```

```
17      madame peut à nouveau reprendre/ quelques p'tites
18      activités .h: comme heu des mots fléchés/ qu'elle
19      aimait bien faire/ .h en-dehors heu des thérapies/
20      .h elle se réjouissait vraiment du week-end %à domicile/%
   nurl3                                          ->%reg NP20----%reg ordi>
21      .h mai:s elle décrit quand même/ sa f- (0.3) thymie
22      comme fluctuante/ avec des \moments heum: (0.4) mtsk
23      mais assez courts .h: qui sont difficiles\ .h: y'a aussi
24      les troubles mnésiques/ qui rendent le travail sur
25      §ce point qu'%est §(0.3) °fin (un peu ) difficile% .h: il y a
   np20 >§reg NURL3-------§regarde tablette->
   nurl3           ->%regarde NP20----------------------%reg ordi->
26      une fiche/ heu qui %liste ses ressources qui lui a été% transmise\
   nurl3                ->%reg NP20 puis dev soi + de temps en temps NP20>
27      .h: avec l'idée qu'elle la re§lise dans ses momen:ts difficiles
   np20                             ->§reg de temps en temps NURL3->
28       (0.3) .h: sinon pour les objectifs/ y'a un prioritaire/(.)
29      pour le dix-sept/ qu- (.) heu:: c'est qu'elle puisse heu .h:
30      utiliser un support externe \donc son agenda .h: (.) pour
31      heu:\ noter et consulter/ les choses à %faire .h: ou
   nurl3                                       ->%regarde NP20->
32      les /informations importantes pour elle\ comme
33      ses §rendez-§vou:s heu: .h: %e:t visites .h: donc
   np20   ->§reg NURL3§reg tablette->
   nurl3            ->regarde NP20->%regarde ordi->
34      là pour l'instant elle pense pas/ tout le temps
35      à le faire heu:\ de manière spontané:e .h: elle
36      a encore besoin %de supervision: (.)c'est plutôt
   nurl3              ->%regarde NP20->
37      en lien avec §la §%précipitation
   np20            ->§reg NURL3§regarde tablette->>
   nurl3    ->regarde NP20%regarde ordi->
38      (0.6)
39      tsk .h: heu: sinon pour le dix-sept/ c'est qu'elle puisse
40      /sélectionner les informations pertinentes/ dans de:s
41      .h: dans des courts messages/ dans des SMS/ et les reporter
42      sur son agenda:/ .h:: et heu qu'elle puisse sélectionner/
43      un article heu de %journal .h: avec une longueur
   nurl3                ->%regarde dans le vide et parfois NP20->>
44      adaptée pour le résumer pour l'instant elle a pas du
45      tout fait/ donc\ on reconduit/ .h .h/ et pour le
46      vingt-quatre/ (.) qu'elle puisse progresser dans
47      des niveau:x heu: .h: °°pour°° travailler la (.) fi::n
48      dans des niveaux  intermédiaires pour travailler
49      l'inhibition motrice/ .h:: et un objectif sur
50      l'héminégligen:ce/ c'est qu'elle atteigne un niveau:
51      heu cinq dans un exercice informatisé .h: sans signe:
52      de latéralisation/ .h: ((suite))
```

Extrait 7b : Interpellation formalisée (Site Hospitalier C)

CID4				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (Responsable)**	**Type d'interpellation formalisée (IP)**	**IP adressée à**
C	CID-S	2.4 « aspects cognitifs » (NP20)	remarque	NUR9



7b

Remarque

```
53 NP20   et pis y'avait une remarque:/ heum\ (0.4) tsk (.)
54        pour       les soin:s/ est-ce que c'est pos§sible de: stimuler
   np20                      >>regarde tablette-§regarde NUR9->
55        la patiente à choisir un §ar:ticle .h: %dans
   np20                        ->§regarde tablette->
   nurl3                     >>regard dans vide-%regarde ordi->
56        l' journal/(.) [ou @dans §les maga]%zines&
57 NUR9                  [       m§hm/]
   nur9                      @hoche tête->
   np20                         ->§regarde NUR9->
58 NP20   &%#parce que souvent% elle §\oublie@
   np20                            ->§regarde tablette->>
   nur9                          ->hoche tête-@
   nurl3 >%reg NP20----------%regarde ordi->>
   img.    # image 7b
59        (0.8)
60 NUR9   ¬°ouais°¬=
   pt20   ¬hoche tête¬
61 NP20   =merci
62                  (2.0)
63 NURL3  °la mobilité/° ((suite, voir extrait 8a))
```

Annonce de la rubrique suivante

Extrait 8a : INP à la fois invitée par locutrice en cours et réalisée par DRH (hybride) (Site Hospitalier C)

CID4				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (Responsables)**	**Type d'INP**	**INP initiée par**
C	CID-S	2.7 « la mobilité » (PT20)	2a (hybride avec 1)	PT20/DRH



8a

Annonce de la rubrique suivante

64 NURL3 °la mobilité/°
nurl3>>regarde ordi->
65 (0.4)
66 PT20 .h:: (0.3) oui \alors pour la mobilité/ on a:
pt20 >>regarde tablette->
67 (.) atteint un objectif
68 c'est être capable de fair:e un étage (d')escalier
69 ¬sous surveillance de manière\ $sécuritaire/ .h:
pt20 >¬regarde sa tablette + de temps en temps DRH->
drh >>regarde sa tablette----------$prend de temps en temps notes->
70 (0.3) °heu° ça elle le elle le fait vraiment mieux
71 elle a m:oins le pie:d droit qui croche/ °fin ça a°
72 °un p'tit peu° (0.3) évolué de c'côté- là/ .h:::
73 heu: là/ on a (une) (0.6) °c'est° (.) c'est vraiment
74 physio-ergo un p'tit peu/ c'e:st .h: on observe
75 qu'y a un net bénéfice de la: thérapie miroir
76 sur le $membre supérieur droit/$ .h:: heu: (.)
drh $hoche légèrement tête--$
77 en fin d'semaine dernière en tout cas/ .h:
78 après/ les douleurs et les œdèmes/ (.) l'œdème est
79 revenu .h: en début de semaine/ on voit que dès
80 qu'on fait pas sur le week-end/ ba:h ça [revient/] .h:&
81 DRH [/mhm\]
82 PT20 & °et° pis là/ (.) j'ai quelque chose à ajouter/
83 parce que hi::- (.) heu ¬lundi et mardi ça été (ah) ¬fait/
pt20 ->¬regarde OT20----------¬reg DRW20->
84 .h:: on a même des bains $heu::m ¬$alternance chaud-froid/ .h: et
pt20 ->¬regarde DRH->
drh ->reg PT20 + hoche tête regulièrement->l.96
85 §>pis en fait< ç'a été vraiment (.) heu $assez bénéfique/
pt20 >§regarde tablette + de temps en temps DRH->

INP type 2a
hybride avec 1

```
86        .h: on voit la main a complètement dégonflé:e/
87        §les doigts aussi/§ .h: e:t il y a (.) deux doigts encore §qui lui
     pt20 >§regarde DRW20---§regarde sa md-------------------------§reg DRH>
88        font mal/ mai:s\ c'est vrai§men:t/ (.) §vraiment bien\ .h:
     pt20    >hoche tête+ yeux grands§reg DRW20--§reg DRH->l.96
89        [a nettement] dimi[nué]
90   DRH  [xx]              [la] semaine passée/ à la visite
91        on l'a vue\ après\ la [thérapie] miroir/ elle était&
92   PT20                     [voilà]
93   DRH  &assez no- y avait pas de signe inflamma[toire/]
94   PT20                                        [c'est] super/ hein
95        (.) [§$ouais]
96   DRH      [§$ouais]
     pt20   ->§regarde tablette + de temps en temps DRH et DRW20->
     drh     ->$regarde tablette->
97   PT20 °donc° donc là/ ça refai:t heu voilà (.) hier
98        on l'a on l'a revue/ c-tait c-tait vraiment bien\
99        .h:: heu:: (0.4) on observe juste/ un p'tit peu
100       raideurs articulaires/ et douleurs au niveau\ des
101       i-pé-pé en extension/ .h: heu: qui faudra: voilà
102       (0.3) stimule:r MAIS elle l'utilise un peu x- assez
103       sponta/nément\ donc si elle peut la réuti[liser je °pense°]&
104  DRH                                          [mhm]
105  PT20 &°que ça va se:°
106       (1.0)
107       °résorber° .h:: et pu:is heu\ maintenant la marche
108       san:s >sans moyen auxiliaire sous surveillance<
109       c'est en\ léger progrès/ .h: heu:: on a:: m- (0.4)
110       elle est à (.) m- la ma- marche avec rollateur lesté
111       seul est sécuritaire .h: heu:: ainsi que:: aussi
112       au niveau des transferts/ .h::: on a une performance/
113       qui est assez fluctuante aussi d'nouveau avec\ heu:
114       l'état de fatigue/ ou bien $la distraction:/$ .h:
     drh                             $hoche tête------$
115  PT20 et pis les troubles cognitifs |comme on l'avait dit aussi
  np/drw                               |hochent tête de temps en temps->
116       la semaine dernière/ (.) qui limitent un p'tit peu
117       le $travail qu'on peut faire/ .h:: o:n observe
     drh   ->$prend son portable et le regarde->
118       toujours/ heu: une héminégligence visuelle §droite
     pt20                                          ->§regarde OT20->
119       qui e:§st encore assez/ marquée/ .h: où:§ heu (.)
     pt20     ->§regarde DRW20--------------------§reg dans cercle imite PA>
120       elle dit ah non/ mais je (0.4) $je vous\ (0.5)
     drh                               ->$regarde brusquement PT20->
121       $elle m'a dit là l'autre fois/ on était $§>sur le
     drh  >$regarde portable----------------------$reg PT20 et hoche tête->
     pt20                                     ->§regarde DRH->
122       rollateur/ et pis elle m'a dit< $.h: /non mais
     drh                                ->$reg tablette +hoche tête parfois>>
123       §je l'vois/ pas/ en fait\ §.h: §ah °ouais° °°oui°° (0.3)
     pt20 >§regarde DRW20-----------§reg DRH§ reg dans vide imite PA->
124       et §pis dè:s qu'elle tourne la tête/ elle le voit (.)
     pt20  ->§regarde DRW20->
125       £°mais°£§ (0.4) mtsk fin:
     pt20 £hausse épaules£
     pt20       ->§regrade tablette->>
126       (1.3) ((suite voir extrait 8b))
```

Extrait 8b : INP initiée par la locutrice en cours (Site Hospitalier C)

CID4				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**INP initiée par**
C	CID-S	2.7 (PT20)	1	PT20



8b

INP type 1

```
127 PT20  .h::: (0.5) heu:m:: les objectifs en cours/ °donc° on en a rajouté
128       heu:\ (.) un/ .h (.) c'est heu: (0.3) être capa-/ donc\
129       prioritaire/ être capable de marche (sous) surveillance
130       à l'éta:ge/ sans moyen/ (0.3) auxiliaire .h
131       sur de petits déplacements/ §.h: là: du coup/
    pt20          >>regarde tablette-§regarde NUR9->
132       j'ai mi:s heu: les soins dan:s l'objectif/=
133 NUR9  =@°ouais°@
    nur9   @hoche tête@
134 PT20  donc c'qui serait bien/ j'trouve avec madame
135       maintenant/ .h: c'est qu'on \entame   / un petit peu
136       le processus/ qu'elle fasse \heu £des p'tits
    pt20                                  £illustre discours avec gestes->
137       déplacemen:ts/ # \heu .h: déjà en /chambre
138 img.                 # image 8b
139       (0.6)
140       °heum:°=
141 NUR9  =°(en [chambre/°]
142 PT20        [j'pense] qu'elle le fait déjà un p'tit/ peu\
143       @(0.4) £tout [seu:le]
144 NUR9               [mhm] (.) £probablement=
    nur9 @hoche tête->
    pt20        £hoche tête-----£hoche tête intensivement->
145 PT20  =voilà£=
    pt20      ->£hoche tête normalement->
146 NUR9  =§mêm::e plus que sûr\§
    pt20 >§regarde tablette----§regarde NUR9->
```

INP type 1

```
147 PT20 ouais (.)voi[là£ et pis] que: elle soit à @ la limite accompagné:e/
148 NUR9              [x £ x]
    pt20    >hoche tête-£
    nur9                          >hoche tête-@
149       [jusqu'à la @salle de repas/ £tu vois£]
150 NUR9  [mhm c'est  @ce que j'voulais te demander] (.) ¢mhm/@
    nur9              @hoche tête----------------------------@
    pt20                          £hoche tête£
    nur9    >>regarde pt20 (depuis quand est pas visible¢regarde notes->
151 PT20  heu § sans sans/ rollateur/ voir comment ça: ça marche
    pt20   ->$regard chancelle entre tablette et NUR9->
152 NUR9  ¢aller-retour/
    nur9  >¢regarde PT20->
153       §(0.6)
    pt20  >$regarde NUR9->
154 PT20  £ouais @¢(0.8)£@ si elle a une pau:se tu vois qu'elle
    pt20  £hoche tête-£
    nur9         @hoche tête@
    nur9          ¢regarde ses notes->>
155       s' pose pour manger/ et puis qu'elle revient=
156 NUR9  =°mhm°
157 PT20  §j' pense qu'on on peut le faire/ ((...))
    pt20  $regarde tablette->>
```

Extrait 9 : INP initiée par NUR dans la 2ème partie d'un CID-E (Site Hospitalier C)

PT2				
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité (responsable)**	**Type d'INP**	**Intervention intiée par**
C	CID-E	Partie 2 et 3 (DRH et PA2)	2a (l. 38)	NUR22



9

```
1  DRH    après il faudrait le passage du cé-ém-és/
   drh    >>regarde PA->
2         °heu° quand même/ pou:r le:s >soins d'la @trachéo<
   pa2                                 >>regarde DRH-@regarde devant soi->
3  PA2    ou:i (0.4) eh à\ (0.3) soins à @domicile
   pa2                                  ->@regarde DRH->
4         <£(0.9) ((+sons d'accord de plusieur.e.s professionnel.le.s))£>
   drh     £hoche tête-£
5  DRH    e[:t]
6  PA2     [he]u:\@
   pa2          ->@regarde devant soi->
7         (0.6)
8  DRH    comme heu comme ça s'ra diffici:le de les @organiser
   pa2                                                ->@regarde DRH->
9         [sam]edi et dimanche/ >c'est pour ça qu'on vous&
10 PA2    [hm:]
11 DRH    &propose plutôt d' sortir lundi\
12 PA2    ¢@oui/¢=
   pa2    ¢hoche tête¢
   pa2    >@regarde devant soi->
13 DRH    =pour qu'ils puissent entrer en matière/ lundi soir\
14 PA2    d'acco:rd\
15 DRH    et on (vous) proposerait @qu'ils passent plutôt le soir/&
   pa2                              @regarde DRH ->
16 DRH    &parce que nou:s on aimerait quand même/
17 PA2    °oui/°=
18 DRH    =juste qu'avec vou:s [ils vé]rifient un p'tit peu&
19 PA2                         [mhm]
20        &la prise de médicamen:ts=
21 PA2    =oké ((hoche tête))
22 DRH    parce qu'y a le /cynthron le soir/ et c'e::st
23        celui-[là/ il faudrait] pas le @louper quoi\
24 PA2          [hm:]
   pa2                                  ->@regarde devant soi->
25        (1.1)
26 PA2    °k° °a° ah# hh (0.3) la prise/ des $bémicaments\
   drh                                     ->$regarde devant soi->
   img.              # image 9
27        (0.3)
28 DRH    ouais
29 PA2    e:st-ce que vous con$sidé$rez\ (0.7) ou hh hh (0.3) xx .h:
   drh                    ->$reg PA$regarde tablette et tape qc->
30 PA2    les nombreux médicaments/$ .h (0.4) ou hh sont la cause/$
   drh                               ->$arrête taper-----------------$reg PA2->
31        (1.0) .h du goût $amer/ (.) que j'ai sur la langue, .h:=
   drh                    ->$regarde tablette->
32 DRH    =alors $@>vous nous en avez< parlé/ la @semaine passé:e,
   drh                     ->$regarde PA2->
   pa2           ->@regarde DRH-------------------@regarde devant soi->
33 PA2    depuis très/ longtemps\ (0.3) [@tsk]
34 DRH                                  [@très] lo- depuis/ @quand\
   pa2                                  ->@regarde DRH-------@reg devant soi->
35        (0.3) a¢van::t, %
   pa2           ¢secoue tête->
   nur22 >>reg devant soi%tête reste baissé mais yeux en direction DRH->
```

INP type 2a

```
36        (0.3)
37  PA2   heu [ou heu:] $avant/ avant/ °a[$van:t\       $°]
38  NUR22     [(°peu ; pas°) avant]      [$depuis qu'il $a eu] ¢@son:
    drh               ->$regarde NUR22----$regarde PA2--$regarde NUR22->
    pa2                                                      ->@reg NUR22->
    pa2                                          ->secoue tête¢
39  PA2   ¢m:[%:h]¢
40  NUR22    [%depuis] que êtes hospitalisé/ $j' crois que vous
    pa2   ¢secoue tête¢
    nur22  ->%regarde PA->
    drh                                  ->$regarde PA2->
41        [m'avez dit ça]
42  PA2   [ah ¢ouais] ouais ouais\¢=
    pa2       ¢hoche tête---------¢
43  DRH   mais pa:s avant/ §pas avant [%l'hos]pitalisation/=
44  NUR22                              [%°°non°°]
    pa2                  ->$regarde devant soi->>
    nur22                           ->%regarde DRH et hoche tête->>
45  PA2   =¢non¢
    pa2    ¢secoue tête¢
46  DRH   $d'accord, okay, ((...))
    drh       >$regarde devant soi->
```

Annexe 2.4 : Processus de prise de décisions et participation interprofessionnelle

Extrait 1 : Prise de décision négociée (Site Hospitalier A)

IB1						
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité(s)**	**Chair**	**Participant.e.s impliqués**	**Thématique**	**Type de décision**
A	CID-S	4, 7	DRH	PT1, PA1, DRW1, DRH, NUR9	Objectifs thérapeutiques	2



1

	1 PT1	wir haben die fotos angeschaut/ in die wohnung .h: und die
	2	problemstellig ist (0.6) balkon\
	3	(0.4)
	4 PA1	j[:a uh] ((detourne tête de PT1))
Initiation	5 PT1	[ja <HA] ((rit))> aber im moment ist es vielleicht nicht so aktuel
	6	für de probe[urlaub\]
	7 DRW1	[tsk .h ((rit))]
	8 NUR9	[mh]m
1ère Pro-position (1)	9 PT1	nicht [auf] de balkon\ (.) ans wochenende [(nehmen)/] .h:: mit&
	10 PA1	[mhm] ((sourit))
	11 DRH	[genau ja]
	12 PT1	&de rollator im hus umekutschiere (0.4) und äbe di:e teppich in
Accord de principe avec (1)	13	die eingang #das muss raus\ ((lève index et reg PA1))
	img.	# image 1
	00:02:31	
	14 PA1	xx[xxx] ((hoche tête))
	15 PT1	[haben wir ab]gemacht\ hä/ (0.3) jo: (0.3) und sonst/ nichts
	16	spricht (.) dagegen/ aso der hat sich scho:n sachen sonst
	17	organisiert/

((PT suggère que PA profiterait d'une prolongation de deux semaines))
((PT et DRH discutent possibilité d'une physiothérapie en ambulatoire))
((OT rapporte les buts thérapeutiques en ergothérapie, suggère que PA peut sortir la date prévue par la KOGU (garantie de prise en charge par l'assureur), mais qu'une prolongation serait souhaitable))

	111 DRH	jo: (.) dir heits verstande (.) was gseit [word]en isch (.) [alles]
	112 PA1	[JA:: [ja ja]
	113	(0.4)
2ème Proposition (spécifiée, ensuite modifée) (2)	114 DRH	ebe es geit jo drum: einersits dr urloub zplane/ (0.7) das wär e:h
	115	vierzwänzigscht füfezwänzigscht ((reg NUR9)) wo dr eigentlech scho

116 pla:net hätted\ odr hei dr s no[ned
117 NUR9 [aso] (.) ((reg PT1)) i
118 ha jetz [xxx plane xxx]
119 DRH [fix he/ odr söll me s wuchenänd/] druf he
120 (0.4)

Accord minimal avec (2)

121 NUR9 ja ((reg PA1 ; PA1 reg DRH; échange entre NUR et PT))
123 DRH das mer luege entweder das wuchenänd o:dr/ ((reg PA1)) (0.4)
124 spötischtens de s nöchschte/ (0.6) das wäri (awä) de dritte vierte\
125 (1.2)
126 DRH märz
127 PA1 mhm/
128 DRH und we me dritte vierte macht/ denn wär am: sächste dr ustritt de
129 cha me de nümm so (guet; viu) reagiere
00:05:01
130 (0.9)
131 DRH verschtöhtr (0.4) ((PA1 hoche tête)) wenn me öbbis müessti apasse
132 no (0.5) für dehei de cha me nid so verruckcht viu (0.8) e:hm luege
133 no (0.6) e::h wenn me ne haltegriff brucht odr schusch irgendöbbis
134 brucht=
135 PA1 =mhm/
136 (0.5)
137 DRH was dänkched ihr/ sälber wenn e würdi e: wuche odr odr zwoi
138 verlängere/=

Désaccord avec (2)

139 PA1 =di:e woche samstags:/ m: samstag nach hause/ und am sonntag komme
140 ich wieder/
141 (0.4)
142 DRH möchte[dr gärn mache]
143 PA1 [und nach der opera]tion da
144 DRH mhm
145 PA1 weiss ich nicht

((DRW explique au PA1 que la date de l'opération sera définie en fonction de la date de sortie, et pas vice versa))

3ème Proposition (modifiée) (3)

170 DRH ah möchte dr lieber scho das wuchenänd/ (0.4) [hei]
171 PA1 [ja\]
172 (0.5)
173 DRH oke

Accord avec (3)

174 (1.1)
175 DRH denn:: probiere mr/ (0.4) x äh frou ((nom X)) ((reg NUR9)) ehm mol
176 luege ob mr (.) bruche mr no spitex nid\

((Discutent la nécessité de soins à domicile versus soins par la fille de PA1 pour le weekend thérapeutique))
((Discutent que si le weekend va bien, PA peut sortir la date de la KoGu et sinon il y a prolongation))
((DRH, OT et PT discutent, si PA a besoin d'ergothérapie ambulatoire))

00:07:24
271 DRH ((ferme dossier)) auso planed/ wär wennr jetz mit dr tochter/ (0.3)
272 kchontakcht het/ am samstig he:i bis am sunntig/
273 PA1 ja/
274 (0.5)
275 DRH und denne/ (0.4) wenns guet goht dörfter d wuche (.) druf o uno
276 einisch goh/
277 PA1 ja/
278 (0.4)
279 DRH am: dritte vierte/ und [denn am] sächste hei\
280 PA1 [mhm]

281 (0.7)
282 PA1 mhm/
283 (1.0)
284 DRH °guet°

Extrait 2 : Prise de décision incrémentale (Site Hospitalier A)

EB2						
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité(s)**	**Chair**	**Participant.e.s impliqué.e.s**	**Thématique**	**Type de décision**
A	CID-E	2, 3, 4, 6, 8	DRL1	TOUS	Objectifs thérapeutiques	4

Comme mentionné en introduction du chapitre 2.4, le colloque d'entrée (CID-E) connaît un type de prise de décision singulier : la prise de décision incrémentale (Type 4). Il concerne avant tout la définition des objectifs thérapeutiques, tout en pouvant impliquer des décisions portant sur la planification de la sortie ou d'ordre administratif/organisationnel. Il a la particularité de s'étendre sur l'intégralité du colloque d'un.e patient.e et d'inclure la participation active de tous les professionnel.le.s et du ou de la patient.e. Dans la prise de décision de type 4, chaque professionnel.le présente les objectifs thérapeutiques discutés avec le/la patient.e avant le CID-E, qu'il/elle vise atteindre au cours du séjour et invoque les implications qu'ils ont sur la planification de la sortie (activités 2 (l.1-8), 3 (l.46-54), 4 (l. 56-76), 5 (absent dans extrait 2, parce qu'il n'y a pas de logopédiste) et 6 (l.120-127), voir chapitre 2.1.1 Site hospitalier A). Suite aux différents rapports des professions, soit DRH/DRL, lors de l'activité 7 ou la NUH lors de l'activité 8 (l.157-205) résument et discutent les points soulèvés par les professionnel.e.s avec le patient. Les participant.e.s utilisent ce résumé pour clarifier et/ou décider d'une formulation définitive des objectifs (l.162ff.).



2

1 DRW1 jo::/ .h:: #sie lebt in mit
img. # image 2
2 ihrem lebenspartner in nem eigenheim/ m: (0.3) bis zum <eingang
3 ((montre en direction de OT2))> sind drei treppenstu<fen zu
4 überwinden ((rit))> genau\ wo sie sich rechts hebe kann/ .h:::
5 im innenbereich nicht zwingend\ (.) es hat treppenstufen abr
6 die muss sie zwingend ö:h überwinden/ und war bisher
7 selbstständig mobil im aussenbereich am rolla:tor .h
8 und im innenbereich ohne weitere (0.5) hilfsmittel/

Ajouts des diverses professions à la 1ère proposition (1)

((DRW termine le rapport médical et, à la fin, évoque la date de Kostengutsprache))
((Discussion si la date de la KOGU sera trop tôt))

	46 NUR2	[auso] vor pfle:g här hei mr d schwärpünkcht bi euh vor auem&
	47 ?	[m:]
	48 NUR2	&ir säubschtändigkcheit im autag/ z- [wo mr wei] fördere&
Accord avec ajouts à (1)	49 ?	[m: m:]
	50 NUR2	&(.) und mobilität usdur und chraft (0.3) gena:u
	51 PA2	e mol das wet i: o ha=
	52 NUR2	=weit i:hr ou gäuet/ [((rit)) dasch au in eurem inträsse]
	53 PA2	[e: jo ja] e wott widr hei/=
	54 NUR2	=°schön° (.) °super°
	55	(0.6)
	56 PT2	genau und e:h e vom loufe här gohts scho mou nid so
	57	schlächt [ds ufschtoh und ds lou]fe [.h:: si dr eifach vo dr&
	58 PA2	[gäuet/ mhm:] [jo das hän si mr&
	59 PT2	&kchondi]tion här no i:gschränkcht abr schwiergig si d&
	60 PA2	&(gärn; geng) gseit]
	61 PT2	&bewegigegigsübergäng\ vom bett ins sitze dört bruche
	62	dr [hiuf] .h:[:::]: und e::h (.) natürlech isch d'chraft&
	63 DRL1	[mhm] [mhm]
	64 PT2	noni do: (.) äbe kchondition (0.3) aber e::h aso sicher
	65	heitr gueti vorussetzige/ tsk abr i dänkche es wird
	66	kchnapp bis [am füfte zwoite\] aso sicher ei wuche bruchts&
	67 DRW1	[m:: (.) jo]
	68 PT2	&dört .h: no dir müesst ja ou no drü schtäge chönne
	69 PT2	überwinde (.) und das brucht [o no chli]
2ème Pro-position (2)	70 PA2	[jo dasch nit so] schlimm
	71	(0.5)
	72 PT2	abr mir si no gar nid uf dr schtäge gse: [bis jetz he/ und ö:h]
Accord avec (2)	73 PA2	[((rit, OT2 aussi))]
	74	(0.9)
	75 DRW1	°(si [gumpe da uffe)°] ((rit))]
	76 PT2	[genau s brucht dänkchi no e wu]che me:h dört

((Discussion d'une date de sortie précise))

	120 OT2	=vor ergotherapie site här eigentlich heitr vo mir nid vi::l/
	121	aso ich wür ebe ufes äm (M) plädiere will tatsächlich es goht no
	122 OT2	um chraft und e:h .h[::] usdur [aso]
	123 DRL1	[okey] [auso/]
	124	(0.7)
	125 DRL1	i:verschtande/ ((regarde et montre doigt en direction de PT2))
	126 PT2	mhm
	127 DRL	guet

((DRL résume les prochain pas si on fixe la date et si on change de statut))

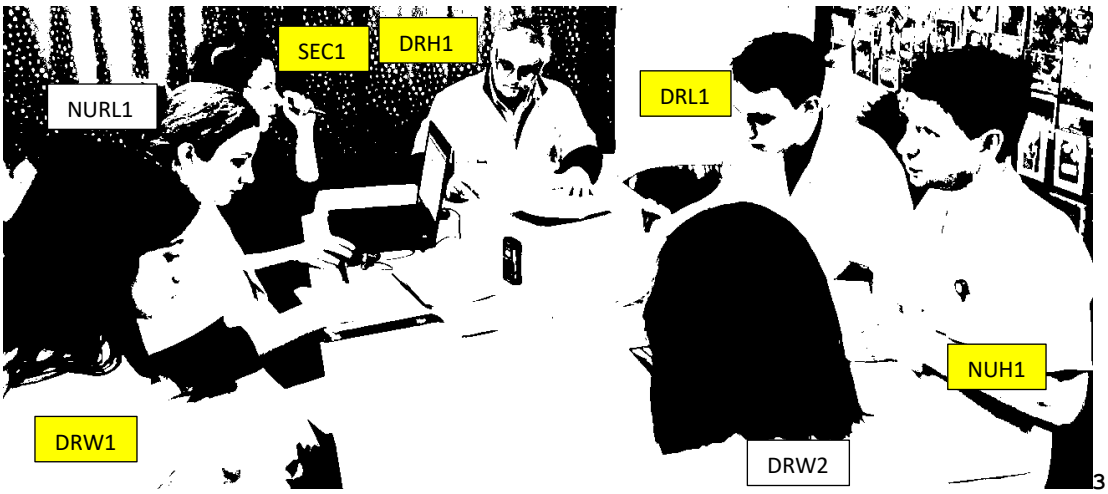
	157 NUH	[mo:u] aso (0.5) mir hei so schwerpünkcht gsetzt wo
	158	mr dranne möchte schaffe/ .h:: und das wäri dass dr choit
	159	e::h eh dinne e:hm (0.7) säuber loufe hm/ (0.4) e:hm und
	160	eh im ussebereich miteme hiufsmittu dass dr choit ebe die
	161	drei schtäge e:h überwinde=
3ème Pro-position (3)	162 PT2	=aso i[nne ou] mit hiufsmittu\
	163 NUH	[schtuefe]
	164 NUH	in[ne au wie duss mitem schtock\ okche] ((prend notes sur ordi))
Accord avec (3)	165 PT2	[si isch ou vorhär inne mitem hiufsmittu] gloffe
	166 NUH	guet (denn ischs alles) xxxx
	167 PT2	es isch (.) beides] am [hiufsmittu]
	168 DRL1	[oke:]

((Discussion si PA aura besoin de soins à domicile; voir Annexe 2.2 ; extrait 1))

2ème Proposition (2) (reprise)	189 NUH	h::: de schaffe mr ar chraft und ar e::h usdur ha/
	190 PA2	ja ja das (frog ich) de scho no ab mi:r <un::d ((signe de main
	191	entre soi même et les DR))> ja we:s (0.3) med mer
	192	isch xxx [ja/]
Accord avec (2)	193 NUH	[okche]
	194 DRL1	[sch guet]
	195 DRW1	[°xxx°]
	196 NUH	eifach als e:hm (0.4) tsk vorschlag und noch- cha mes au ändere
	197 DRL1	auso [denn mache mr] ((remplit formulaire))
	198 NUH	[guet das wär]s
	199 DRL1	düen mr uf ä:m das isch so für üs sone interne code\ wüsstr
	200	frou ((nom PA2)) hä/
	201 PA2	°jo i [weiss°]
	202 DRL1	[das] heisst ä:m heisst kchonkchret ähm: (.) ganz eifache
	203	fau .h:: meh aus [e x]
	204 DRW1	[((rit))] deswegen haben wir sie letztes jahr
	205	nich hier gesehn

Extrait 3 : Prise de décision consensuelle (Site Hospitalier B)

MICL8_2_1						
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité(s)**	**Chair**	**Participant.e.s impliqué.e.s**	**Thématique**	**Type de décision**
B	Colloque quotidien	4	NUH1	SEC1, DRH, NUH1, DRL1, DRW1	Planification de la sortie	1

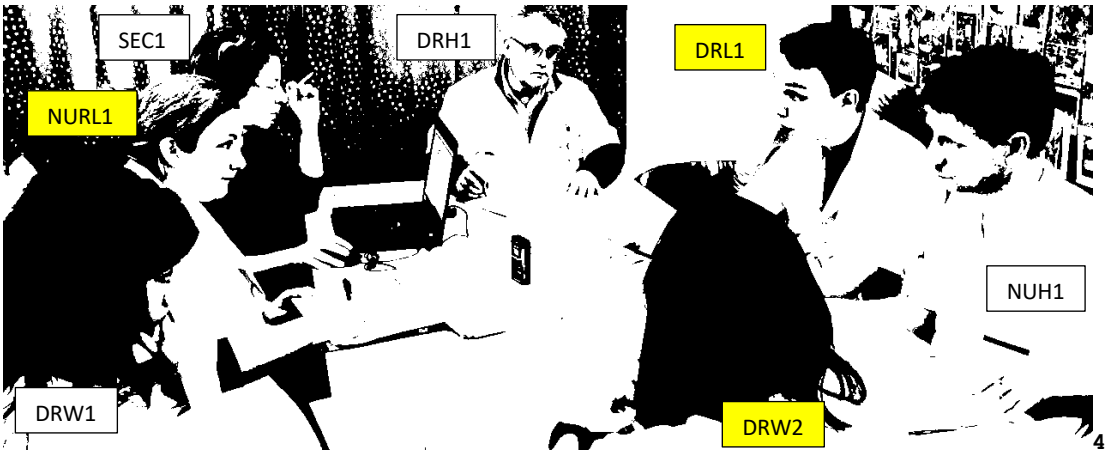


3

Initiation	1	SEC1	((regarde DRL1)) tsk j'peux mettre une ((regarde NUH1)) #cible/
		img.	# image 3
1ère Proposition (1)	2	DRH1	.h:: (.) début semaine prochaine/ ((regarde NUH))
	3	NUH1	[ou:ais]
	4	DRW1	[((commence à hocher la tête))]
	5	DRL1	tsk (.) eu::hm:: ma:rdi ou mercredi de la semaine [/prochaine/]
	6	DRH	[((reg SEC1))]
	7		(0.8)
Accord avec (1)	8	DRH	[((hoche la tête))]
	9	DRW1	[((arrête de hocher la tête))]
	10	SEC1	[°d'accord°] °merci°

Extrait 4 : Prise de décision réportée (Site Hospitalier B)

MICL8_2_1						
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité(s)**	**Chair**	**Participant.e.s impliqué.e.s**	**Thématique**	**Type de décision**
B	Colloque quotidien	2, 3	NUH1	DRW2, DRL1, NURL1, NUH1	Planification de la sortie	3



Initiation	1	DRW2 j'ai redemandé/ au physiothérapeute de repasser le voir
	2	pour voir s'y a un projet d'CTR (0.3) et finaleme:nt\ u:::n
	3	(.) n:écessaire/ strictement/ s'il pourrait pas rentrer
	4	[>avec la physio à< domicile/] .h:: <vu qu'il a fait ((gesticule))>
	5	NURL1 [((reg drw2 et hoche tête))]
	6	plus de temps [ici] qu'initialement °prévu/°
	7	NURL1 [((commence à prendre notes))]
	8	(0.8)
1ère Proposition (1)	9	DRL1 .h:::°donc° on: attend juste l'avis physio:: mais °sinon
	10	c'est peut-être un patient qui ((regarde NURL)) pourrait même
	11	rentrer° à la maison demain/#
		img. # image 4
Accord avec (1)	10	NURL1 mhm/

Extrait 5 : « Informing » (Site Hospitalier C)

PT2						
Site hospitalier	**Type de colloque**	**Activité(s)**	**Chair**	**Participant.e.s impliqué.e.s**	**Thématique**	**Type de décision**
C	CID-E	2.4, 3	NURL3	ST22, NURL3	Objectifs thérapeutiques	5



5

1ère Proposition (1)

```
1    ST22  heu::m pi::s l- sinon on pensait débuter assez/ vite heu:
2          ((reg DRH)) la prise en charge/ ((reg ses notes)) heu logo
3          pour la parole/ (0.4) .h:: °donc° on a mis déjà deux objectifs
4          prioritai:res/# c'est qu'il puisse se rendre seul à l'ensemble
     img.                 # image 5
5          des thérapi:es pour le sei:ze .h:: et qu'il se familiarise avec des
6          exercices de respiration profonde/ et d' coordination
7          pneumo-phonique/ (.) .h::
8          (0.8)
9          heu:: et alors ((continue avec un autre sujet))
```

((poursuite de l'activité 2.4 et puis activités 2.5-2.11))

```
151 NURL3 on a trois objectifs prioritaires/ deux pour le sei:ze
152       qu'il puisse se rendre seul (.) à l'ensemble des thérapies
153       correctement/
154       (0.6)
155       et se familiarise avec des exercices de
156       respiration profonde et de coordination pneumo-phonique/
157       (0.5)
158       et pour le vingt-quatre/ qu'il réalise des commissions
159       simples et (.) à l'épicerie seul/ .h::: sans augmentation
160        marquée:/ de: l'effort\
161       (1.1)
162       ((reg DRH et puis ses notes)) pour le plan de traiteme:nt ((...))
163       ((continue avec activité 4))
```

Tableau 2 : Formation à l'interprofessionalité dans les trois sites

Formation	Site A	Site B	Site C
Destinée à	Nouveaux collaborateurs ou nouvelles collaboratrices des soins infirmiers et professions thérapeutiques	Médecins assistant.e.s	Tous et toutes les professionnel.le.s de santé
Durée	3 jours communs 14 jours supplémentaires pour les soins	Les colloques interprofessionnels est abordé lors d'une journée (une thématique parmi d'autres)	Non-spécifié
Socialisation formelle (programme de formation)	3 j. (tous) : la philosophie de soins 2) gestion des cibles, 3) accompagnement des familles 14 j. (soins infirmiers) : préparation au rôle de référent.e des patient.e.s au sein des colloques interdisciplinaires	formation formelle systématique : 1) prise de connaissance de documents existants, b) brève présentation lors de la journée d'introduction Pré-requis : Les assistant.e.s sont encouragé.e.s à se familiariser avec le déroulement et le but des colloques avant même leur entrée en fonction dans le service.	nombreuses formations autour de la thématique de l'interprofessionnalité inclus dans des programmes annuels, hebdomadaires et même d'ateliers
Documentation et outils	L'accès aux documents nécessaires se fait à travers une plateforme informatique interne.	Mise à disposition de documents officiels qui délimitent les rôles et responsabilité de chacun durant les colloques de 8 heures. Les assistant.e.s doivent avoir pris connaissance des outils et être parfaitement préparés au colloque	Non-spécifié
Socialisation informelle (en participant au colloque/formation par les pairs)	Par les pair.e.s : Le nouveau collaborateur ou la nouvelle collaboratrice participe en tant que personne référente au sein des colloques interprofessionnels. Un.e collègue plus expérimenté.e accompagne le collaborateur-la collaboratrice débutant.e au premier colloque	Par les médecins cadres qui assurent une formation plus informelle	Non-spécifié