



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINIQUE / Étude qualitative

La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé dans un service d'urgence : résultats d'une étude qualitative exploratoire en contexte canadien



The interprofessional collaboration during the management of a polytrauma patient in the emergency room: Results of an exploratory qualitative study in Canada

Alexandra Lapierre (MSc) (infirmière, candidate au doctorat)*, Jérôme Gauvin-Lepage (PhD) (infirmier, professeur adjoint), Hélène Lefebvre (PhD) (infirmière, professeure émérite)

Faculté des sciences infirmières, pavillon Marguerite-d'Youville, 2375 chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, QC H3T 1A8, Canada

Reçu le 23 mai 2018 ; accepté le 10 août 2020

MOTS CLÉS

Collaboration interprofessionnelle ;
Étude qualitative ;
Polytraumatisé ;
Service d'urgence ;
Traumatologie

Résumé

Introduction. — La prise en charge du polytraumatisé au service d'urgence est cruciale afin d'optimiser les soins et d'éviter un décès prématuré. Plusieurs études ont souligné d'importantes lacunes dans la collaboration entre les professionnels de l'équipe de traumatologie, ce qui affecte négativement la qualité des soins prodigués.

Objectifs de l'étude. — Cette étude qualitative descriptive de type exploratoire a pour but d'examiner l'expérience de la collaboration interprofessionnelle (CIP) lors de la prise en charge d'un polytraumatisé dans un service d'urgence au Canada. Elle vise à connaître l'avis des professionnels de la santé sur la CIP ainsi que les facteurs favorisant et compromettant celle-ci.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandra.lapierre@umontreal.ca (A. Lapierre).

Méthode. – Sept professionnels de la santé ont participé à l'étude par le biais d'entrevues individuelles, de deux observations directes et d'un groupe de discussion focalisé.

Principaux résultats. – Les résultats permettent de mieux comprendre la réalité qu'ils affrontent durant la prise en charge d'un polytraumatisé.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Collaboration;
Emergency services;
Polytrauma;
Qualitative study;
Traumatology

Summary

Introduction. – The management of polytrauma patients in the emergency department is crucial to optimize care and prevent premature deaths. Unfortunately, many studies have highlighted important gaps in collaboration between the different professionals on the trauma team, which poses major quality of care challenges.

Objective of the study. – This qualitative descriptive exploratory study aims to explore the experience of interprofessional collaboration (IPC) in the management of a polytrauma patient in the emergency department. More specifically, it aims to know the description that health professionals make of the IPC, as well as the identification of the facilitating and constraining factors.

Method. – One-on-one interviews, two direct observations and a focus group were conducted with 7 health professionals.

Main results. – The results provide a better understanding of the reality experienced by health professionals when treating a polytrauma patient.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les traumatismes représentent un problème de santé mondial. Dans les pays développés, notamment le Canada, ils constituent la première cause de mortalité chez les adultes de moins de 44 ans [1]. Ils peuvent également avoir des répercussions dans plusieurs sphères du quotidien : physique, mentale, cognitive et sociale. De plus, ils affectent la qualité de vie, souvent à long terme [2]. Les personnes atteintes de traumatismes sévères ont donc besoin d'une prise en charge rapide et efficace. En effet, il s'agit d'une action primordiale pour diminuer le risque de mortalité et de morbidité de cette population.

Dans les services d'urgence, la prise en charge initiale du polytraumatisé vise essentiellement à stabiliser les fonctions vitales et à éviter un décès prématuré [3]. Les bonnes pratiques de réanimation en traumatologie exigent que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent de concert dans la première heure suivant l'admission du patient (période que l'on désigne sous l'appellation *golden hour*). C'est ainsi que l'on rencontre certaines cibles de performance clinique [3].

Les équipes interprofessionnelles doivent prodiguer des soins adéquats et de qualité dans ce contexte où la nature et la rapidité des interventions peuvent faire la différence entre la vie et la mort. Les prises de décision se font sous haute pression et chaque minute compte. En d'autres termes, pour être efficace dans la prise en charge des patients, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est primordiale. Celle-ci se décrit comme un processus interpersonnel entre plusieurs professionnels de la santé issus de disciplines différentes. Ils partagent des objectifs, des responsabilités, un pouvoir et ils œuvrent ensemble afin de

résoudre de façon optimale des problématiques liées à l'état et aux soins des patients [4].

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme a identifié six domaines de compétences pour une CIP efficace : la communication ; les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ; la clarification des rôles ; le travail d'équipe ; le *leadership* collaboratif et la résolution de conflits interpersonnels [5].

Malheureusement, plusieurs études ont démontré d'importantes lacunes sur le plan de la communication et de la coordination des équipes durant la prise en charge de patients polytraumatisés à l'urgence [6,7]. Ces insuffisances feraient partie des principales causes d'erreurs médicales évitables [8].

Au cours des dernières années, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'évaluation des interventions pour améliorer la collaboration des équipes en traumatologie, principalement dans le domaine de la formation et de la simulation cliniques mais très peu d'études ont exploré la façon dont les équipes interprofessionnelles interviennent auprès d'un polytraumatisé au service d'urgence [9].

Objectif et questions de recherche

L'objectif de cette étude est d'explorer, à partir des commentaires des professionnels de la santé, l'expérience de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence, au sein d'un centre de traumatologie au Canada. Au nombre de trois, les questions de la recherche étaient les suivantes.

- Quelle description les professionnels de la santé, impliqués dans la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie, font-ils de la CIP ?
- Quels sont les facteurs facilitant et contraignant la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie ?
- Quelles sont les propositions de ces professionnels afin d'améliorer la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie ?

Méthode

Devis de l'étude

Suivant une approche constructiviste, cette étude a adopté un devis qualitatif exploratoire descriptif. En effet, l'exploration de la CIP dans un contexte de traumatologie a été réalisée grâce à une recherche qualitative : elle permet de procéder de façon flexible à l'analyse de l'expérience vécue par les personnes concernées dans une situation donnée. Plus spécifiquement, cette étude est exploratoire, car elle vise à mieux comprendre ce phénomène encore peu étudié ; et elle est descriptive puisqu'elle décrit l'expérience de ces participants [10].

Cadre conceptuel

La démarche scientifique de ce projet (Fig. 1) s'est appuyée sur le cadre conceptuel pour comprendre la CIP de Reeves *et al.* [11]. Issu de la sociologie, ce cadre permet de mieux appréhender les facteurs influençant la CIP, et ce, en les divisant en quatre grands domaines : relationnel, procédural, organisationnel et contextuel. D'une part, ce cadre a favorisé le développement d'outils de collecte de données tels que les guides d'entretien utilisés lors des entrevues semi-dirigées et pour le groupe de discussion focalisé, ainsi que la grille d'observation. D'autre part, il a servi pour l'analyse de ces données, de même que pour la discussion à partir des résultats obtenus. L'utilisation de ce cadre conceptuel n'a toutefois pas empêché les auteurs de rester ouverts à l'émergence de nouvelles thématiques — c'est-à-dire une approche inductive —, et ce, tout au long du processus de recherche.

Milieu et échantillon

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier francophone de Montréal, au Canada. Désigné centre de traumatologie secondaire, il accueille approximativement 1000 cas de traumatismes par an. Cet établissement n'a pas de vocation d'enseignement universitaire et, par conséquent, n'accueille pas d'étudiants en médecine.

Les participants ont été sélectionnés à partir d'une méthode d'échantillonnage par choix raisonné. L'échantillon était composé de sept personnes ($n=7$) représentant l'équipe interprofessionnelle habituellement impliquée auprès de ce type de patients : une infirmière, un inhalothérapeute, un urgentologue, une assistante infirmière-chef, une conseillère en soins infirmiers de

l'urgence, un ambulancier paramédical et un aide-soignant (Tableau 1).

Déroulement de l'étude et collecte des données

La collecte des données s'est effectuée en trois temps, entre juin et novembre 2017.

- **Temps 1.** Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées avec les sept participants. D'une durée totale approximative de 50 heures et 45 minutes, elles ont été enregistrées sur bande audionumérique. Un guide d'entretien a été utilisé. Il était composé de questions ouvertes et inspiré des quatre domaines du cadre conceptuel de Reeves *et al.* Tous les participants ont également rempli un questionnaire de données sociodémographiques.
- **Temps 2.** Deux observations directes de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence ont été réalisées. Une grille d'observation permettant la classification des facteurs selon les quatre domaines du cadre conceptuel de Reeves *et al.* avait été développée préalablement, avec l'avis concerté de deux experts.
- **Temps 3.** Les sept participants à l'étude ont été invités à intégrer un groupe de discussion, environ quinze semaines après leur entrevue individuelle. À cette étape, ils ont été invités à compléter, confirmer ou infirmer les propos recueillis lors des entrevues individuelles. Le groupe de discussion a été enregistré sur bande audionumérique. Le contenu des échanges a été retranscrit en verbatim à des fins d'analyse.

Analyse des données

L'analyse des données est inspirée de Miles et Huberman [12]. La première étape a consisté à regrouper toutes les données provenant des entrevues individuelles semi-dirigées et des observations directes structurées. La deuxième étape a permis de les présenter de façon qu'elles apparaissent organisées et fassent sens. Une première synthèse des résultats de l'analyse des données, sous forme de tableaux, a été présentée aux participants lors du groupe de discussion, afin de confirmer ou d'infirmer les éléments déjà recueillis. Une seconde analyse a été effectuée dans le but de les relier aux entrevues individuelles, aux données d'observation et au groupe de discussion focalisé. Enfin, une troisième étape a permis la vérification des conclusions auprès des participants lors du groupe de discussion, mais aussi auprès des directeurs de recherche qui ont lu les analyses, puis validé les résultats obtenus.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis et approuvé par le comité d'éthique du milieu clinique participant à l'étude. Ainsi, les normes édictées par l'énoncé de politique des trois conseils quant au consentement libre et éclairé des participants, à la vie privée, à la confidentialité, aux conflits d'intérêts et à la protection des participants à l'étude vis-à-vis d'éventuels préjudices ont été respectés [13].

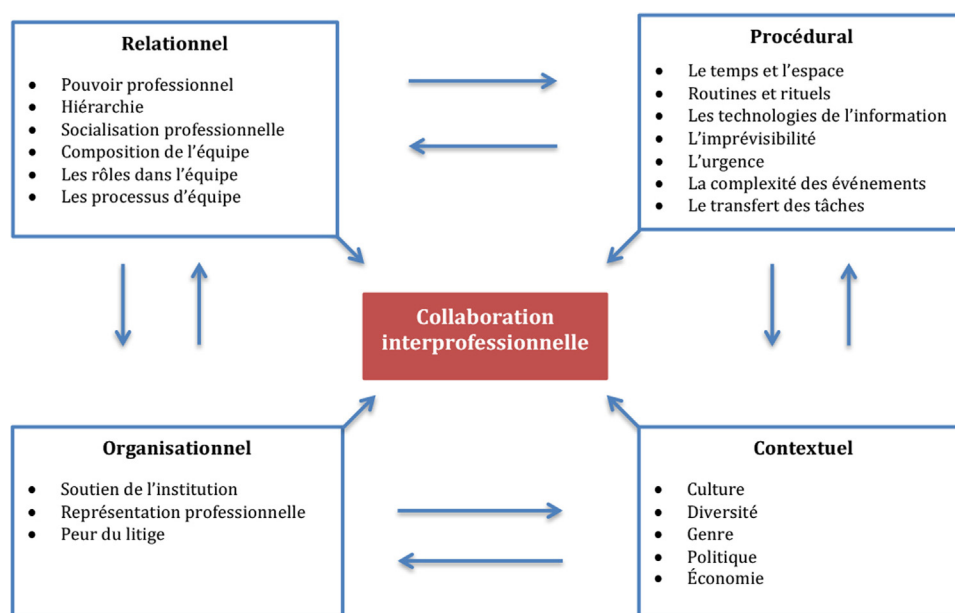


Figure 1. Cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle. © A. Lapierre. ; Traduction libre de Reeves et al. [11].

Tableau 1 Données sociodémographiques et autres données pertinentes des participants. © A. Lapierre.

| Caractéristiques | Nombre de l'échantillon (n = 7) | |
|---|---|---------------------------------|
| Sexe | Homme : 2 | Femme : 5 |
| Âge | 20–29 ans : 1 30–39 ans : 3 | 40–49 ans : 2 50–59 ans : 1 |
| Scolarité | DEP : 1 | Collégial : 3 universitaire : 3 |
| Discipline professionnelle | Infirmière : 3 Médecin : 1 Inhalothérapeute : 1 Aide-soignant : 1 Ambulancier : 1 | |
| Nombre d'années de pratique | 1–5 ans : 1 6–10 ans : 2 | 11–15 ans : 1 16 ans et + : 3 |
| Nombre d'années d'expérience en traumatologie | 1–5 ans : 2 6–10 ans : 1 | 11–15 ans : 3 16 ans et + : 1 |
| Formation continue pertinente | ATLS ^a : 3 | ACLS ^b : 3 |
| Occupation actuelle | Temps plein : 6 | Temps partiel : 1 |
| Quart de travail | Jour : 4 soir : 1 | Nuit : 1 variable : 1 |

^a Advanced Trauma Life Support.

^b Advanced Cardiac Life Support.

Résultats de l'étude

Résultats à la question 1

Lors des entrevues individuelles et du groupe de discussion focalisé, il a été question d'aborder la description de la CIP dans un contexte de traumatologie pour ces professionnels de la santé canadiens. Sept thèmes ont émergé.

Thème 1 : la communication

Les professionnels de la santé estiment que la communication est un élément central de la CIP dans un contexte de traumatologie. C'est celui qui a été le plus fréquemment

nommé lors des entrevues individuelles. « *C'est communiquer qui est le plus important* », a affirmé le participant 5.

Thème 2 : avoir un but commun, le patient

Le deuxième élément le plus souvent abordé est l'importance d'avoir un but commun. Ici, il s'agit du patient. Lors d'une entrevue individuelle, le participant 4 a décrit la CIP comme « *un échange d'informations entre des personnes dans le but d'arriver à un objectif commun* ». Pour plusieurs professionnels, le but commun demeure la santé du malade. « *On travaille tous ensemble pour sauver la vie du patient* », a déclaré le participant 6.

Thème 3 : connaître son rôle et celui des autres

Connaître son rôle est un élément important de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences. À ce sujet, le participant 3 a affirmé : « *Ça devient plus facile quand tout le monde sait quoi faire et comprend pourquoi il le fait.* » Le participant 1 a évoqué l'importance de connaître le champ d'action des autres intervenants : « *Il faut que tout le monde connaisse le rôle de tout le monde.* »

Thème 4 : le respect

Le respect est un autre élément important de la CIP. Le participant 7 a affirmé que le fondement de la collaboration est « *le respect mutuel entre les intervenants, car tout le monde est important* ». Dans le groupe de discussion focalisé, tous ont assuré que pour bien collaborer, il faut se respecter.

Thème 5 : l'écoute

Certains professionnels, moins nombreux, ont mentionné l'écoute comme un élément déterminant de la CIP. Pour l'ambulancier paramédical, elle est absolument nécessaire lors de son arrivée au centre hospitalier : « *Certains médecins vont prendre le temps de se retirer de la scène, et de prendre des notes à partir de ce que l'on dit. Ça, c'est de la collaboration !* »

Thème 6 : la collaboration bidirectionnelle

Aux yeux de plusieurs professionnels de la santé, la collaboration doit être bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit s'effectuer dans un sens comme dans l'autre. « *Les personnes qui parlent doivent être écoutées, que ce soit un aide-soignant, une infirmière ou le médecin. Pour moi, le dialogue doit fonctionner dans les deux sens* », a commenté le participant 4.

Thème 7 : la présence d'un leader

En traumatologie, les professionnels de la santé jugent indispensable d'avoir un leader lorsqu'il s'agit de collaborer. Le participant 1 a affirmé : « *Il faut que quelqu'un prenne le commandement. Il y a un leader médical, le médecin. Mais même au niveau des infirmières, il faut qu'une personne prenne le lead pour voir le travail de façon un peu plus globale.* »

Résultats à la question 2

Afin de faciliter l'analyse et la présentation des données, les différents facteurs de la CIP ont été divisés en tenant compte des quatre catégories du cadre conceptuel de Reeves *et al.* (relationnel, procédural, organisationnel et contextuel). Durant le processus d'analyse des éléments récoltés, une autre catégorie influençant la CIP a émergé : les facteurs individuels. La Fig. 2 présente le résumé des facteurs influençant la CIP en traumatologie. Une distinction est réalisée entre les thèmes se rapportant très fortement au cadre conceptuel utilisé dans ce projet et ceux issus de l'approche inductive utilisée.

Les facteurs individuels

La catégorie des facteurs individuels se compose des thèmes suivants : l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique, l'état émotionnel, et la mise à jour des connaissances. Ces facteurs sont tous issus de l'approche inductive employée dans ce projet.

Thème 1 : l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé

Sur un plan individuel, le fait, pour un professionnel de la santé, d'avoir été fréquemment exposé à l'intervention auprès d'un polytraumatisé aux urgences est jugé facilitant. Le participant 1 a déclaré : « *Si ce sont des gens expérimentés qui ont déjà eu un polytraumatisé, je les sens un peu plus calmes, un peu plus à l'aise dans leur position, et la communication est vraiment plus efficace.* » Le participant 3 a ajouté : « *Je pense que l'expérience est déterminante. Si on a fait des choses ensemble plusieurs fois, tout devient plus fluide, plus naturel.* ».

Thème 2 : l'état physique

La fatigue est un facteur contraignant la CIP. Il a été abordé par les professionnels de la santé. « *Quand on est fatigué, on est moins patient, on stresse plus facilement, donc, c'est plus difficile* », a estimé le participant 3. Le participant 7 y a fait référence : « *Je n'en ai pas parlé, mais le niveau de fatigue des intervenants a aussi son influence* ».

Thème 3 : l'état émotionnel

Les professionnels rencontrés sont d'avis que l'état émotionnel (l'humeur) d'un individu influence positivement ou négativement la CIP. À ce sujet, le participant 2 a expliqué : « *Si j'arrive un matin et que je ne me sens pas bien, ça va peut-être moins m'inciter à collaborer.* » Le stress est un autre élément pouvant affecter négativement la CIP. « *Je pense que le niveau de stress a un impact sur la qualité de l'intervention* », a jugé le participant 7.

Thème 4 : la mise à jour des connaissances

La mise à jour des connaissances pour les professionnels de la santé en traumatologie semble être un facteur influençant la collaboration. Le participant 1 a déclaré à ce sujet : « *Je me placerais peut-être plus au niveau individuel. On a la responsabilité de mettre nos connaissances à jour. Si les gens ne le font pas et arrêtent leur formation, c'est problématique.* »

Les facteurs relationnels

La deuxième catégorie, les facteurs relationnels, est celle qui a été le plus souvent abordée par les différents participants à l'étude. On y retrouve cinq thèmes pouvant influencer de façon positive ou négative la CIP : la communication, les rôles, la composition de l'équipe, la stabilité de celle-ci et les relations interpersonnelles. Ces facteurs s'apparentent fortement à ceux que l'on retrouve dans le cadre conceptuel de Reeves *et al.* [11].

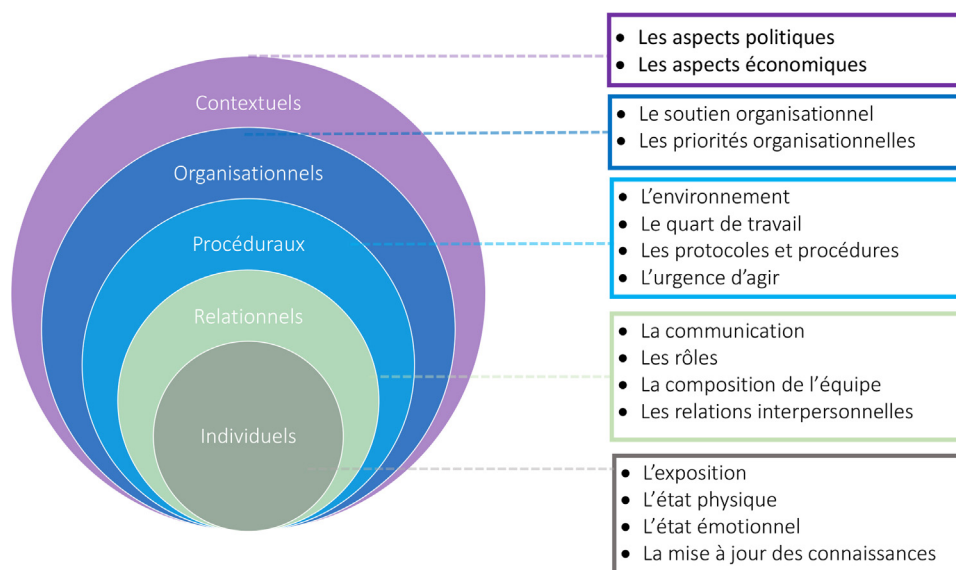


Figure 2. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé. © A. Lapiere

Thème 1 : la communication

Une bonne communication s'avère essentielle pour la CIP en traumatologie.

- « **Une bonne communication** », selon ces professionnels, passe donc par le fait de dire à haute voix et en temps réel ce qui est fait durant les différentes interventions auprès du polytraumatisé. En effet, le participant 7 a souligné qu'il est important que « *chacun indique bien où il en est à voix haute et que les autres prennent le temps de l'écouter* ».
- **Exprimer des directives claires** est un autre élément considéré comme déterminant par les différents professionnels de la santé rencontrés. Le participant 6 a certifié : « *Quand les directives ne sont pas claires, tu peux partir avec une idée. Et puis ce n'est pas ça du tout.* »
- **La communication en boucle fermée** — ou *closed-loop communication* — semble aussi faciliter la collaboration. Cette technique vise principalement à éviter de commettre des erreurs en s'assurant constamment que ce qui est dit est bien compris et fait. Le participant 1 a expliqué à ce sujet : « *J'aime bien quand il y a une répétition des actions posées, pour être sûr de bien comprendre ce que l'on fait ou ce que le médecin demande.* »
- **En ce qui concerne les facteurs contraignant la CIP**, les participants à l'étude ont mentionné le fait que la communication est parfois chaotique dans la prise en charge du polytraumatisé. « *Ça parle fort. Plus le son monte, plus les médecins ont besoin de parler fort et plus le chaos s'installe* », a ainsi exprimé le participant 4.
- **Le débriefing correspond à la période de rencontre des professionnels de la santé** à la suite de la prise en charge d'un polytraumatisé. Il permet de faire le point sur la situation. C'est un élément facilitant la CIP, a assuré le participant 5 : « *C'est vraiment une période qui permet de mettre en valeur ce qui a été bien fait. On essaie d'encourager les gens à évoluer et à s'améliorer. Je considère que c'est une façon de boucler la boucle et que c'est très important pour l'esprit d'équipe.* »

Thème 2 : les rôles

La répartition des rôles apparaît comme un élément primordial en traumatologie. Lorsque c'est possible, il faut identifier le rôle de chaque intervenant avant même l'arrivée du polytraumatisé.

- **Connaître son rôle et celui des autres intervenants** semble un facteur facilitant déterminant. À cet égard, le participant 7 a indiqué : « *Il faut que chaque personne sache ce qu'elle doit faire, mais aussi que le médecin connaisse le rôle de l'inhalothérapeute, celui de l'infirmière, etc.* »
- **Une bonne répartition des rôles de chacun** et une bonne connaissance de ceux-ci simplifieraient les tâches des uns et des autres, mais ils doivent respecter leur périmètre d'action. Il semblerait, en effet, que le fait de garder son rôle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé soit facilitant. En changer serait plutôt contraignant. Le participant 1 a déclaré : « *Il faut que chaque personne reste à sa place pendant l'intervention. Souvent, les médecins demandent beaucoup de choses en même temps et tout le monde se lance pour tout faire, au lieu d'accomplir une chose à la fois.* »
- **La notion de leadership** semble, par ailleurs, très importante en traumatologie, tant sur le plan médical qu'infirmier. Le participant 5 a assuré : « *Il est important que le leader soit bien défini et que l'on sache que c'est cette personne-là qu'il faut écouter en priorité.* »

Thème 3 : la composition de l'équipe

Un seul *leader* médical au chevet du patient est plus facile, de l'avis des participants.

- **La réalité veut que plusieurs médecins leaders soient parfois présents** auprès du même malade. « *Certains chirurgiens sont un peu plus interventionnistes sur place. Les spécialistes en soins intensifs le sont beaucoup trop. Ils ont tendance à prendre le lead quand c'est à d'autres de le faire* », a commenté le participant 5.

- **Une équipe stable, composée d'intervenants qui se connaissent** et qui sont habitués à travailler ensemble, aurait une influence positive sur la collaboration. Le participant 7 a signalé à ce propos : « *Si les intervenants ont appris à travailler ensemble et ont créé des affinités, la relation interpersonnelle va être plus facile, tout coulera plus facilement.* »
- **De nouveaux professionnels de la santé sont intégrés plusieurs fois par an** dans des équipes différentes, surtout au plan infirmier. L'intégration d'un nouveau membre en salle de traumatologie est un facteur influençant la collaboration. Il semble que la présence d'infirmières expérimentées soit un élément facilitant. Le participant 1 a déclaré à ce propos : « *Je pense que les gens moins expérimentés sont contents d'avoir à leurs côtés des gens avec une certaine expérience parce que ça leur donne un encadrement et une direction à suivre.* »

Thème 4 : les relations interpersonnelles

De bonnes relations interpersonnelles sont un élément facilitateur.

- **Les conflits interpersonnels constituent un sujet plus ambigu** selon les professionnels de la santé rencontrés. Le participant 3 a affirmé : « *De bonnes relations interpersonnelles donnent habituellement de bonnes relations interprofessionnelles.* » Mais le contraire ne semble pas forcément vrai : pour les professionnels de la santé interrogés, le fait d'avoir un conflit avec un collègue ou un confrère n'a pas d'impact (ou peu d'impact) sur la collaboration lors de la prise en charge du polytraumatisé. Le participant 4 a ainsi expliqué : « *Si j'ai un conflit avec quelqu'un, mais que j'ai un code trauma devant moi et que c'est avec cette personne que je dois travailler, je ferai équipe avec elle. Les différends disparaissent, car tu as un rôle à jouer. Dans un cas comme celui-là, tu ne te poses pas la question.* »
- **Le respect, qui aide à créer des relations interpersonnelles favorables**, semble avoir lui aussi une influence sur la CIP. « Je pense que c'est un allié pour la collaboration dans une salle de choc, mais parfois, la situation est stressante. Il y a une vie en jeu et tu sens comme une animosité, qui n'est pas normale. Ce n'est pas le cas tout le temps, mais en certaines occasions, il y a clairement un manque de respect », a mentionné le participant 7.
- **L'entraide apparaît comme un élément favorisant la collaboration.** Le participant 2 l'a attesté : « *Il ne faut pas hésiter à communiquer et à proposer de l'aide. "Y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour t'aider ?" C'est bon de savoir que la personne est là pour toi si tu en as besoin. C'est rassurant.* »
- **La confiance est un autre élément positif** relié aux relations interpersonnelles qui semble facilitant pour la collaboration. « *Je pense que les membres d'une équipe qui se connaissent et qui se font confiance vont être plus détendus, entre guillemets, même si le patient est un polytraumatisé sévère* », a détaillé le participant 7.

Les facteurs procéduraux

Les facteurs procéduraux constituent la troisième catégorie. Ceux se rapportant au cadre conceptuel de Reeves *et al.* sont

l'environnement, les protocoles et procédures, ainsi que l'urgence d'agir. Un nouveau facteur procédural, associé au contexte de la traumatologie en urgence, est toutefois apparu : le quart de travail.

Thème 1 : l'environnement

L'environnement est aussi un facteur déterminant à prendre en considération.

- **Les lieux physiques facilitent ou contraignent la prise en charge** du polytraumatisé. Le participant 1 a dit : « *Les lieux physiques sont beaux, on a une belle salle de trauma, on a de l'espace pour travailler.* » Le participant 4 a plutôt été de l'avis contraire : « *Il y a la machine à échographie, il y a 50 000 machines, cela ne laisse plus de place.* »
- **Le matériel, lorsqu'il est désuet manquant ou parfois difficilement accessible**, est un autre élément de l'environnement pouvant contraindre la collaboration. À ce sujet, le participant 1 a admis : « *Il y a beaucoup de matériel qu'on ne connaît pas et qui n'est pas installé au bon endroit. Peut-être devrait-on avoir un coin vraiment dédié à la traumatologie ?* » Concernant l'accessibilité du matériel, il a ajouté : « *C'est sûr qu'on a besoin de sortir de ces lieux physiques, car on n'a pas tout à notre disposition.* »
- **La présence de patients autres que le polytraumatisé dans la salle de choc** est unanimement considérée comme un facteur perturbant la collaboration. Le participant 2 a donné un exemple : « *Je peux être dans la salle de choc, en train de coder un patient polytraumatisé. Il y a un patient qui est sur BiPAP (ventilateur). Il décide d'arracher son BiPAP et décompense. L'attention peut parfois être détournée.* » Outre la présence de plusieurs patients, celle des familles peut aussi influencer la collaboration. Les professionnels sont tous d'avis qu'elles ont leur place dans la salle de choc, mais qu'elles doivent absolument être accompagnées par un intervenant pour ne pas impacter négativement la situation. « *La présence des membres de la famille, ça ne me dérange pas s'ils sont accompagnés par quelqu'un qui travaille dans l'hôpital et qui peut les encadrer et s'ils restent calmes* », a révélé le participant 3.

Thème 2 : les protocoles et procédures

Le fait de connaître les protocoles et procédures en traumatologie semble être un facteur facilitant la collaboration.

- « **Les procédures sont importantes**, a déclaré le participant 5, surtout pour la personne qui a le lead. Il est important de savoir comment obtenir des culots, comment s'organiser avec la radiologie, de connaître le rôle de chacun dans l'ATLS¹. » Inversement, le fait de ne pas connaître les protocoles et les procédures influence négativement la collaboration. À ce sujet, le participant 1 a soutenu qu'« *il faut vraiment qu'il y ait une structure dans la prise en charge. Avec l'ATLS®, tu as une structure. Pour la trauma, il y a une structure, mais je*

¹ ATLS® : Advanced Trauma Life Support® est un programme de formation pour les professionnels de la santé en traumatologie.

pense qu'elle n'est pas vue ou connue de tout le monde de la même façon ».

- **Le non-respect des protocoles et des procédures est une autre difficulté** et contraint nécessairement la collaboration. Le participant 2 a raconté qu'à plusieurs reprises, il n'a pas été informé de l'arrivée d'un polytraumatisé, comme la procédure le demande, et que le code trauma n'avait pas été lancé : *« Il y avait un téléphone rouge et je n'étais même pas au courant. Je passais par là et j'ai vu du monde qui était en train de masser. »*
- **Les transferts interhospitaliers semblent parfois difficiles**, car la collaboration entre les deux établissements est, aux dires des participants, laborieuse. Le participant 6 a relaté un transfert qui s'est mal déroulé : *« La collaboration avec l'autre centre hospitalier n'était pas là. Il y a eu un délai important, ça aurait pu être fait beaucoup plus rapidement. C'était vraiment compliqué avec l'autre centre. »*
- **Toujours sur le plan procédural, la coordination des plateaux techniques** est, selon plusieurs professionnels de la santé, un autre élément contraignant la collaboration dans un contexte de traumatologie. À ce sujet, le participant 5 a expliqué que la coordination des plateaux techniques n'est pas toujours effectuée de façon optimale et que cela entraîne des délais : *« Si les départements ne se coordonnent pas, il y a un gros souci. Si la banque de sang ne nous a pas rappelés, si la radiologie ne répond pas, si le scanner n'est pas libéré, ça peut être très contraignant. »*
- **La préparation est un élément facilitant.** Pour offrir un temps de préparation au personnel hospitalier, il est primordial que les intervenants en préhospitalier avisent celui-ci de leur arrivée. La préparation de la salle de choc est également importante selon le participant 6 : *« Moi, je pense que ça part de là. Le fait d'être toujours prêt. Comme si on pouvait recevoir le patient n'importe quand. »*

Thème 3 : l'urgence d'agir

L'acuité du patient semble être un élément affectant la collaboration dans le sens où plus celui-ci est sévèrement blessé ou instable, plus la collaboration devient difficile. Le participant 7 a déclaré : *« Plus l'état du patient est grave, plus le niveau de stress va être élevé. »*

Un élément s'est ajouté lors du groupe de discussion focalisé. Il a trait à l'urgence d'agir. Le participant 1 a certifié : *« Les jeunes patients nous stressent plus. Je crois qu'on est plus frileux et nerveux quand on a affaire à une personne d'une vingtaine d'années. »*

Thème 4 : le quart de travail

La réalité, aux dires des différents professionnels interrogés, est que la pratique en traumatologie n'est pas la même selon le quart de travail. Il semblerait qu'il y ait d'importantes divergences entre les trois quarts (0 h–8 h, 8 h–16 h, 16 h–minuit). À ce sujet, le participant 1 a souligné : *« Il y a une réalité différente, de jour, de soir et de nuit. Les ressources ne sont pas les mêmes et l'expérience n'est pas la même non plus. »*

Les facteurs organisationnels

Cette catégorie a été beaucoup moins abordée par les différents professionnels de la santé par rapport aux précédentes. Néanmoins, en accord avec le cadre conceptuel, un élément est ressorti : la présence et l'absence de soutien organisationnel. Selon l'approche inductive utilisée, les priorités organisationnelles apparaissent comme un nouveau facteur relié à ce contexte de soins.

Thème 1 : le soutien organisationnel (présence versus absence)

La présence et le nombre de ressources humaines offertes par l'organisation affectent nécessairement la collaboration.

- **Au niveau matériel**, le participant 4 a déclaré : *« Mon patron devrait m'assurer que j'ai tout ce qu'il me faut pour travailler en toute sécurité. Ça ne devrait pas être un souci pour moi. »*

Il évoquait un certain sentiment d'appartenance qui facilite forcément le travail des professionnels de la santé : *« Je pense que quand ton établissement te rassure, t'épaula, et que tu te sens bien où tu es, bien ancré, c'est plus facile de travailler. »* À l'opposé, le participant 3 a avoué ne pas ressentir la présence de l'organisation dans son travail : *« Ils sont assez absents, pour moi. C'est une idée plutôt abstraite. »*

- **Le soutien clinique**, c'est-à-dire le soutien apporté aux intervenants dans leur pratique, est un élément facilitant selon un professionnel. Le participant 4 a ainsi affirmé : *« On reçoit beaucoup de soutien de la part des cliniciennes, des médecins et de la direction lorsque de nouvelles choses apparaissent en cours de route. »* Sur les quarts de travail du soir et de la nuit, l'absence de soutien clinique semble avoir une influence négative. *« On n'a pas de moniteur clinique sur les quarts de travail soir et nuit. C'est l'assistante qui fait cela et elle est déjà occupée avec sa propre charge de travail »,* a témoigné le participant 1.
- **Les formations sont une composante** permettant d'améliorer la collaboration dans un contexte différent de la pratique réelle. *« C'est sûr que des formations, ça facilite la tâche »,* a assuré le participant 2. Le participant 3 a formulé un regret : *« On n'a pas assez de simulations. »*

Thème 2 : les priorités organisationnelles

Les avis peuvent être partagés concernant les priorités organisationnelles.

- **La traumatologie fait partie des priorités de leur organisation**, ont précisé deux participants lors du groupe de discussion focalisé. *« Si la traumatologie n'est pas une priorité, je pense que ça peut ne pas aider et donc devenir contraignant pour le développement des compétences des infirmières, des médecins, des inhalothérapeutes, toutes les personnes qui interviennent, et pour les différents plateaux techniques »,* a commenté le participant 1. *« Si c'est une priorité pour nous d'être à jour pour les traumas, mais que ce n'est pas une priorité pour l'organisation, on ne va pas loin »,* a surenchéri le participant 6.

- Pour d'autres, l'organisation semble très centrée sur les marqueurs de performance, c'est-à-dire les statistiques. Ils ne peuvent garantir que cela est vrai, mais ils affirment qu'ils ont souvent eu cette impression. « On est beaucoup sur les marqueurs de performance. On dirait qu'une fois que cela est respecté, ce qui se passe autour est moins grave », a commenté le participant 7. Le participant 3 est allé dans le même sens : « Mon impression est que ce sont les statistiques qui sont importantes. On va juste nous parler quand il y a un souci avec des chiffres ou un problème d'ordre médiatique. »

Les facteurs contextuels

Les facteurs contextuels sont ceux qui ont été les moins évoqués par les différents professionnels de la santé. Par le mot contextuel, on entend des facteurs politiques, économiques, culturels associés au genre, etc. Les facteurs politiques et économiques ont été désignés dans les différentes entrevues comme ceux ayant une influence négative sur la CIP en traumatologie. Dans cette catégorie, aucun nouveau facteur n'est issu de l'approche inductive.

Thème 1 : les aspects politiques

Depuis 2014, la réforme du système de la santé au Québec (Canada) semble avoir eu une influence sur la pratique des professionnels de la santé.

- Les changements administratifs au niveau du ministère, comme l' a attesté le participant 3 « créent beaucoup d'incertitude ». Le participant 4 a été de cet avis : « Aujourd'hui, on est davantage dans un moment de questionnement. Les gens ne savent pas trop comment les choses vont s'organiser. On la vit, cette incertitude-là. » Sur le plan politique, le lien entre les différents partenaires ne semble pas toujours être un atout.
- Au Québec, le continuum des services en traumatologie a été instauré afin de faciliter les services offerts aux polytraumatisés. Pour les professionnels rencontrés, ce lien entre les différents services ne semble pas optimal. Le participant 1, ambulancier paramédical, a déclaré : « Je pense que les liens entre les partenaires ne sont pas assez forts. Quand nous arrivons, vous n'êtes pas informé de nos changements, vous ne comprenez pas ce que nous faisons. » Le participant 1 a ajouté : « Je pense que l'arrimage dans le système de la santé est parfois difficile. Cela crée des frictions. »

Thème 2 : les aspects économiques

Plusieurs professionnels disaient ressentir les restrictions économiques.

- Au niveau du personnel, le participant 4 a expliqué, en faisant référence aux infirmières : « La gestion est toujours très serrée. S'ils pouvaient en enlever une, ils en enlèveraient une. » Le participant 7 a déploré qu'il n'y ait pas assez de médecins au sein de son service d'urgence : « On n'en a pas assez et ça crée beaucoup de problèmes, car tout le monde travaille à plus de 100 %, au-delà du maximum légal qu'on voudrait faire. C'est difficile. »
- Les restrictions du matériel se font également ressentir. Elles influencent indirectement la collaboration en traumatologie. « On avait un beau réchaud à soluté, on ne l'a

plus. Il valait 10 000 dollars [environ 8 444 euros, NDLR] et ils ne veulent pas le remplacer », a regretté le participant 1.

Résultats à la question 3

Lors du groupe de discussion focalisé, plusieurs solutions ont été évoquées. Le [Tableau 2](#) présente les différentes propositions et les verbatim associés.

Les interventions proposées par les différents professionnels sont principalement en lien avec les facteurs contraignants qu'ils ont identifiés dans leur pratique en traumatologie. Ils semblent conscients des éléments qu'ils doivent améliorer dans la CIP et les verbalisent lorsqu'il est question de soumettre des changements.

Discussion

Description de la CIP par les professionnels de la santé

Pour les professionnels de la santé rencontrés, la CIP dans un contexte de traumatologie se définit comme un ensemble d'éléments essentiels. Les différents écrits sur le sujet démontrent que le contexte dans lequel le concept de collaboration est analysé importe peu. La communication, la poursuite d'un objectif commun, le fait de connaître les rôles de chacun et le respect sont des principes décrivant bien la collaboration [14,15]. Autrement dit, le contexte de la traumatologie ne crée pas une exception.

- La présence d'un **leader** apparaît beaucoup plus spécifique aux soins critiques et à la traumatologie [9]. Dans les autres domaines, tels que les soins de première ligne et les soins en santé mentale, il est plutôt question de *leadership* partagé [14,15].
- La **collaboration bidirectionnelle**, ainsi nommée par les participants de cette étude, n'est pas un élément de la CIP identifié dans les écrits scientifiques. Il est toutefois possible de l'expliquer : elle désignerait l'implication égale de chaque professionnel au sein de la collaboration, un élément souvent abordé dans les écrits où il est question d'un « effort concerté » ou d'un « effort de coopération » [16].
- L'**écoute n'est pas directement identifiée** dans les différentes analyses du concept de collaboration. En revanche, il est possible de voir un lien avec le concept d'écoute lorsqu'il est question de respect et de communication.

Les résultats de cette étude confirment que le concept de collaboration dans un contexte de traumatologie est similaire à celui qui prévaut dans les autres contextes de soins, sauf peut-être lorsqu'il est question de *leadership*.

Les facteurs individuels influençant la CIP

Au vu des résultats obtenus, les facteurs individuels ont émergé comme étant le point central de la collaboration, car il va sans dire que sans les individus, il n'y a pas d'équipe.

- Les **facteurs individuels se traduisent**, pour les participants à cette étude, par l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique et

Tableau 2 Propositions pour améliorer la collaboration interprofessionnelle et les verbatims associés. © A. Lapierre.

| Propositions | Verbatims |
|---|---|
| Pratiques à modifier <ul style="list-style-type: none"> Le code trauma doit être lancé par un autre professionnel que le médecin Répartition des rôles et préparation de la salle avant l'arrivée du traumatisé Création d'un schéma pour la répartition des rôles S'assurer de prendre un instant pour écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux | <p>« À propos de lancer le code trauma, ça c'est une de mes suggestions les plus importantes, ça ne prend pas un médecin pour lancer un code trauma » (Participant 3)</p> <p>« La mise en place dans l'attente du polytraumatisé nous donnerait ce temps-là. Donc, c'est vraiment de prendre le temps, 2–3 minutes de sortir les cabarets et de se mettre en place » (Participant 4)</p> <p>« La création d'un schéma (...). Quand les gens rentrent dans la salle, bien la personne qui est déjà là dit "Toi t'es bleu, tu t'en vas là, toi t'es vert, tu t'en vas là", et cette personne-là, elle reste aux pieds avec le schéma et elle regarde si c'est conforme » (Participant 7)</p> <p>« C'est aussi d'arrêter les paramédics qui ont tendance à disperser l'information (...). Donc (...) il faut que le médecin et l'infirmière soient côte à côte et que je le dise une fois (le rapport) » (Participant 7)</p> |
| Moyens pour améliorer les pratiques <ul style="list-style-type: none"> Mise à niveau en traumatologie Simulation | <p>« Je pense que les mises à niveau sont nécessaires sur les trois quarts, car la conduite à tenir devrait être la même » (Participant 1)</p> <p>« Les simulations, ça te met des images et c'est très réaliste, pis ça ne dure pas longtemps » (Participant 1)</p> |

émotionnel du professionnel impliqué dans l'équipe et la mise à jour des connaissances. Les écrits consultés dans un contexte de traumatologie corroborent le fait que l'expérience individuelle du professionnel en traumatologie influence la collaboration ainsi que la performance de l'équipe [17,18].

- **L'état physique et émotionnel du professionnel** est toutefois peu abordé dans les écrits en traumatologie. On retrouve davantage ces notions dans les écrits en lien avec les facteurs humains dans les soins en santé. Il semblerait que les caractéristiques propres à l'individu, les effets du stress et de la fatigue et les risques associés aux distractions sont tels que même les professionnels les plus expérimentés sont susceptibles de commettre des erreurs et se montrent beaucoup moins efficaces [19].
- **Pour la mise à jour des connaissances**, plusieurs écrits affirment que les compétences et le savoir individuels influencent inévitablement la capacité du professionnel de collaborer et de s'impliquer dans une équipe [18,20].

Les facteurs relationnels influençant la CIP

Le fondement de la collaboration apparaît comme étant l'interaction entre plusieurs individus. C'est à ce niveau que les participants à cette étude ont eu beaucoup à dire. Les résultats démontrent que plusieurs facteurs concernant les relations, telles que la communication, les rôles, la composition de l'équipe et les relations interpersonnelles ont une influence considérable sur la CIP dans un contexte de traumatologie.

- **La communication est unanimement considérée par les professionnels rencontrés** comme un élément de la collaboration primordial. Plusieurs auteurs en traumatologie affirment notamment qu'une bonne communication, c'est-à-dire une communication claire et précise où l'écoute est mise en avant, est fondamentale pour le succès d'une équipe de soins et tout autant pour le transfert d'informations de l'équipe préhospitalière à son arrivée aux urgences [21].

Comme l'ont mentionné les participants à cette étude, l'utilisation de techniques de communication comme la communication en boucle fermée est cruciale afin d'éviter les erreurs [22]. Les écrits démontrent que le briefing est le moment de prédilection pour le partage du savoir et le développement de l'esprit d'équipe. Il aurait aussi une influence favorable sur la pratique clinique [23].

- **Les rôles dans l'équipe constituent un autre facteur influençant la CIP** dans un contexte de traumatologie. Il s'avère important dans la prise en charge du polytraumatisé de bien les connaître, de bien les répartir et d'avoir la capacité de les tenir dans le feu de l'action [18,21].

- **La traumatologie se différencie d'autres contextes lorsqu'il est question de leadership.** À ce sujet, plusieurs auteurs confirment que la présence d'un leader efficace (et un seul), tant sur le plan médical qu'infirmier, est associée à une meilleure collaboration au sein de l'équipe [24,25].

- **La composition de celle-ci est un autre élément des résultats de cette étude.** Pour ce milieu clinique, la

collaboration entre les différents médecins est décrite comme étant souvent ardue, au sens où ils prennent simultanément le rôle de *leader*, ce qui provoque une confusion pour les autres professionnels de la santé. Cole et Crichton [17] confirment que des conflits dans le corps médical existent et créent souvent un climat tendu. Sarcevic *et al.* [26] identifient cette structure de *leadership*, où deux médecins agissent indépendamment l'un de l'autre, comme étant la plus néfaste pour une équipe.

- **La notion de stabilité de l'équipe** a été également abordée par les participants de l'étude. À ce sujet, les écrits soulignent que la composition stable ou changeante d'une équipe affecte la collaboration [19,27]. Les participants ont évoqué l'intégration d'un nouvel intervenant dans l'équipe de soins, la considérant comme un facteur influençant la collaboration, surtout pour les soins infirmiers. Les écrits sur les infirmières nouvellement graduées appuient en tout point les propos des participants quant à l'importance et l'influence positive de l'encadrement et du soutien de l'équipe pour leur intégration [28]. Pour les professionnels de la santé rencontrés et les écrits recensés, la collaboration se base sur de bonnes relations interpersonnelles entre les individus. Elles reposent principalement sur le respect, l'entraide et la confiance [18,21].
- **Les conflits, dans un contexte de traumatologie**, ne semblent pas avoir été étudiés. Pour tous les contextes de soins confondus, il apparaît que les conflits interpersonnels affectent fortement la collaboration et qu'ils auraient de multiples conséquences, principalement sur les soins administrés au patient [29]. Les résultats de cette étude divergent des écrits, car les professionnels rencontrés estiment que les conflits interpersonnels n'ont aucun impact sur la collaboration en situation d'urgence, comme la prise en charge d'un polytraumatisé. Cette différence s'explique probablement par le sentiment d'urgence qu'ils éprouvent au moment de sauver la vie du patient.

Les facteurs procéduraux influençant la CIP

Les propos des professionnels de la santé qui ont participé à cette étude laissent supposer que plusieurs facteurs procéduraux influencent la CIP en traumatologie : l'environnement, le quart de travail, les protocoles et procédures ainsi que l'urgence d'agir.

- **L'environnement se traduit**, pour les participants à cette étude, par des lieux physiques adéquats et l'accessibilité à un matériel conforme. Plusieurs auteurs affirment que ces éléments ont une influence sur le travail d'équipe, mais aussi sur la fluidité de la prise en charge du patient [18,30].
- **Le bruit, le nombre de professionnels et de patients présents dans la salle de choc** sont autant de facteurs ayant une influence sur le travail d'équipe et sur l'efficacité de la communication [17,31]. Comme les participants à l'étude l'ont mentionné, il faut également tenir compte de la présence des familles. À ce sujet, l'étude de Leske *et al.* [32] a démontré que les familles se sentaient rassurées lorsqu'elles pouvaient être présentes durant la prise en charge du patient traumatisé. Comme l'ont signalé les participants à l'étude, la présence d'un

professionnel de la santé auprès de la famille se révèle nécessaire, afin de la soutenir [33].

- **Le quart de travail est un autre facteur identifié.** Les écrits ne font pas précisément mention de cet élément. Les participants le considèrent comme un facteur en raison des différences qui subsistent entre les quarts de travail. Elles sont liées à l'expérience des professionnels présents et au nombre de ressources disponibles. Ainsi, les quarts de travail du soir et de la nuit auraient un niveau d'expertise plus limité, surtout pour les infirmières ; et le nombre d'intervenants serait inférieur, si on les compare au quart de jour du matin. C'est ce qui ferait du quart de travail un facteur influençant la CIP pour ce milieu clinique.
- **Les protocoles et procédures** sont aussi des éléments influençant la collaboration. Il semble que le fait de structurer la pratique soit un bon moyen de soutenir le travail d'équipe et le transfert d'information. Le fait de ne pas suivre les protocoles et les procédures aurait plutôt l'effet inverse et augmenterait le stress des professionnels de la santé [18,34]. Par ailleurs, la préparation de l'espace physique et de l'équipe serait un facteur facilitant le travail de cette dernière en traumatologie.
- **Les transferts interhospitaliers**, toujours sur le plan des facteurs procéduraux, auraient une influence sur la performance de l'équipe de soins. Il est évident que le transfert d'un patient vers un centre surspécialisé en traumatologie nécessite une coordination et une communication optimales entre toutes les parties prenantes, pour offrir des soins sécuritaires et de qualité [35].
- **La coordination interne des différents plateaux techniques** est un facteur plutôt contraignant, aux dires des participants à cette étude. Sur ce point, Fisher *et al.* [36] affirment que les processus ne sont pas toujours efficaces en raison de l'implication simultanée de plusieurs services et du changement constant dans les processus de soins.
- **Le sentiment d'urgence**, et plus particulièrement l'acuité du patient, affecterait fortement l'équipe de soins. Selon Cole et Crichton [17], il semblerait que plus le patient est instable, plus la collaboration est chaotique. Dans les écrits scientifiques en traumatologie, on ne semble pas considérer que l'âge du patient ait une influence. On le retrouve plutôt dans les écrits concernant la réanimation cardio-vasculaire [37]. Dans les écrits recensés — et comparés à l'avis des professionnels de la santé rencontrés —, rien ne porte à croire que le comportement des intervenants diffère selon l'âge du patient.

Les facteurs organisationnels influençant la CIP

Les facteurs organisationnels ont été beaucoup moins rapportés par les participants à cette étude. Lorsqu'ils ont été interrogés sur le sujet, ils ont identifié le soutien et les priorités de l'organisation comme étant des facteurs influençant la collaboration des équipes en traumatologie.

- **Le soutien de l'organisation se traduit par de multiples éléments.** Parmi ceux-ci, on trouve principalement les ressources humaines et matérielles, le soutien clinique, la formation et le sentiment d'appartenance. Sur le plan organisationnel, les écrits en traumatologie témoignent

de l'importance des ressources humaines et matérielles pour le travail des équipes de soins [18]. Aucun autre facteur organisationnel ne semble avoir été identifié, mais pour plusieurs auteurs en soins critiques, le soutien clinique et la formation interprofessionnelle sont deux autres éléments favorisant la collaboration, témoignant de la volonté de l'organisation d'accompagner les équipes de soins [34,36].

- **Les participants, jugeant que la collaboration et la traumatologie ne sont pas des priorités pour l'organisation, semblent** influencés les équipes de ce milieu clinique. À ce sujet, San Martín-Rodríguez *et al.* [38] affirment que tous les milieux de soins requièrent un cadre organisationnel favorisant la collaboration. Un cadre dans lequel on doit retrouver une structure et une culture soutenant cette pratique, en mettant en avant l'importance de celle-ci et en définissant clairement les attentes.

Les facteurs contextuels influençant la CIP

L'influence des facteurs contextuels a été peu évoquée par les participants à l'étude et elle ne semble pas documentée dans les écrits scientifiques en traumatologie.

- **Les aspects politiques et économiques** étaient les deux prédominants pour les personnes impliquées dans cette recherche. En effet, les professionnels de la santé pensent que les changements intervenus dans le système de santé canadien ont créé des restrictions budgétaires importantes et ont influencé leur collaboration en traumatologie par des manques humains et matériels.
- **Dans un contexte de traumatologie, aucun écrit n'aborde ce type de facteurs.** Dans d'autres contextes, tels que les soins intensifs et les soins de première ligne, les aspects politiques et économiques ont été identifiés comme étant des facteurs influençant la collaboration [27,39]. O'Reilly *et al.* [39] soulignent que les ressources financières sont extrêmement significatives lorsqu'il est question de collaboration, car elles déterminent la composition de l'équipe, les opportunités de formation, les systèmes de communication et même l'espace physique disponible. La présente étude apporte de nouveaux savoirs sur les facteurs contextuels influençant la CIP en traumatologie.

Les propositions pour améliorer la CIP

Les différentes propositions émises par les participants à cette étude pour améliorer la CIP corroborent majoritairement les interventions suggérées dans les écrits [34]. Les participants ont d'ores et déjà conscience des lacunes qu'ils vivent au quotidien en traumatologie. Ils ont formulé deux sortes de propositions : les modifications à apporter dans leur pratique et les moyens à mobiliser pour améliorer celle-ci.

- **Plusieurs solutions relèvent des pratiques à améliorer** et apparaissent comme plutôt spécifiques à ce milieu : faire en sorte que le code trauma soit activé par un autre professionnel que le médecin, mieux répartir les rôles, préparer la salle de choc avant l'arrivée du patient ou encore prendre le temps d'écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux.

- **Concernant les moyens, les propositions des participants** sont comparables aux suggestions de la revue de littérature de Buljac-Samardzic *et al.* [40] qui souligne que les modifications visant à améliorer la performance des équipes se traduisent principalement par la formation interprofessionnelle, la simulation, le recours à de nouveaux outils et les interventions organisationnelles.

Contributions de l'étude

Les résultats de cette étude permettent de corroborer certaines connaissances provenant des écrits scientifiques, principalement celles relevant des facteurs individuels, relationnels et procéduraux. Ils apportent un regard nouveau sur la description de la CIP par les professionnels de la santé et confirment que ce concept, dans un contexte de traumatologie, est comparable à celui prévalant dans les autres milieux de soins, à l'exception d'une compétence : le *leadership*.

- **Cette analyse génère de nouveaux résultats** concernant les facteurs organisationnels et contextuels influençant la collaboration dans un service de traumatologie. Cette étude en traumatologie serait la première, parmi les écrits recensés, à aborder les facteurs de la collaboration reliés aux aspects contextuels.
- **D'un point de vue théorique, cette étude a contribué au développement et à l'application du modèle conceptuel de Reeves *et al.*** dans la pratique des professionnels de la santé exerçant en traumatologie. L'utilisation de ce cadre de référence est novatrice, car, à ce jour, on n'a repéré aucun autre écrit en traumatologie s'appuyant sur celui-ci. Tout en adoptant une approche qualitative inductive, ce cadre favorise une collecte de données approfondie et une présentation structurée des résultats, selon les quatre catégories de facteurs (relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels). Cette étude aura aussi permis d'identifier une cinquième catégorie de facteurs influençant la CIP : les facteurs individuels.

Chaque professionnel impliqué au sein de cette collaboration influence celle-ci par ses propres expériences et compétences, ainsi que par ses dispositions physiques et émotionnelles.

- **Sur le plan méthodologique, l'utilisation de l'observation comme outil de collecte de données** est novatrice, afin de comparer les propos des professionnels et la réalité. Dans un contexte de traumatologie, l'observation est souvent utilisée pour évaluer la performance des équipes, mais très peu pour identifier les facteurs influençant un phénomène. Le recours à cette méthode comporte plusieurs avantages. Parmi ceux-ci, les données sur l'environnement et les comportements humains peuvent être identifiées directement par le chercheur et mettre en lumière des éléments qui, de prime abord, pourraient passer inaperçus pour les professionnels de la santé au cœur de l'action.

Forces et limites de l'étude

Cette étude qualitative exploratoire comporte des forces et des limites.

- **La première force demeure le choix du cadre de référence**, retenu pour sa concordance factuelle avec les soins critiques. Celui-ci a d'ailleurs inspiré, sur le plan méthodologique, la collecte des données, leur analyse et l'interprétation des résultats.
- **La deuxième force réside dans l'hétérogénéité de l'échantillonnage**, la pluridisciplinarité ayant été privilégiée. Toutefois, une limite apparaît avec le peu de représentativité de chaque profession. L'ambulancier paramédical, l'inhalothérapeute, le médecin et l'aide-soignant étaient ainsi représentés que par un seul individu. Il n'en demeure pas moins que cet échantillon reflète bien, malgré sa petite taille, une équipe de traumatologie type dans un service d'urgence au Québec. La description détaillée des professionnels impliqués dans cette étude permet un transfert des résultats. L'absence de deux participants lors du groupe de discussion focalisé, pour cause d'indisponibilité, constitue une deuxième limite.
- **La troisième force se situe sur le plan méthodologique**, avec l'utilisation de plusieurs types de collecte de données : l'entrevue individuelle, le groupe de discussion focalisé et l'observation directe. La validation des résultats lors du groupe de discussion focalisé a permis de s'assurer que l'interprétation faite par la chercheuse correspondait bien aux propos tenus par les participants. Enfin, il est à noter que l'investigatrice est, elle-même, infirmière et membre d'une équipe de soins aux urgences. Sa propre expérience de collaboration au sein d'une équipe de soins en traumatologie a pu "teinter" son interprétation des résultats.

Retombées de l'étude

Les résultats de cette étude méritent d'être connus des différents professionnels de la santé afin de leur faire prendre conscience des multiples facteurs qui influencent la collaboration et, par conséquent, leur pratique en traumatologie.

- **Ces résultats démontrent que l'influence multifactorielle est omniprésente** au sein de la collaboration en traumatologie et affecte de toutes parts les professionnels de la santé. Avec cette étude, ils réaliseront peut-être davantage ce qui se passe autour d'eux et voudront éventuellement contribuer à l'amélioration de leur pratique.
- **Tirés de l'expérience de plusieurs professionnels de la santé venant de disciplines différentes**, les résultats traduisent la réalité du terrain pour les soins en traumatologie. C'est un bon départ pour la mise en place d'interventions adaptées dans ce contexte de soins spécifique. Les propositions d'interventions formulées par les participants offrent un bon point de repère pour l'amélioration des pratiques.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev* 2015;22(1):3–18.
- [2] Tøien K, Bredal IS, Skogstad L, et al. Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011;19–22.
- [3] American College of Surgeons. ATLS® (Advanced Trauma Life Support®). Student course manual.; 2018 <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>.
- [4] Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum* 2010;45(2):73–82.
- [5] Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référence nationale de compétences en matière d'interprofessionnalisme; 2010 https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CIHC_IPCompencies-FrR-Sep710.pdf.
- [6] Berge EAG, Rutten FLPA, Tadros T, et al. Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening? *Injury* 2005;36(8):905–11.
- [7] Chua WC, D'Amours SK, Sugrue M, et al. Performance and consistency of care in admitted trauma patients: our next great opportunity in trauma care? *ANZ J Surg* 2009;79(6):443–8.
- [8] Flin R, Winter J, Sarac C, Tomas MAR. Human factors in patient safety: review of topics and tools. In: Report for methods and measures working group of who alliance for patient safety. Genève (Suisse): World Health Organisation; 2009.
- [9] Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health* 2013;11(57), <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>.
- [10] Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. 3^e éd. Montréal: Chenelière Éducation; 2016.
- [11] Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork in health and social care. Oxford (Grande-Bretagne): Wiley-Blackwell; 2010. p. 208, <http://dx.doi.org/10.1002/9781444325027.FMATTER>.
- [12] Miles MB, Huberman M. Analyse des données qualitatives. 2^e éd. Paris: De Boeck; 2015.
- [13] Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada. Instituts de recherche en santé du Canada. Énoncé de politique des trois conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains. Gouvernement du Canada; 2014 http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69.
- [14] Lam AHY, Wong JTL, Ho ECM, et al. A concept analysis of interdisciplinary collaboration in mental healthcare. *COJ Nurse Healthcare* 2017;1(2).
- [15] Sangaletti C, Schweitzer M, Peduzzi M, et al. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2017;15(11):2723–88.
- [16] Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;61(2):232–41.
- [17] Cole E, Crichton N. The culture of a trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs* 2006;15(10):1257–66.
- [18] Khademian Z, Sharif F, Tabei SZ, et al. Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013;18(4):333–9.

- [19] Xiao Y, Parker SH, Manser T. Teamwork and collaboration. *Reviews of human factors and ergonomics* 2013;8:55–102.
- [20] Leggat SG. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res* 2007;7:17.
- [21] Raley J, Meenakshi R, Dent D, et al. The role of communication during trauma activations: investigating the need for team and leader communication training. *J Surg Educ* 2017;74(1):173–9.
- [22] Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, et al. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* 2013;3(10), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003525>.
- [23] Steinemann S, Bhatt A, Suares G, et al. Trauma team discord and the role of briefing. *J Trauma Acute Care Surg* 2016;81(1):184–9.
- [24] Ford K, Menchine M, Burner E, et al. Leadership and teamwork in trauma and resuscitation. *West J Emerg Med* 2016;17(5):549–56.
- [25] Clements A, Curtis K, Horvat L, Shaban RZ. The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations. *Int Emerg Nurs* 2015;23(1):3–7.
- [26] Sarcevic A, Marsic I, Waterhouse LJ, et al. Leadership structures in emergency care settings: a study of two trauma centers. *Int J Med Inform* 2011;80(4):227–38.
- [27] Kendall-Gallagher D, Reeves S, Alexanian JA, Kitto S. A nursing perspective of interprofessional work in critical care: findings from a secondary analysis. *J Crit Care* 2017;38:20–6.
- [28] Pfaff K, Baxter P, Jack S, Ploeg J. An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *J Adv Nurs* 2014;70(1):4–20.
- [29] Bochatay N, Bajwa NM, Cullati S, et al. A multilevel analysis of professional conflicts in health care teams: insight for future training. *Acad Med* 2017;92(11s):84–92.
- [30] Gharaveis A, Hamilton DK, Pati D. The impact of environmental design on teamwork and communication in healthcare facilities: a systematic literature review. *HERD* 2017;11(1), <http://dx.doi.org/10.1177/1937586717730333>.
- [31] Wood K, Crouch R, Rowland E, Pope C. Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emerg Med J* 2015;32(7):577–81.
- [32] Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs* 2013;20(2):77–85.
- [33] Twibell R, Siela D, Riwtis C, et al. A Qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs* 2017;27(1–2):320–34.
- [34] Weller JM, Boyd MJ, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014;90(1061):149–54.
- [35] Sethi D, Subramanian S. When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi J Anaesth* 2014;8(1):104–13.
- [36] Fisher M, Weyant D, Sterrett SE, et al. Perceptions of interprofessional collaborative practice and patient/family satisfaction. *J Interprof Educ Pract* 2017;8:95–102.
- [37] Frost DW, Cook DJ, Heyland DK, Fowler RA. Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: a systematic review. *Crit Care Med* 2011;39(5):1174–89.
- [38] San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005;19(1s):132–47.
- [39] O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, et al. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: an integrative review. *PLoS One* 2017;12(5):e0181893, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0177026>.
- [40] Buljac-Samardzic M, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JDH, van Wijk KP. Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy* 2010;94(3):183–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.015>.