

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



N°.....

THESE

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LES SERVICES CLINIQUES DU CHU PR BOCAR SIDY SALL DE KATI EN 2021

Présentée et soutenue publiquement le 19/01/2023 devant la Faculté de Pharmacie

Par M. WEND-KOTA J. ANDRE SANDWIDI

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (**Diplôme d'Etat**)

JURY

Président : M. Sékou Fantamady TRAORE (Professeur)

Membres : M. Simbo Seydou DIAKITE (Assistant)

M. Sylvestre TRAORE (Maitre-Assistant)

Co-directeur : M. Issa COULIBALY (Maitre-Assistant)

Directeur : M. Sékou BAH (Professeur)

DEDICACES

Au Père Dieu Tout Puissant

Cette aventure m'a permis d'augmenter en foi et de me rapprocher de mon Seigneur.

Par ta grâce j'ai pu terminer ce travail, par ta grâce je serais un pharmacien en acte.

A mon Père Dr Charles SANDWIDI

Un modèle de vie, Merci papa pour votre soutien, pour vos encouragements, pour vos conseils. Puisse Dieu vous accorder longévité et santé pour que vous puissiez bénéficier de ce fruit que vous avez semé.

A ma Mère Delphine SANDWIDI née TOUGMA

Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Une dame inspirante, mon modèle, ma force, ma motivation et ma détermination. Celle qui a œuvré pour que je sois là aujourd'hui.

Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites in shaa 'Allah. C'est une chance d'être ton fils. Je suis très heureux parce que je sais que ce travail te rendra encore plus fière que tu ne l'es déjà.

Que Dieu te garde longtemps auprès de nous, qu'il fasse que nous tes enfants, nous soyons une source de satisfaction pour toi.

Merci Maman, Je t'aime.

A Wend-Kôta J André SANDWIDI

Déjà je te félicite pour ton parcours, pour ton courage et ton sens du travail bien fait. Tellement d'épreuve mais tu as su résister et tirer ton épingle du jeu. Te voilà enfin à la fin de cette étape, un parcours torride rempli d'épreuves, de tristesse, de larmes, de joie et j'en passe. Soit fière de cet homme que tu es devenu et puisse le Tout Puissant continuer à te gratifier de ses innombrables bienfaits. Tu seras heureux In shaa Allah.

A la mémoire de : Dr Moussa SANOGO, Bakary CAMARA et Bintou KONTE

De belles personnes que Dieu a décidé de rappeler auprès de lui. Je vous dédie ce travail. Que Dieu vous fasse miséricorde et vous accorde le haut degré de son paradis.

Remerciements

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu. Et aussi à ceux dont j'aurai oublié de mentionner le nom, le stress qui accompagne ces moments, me fait oublier de vous citer, mais sachez que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

A la terre Malienne

Pays d'hospitalité, de générosité. Merci pour l'accueil chaleureux et pour l'enseignement reçu. Puisse Dieu vous accorder paix et stabilité.

A ma sœur Stéphanie SANDWIDI et mon frère Christian SANDWIDI

Une partie de moi, mon soutien infaillible. Notre séparation a été une des choses les plus douloureuses. Difficile au départ mais nous avons su gérer, être proche et s'ouvrir l'un à l'autre. Merci pour vos moments joie, vos soutiens, votre patience, vos conseils. Soyez heureux et que le Tout Puissant nous rapproche davantage.

A mes tantes Dr Geneviève ONADJA, Bety SANDECO SANDWIDI,

Merci mes tatas pour vos différents accompagnements et vos conseils tout au long de mon parcours. Puisse Dieu vous prêter longue vie pieuse et santé.

A mes cousins Bertrand, Aurélie, Vanessa Inès, Shirley, les jumeaux Mo&Yo

Merci à vous chers cousins pour vos différents soutiens. Puisse Dieu bénir vos différents projets et nous unir davantage.

A mes oncles Ambroise, Hermann et Georges TOUGMA, Pr Tignegre, Dr Henry

Merci à vous pour vos différents conseils et soutiens. Je vous en suis reconnaissant. Puisse Dieu vous bénir vous et vos familles.

A mes grands-parents

Merci pour vos prières. Puisse Dieu vous accorder longévité et santé.

A ma famille Adama SORE, Bruno KOROGO, Landry BAYOULOU, Hama Fashion IMA, Taleb KANT

Merci pour votre disponibilité et votre marque de gentillesse. Puisse Dieu vous bénir et nous unir davantage.

A Dr Issa COULIBALY

Mon professeur de gestion en 5^e année vous avez su me marquer lors de vos cours participatifs. Plus qu'un directeur de thèse vous êtes une personne inspirante pour moi. Je vous remercie pour vos conseils, vos encouragements et votre sens du travail bien fait. Puisse le bon DIEU vous accorder le meilleur et vous guidez sans cesse dans la droiture.

A Dr Moussa FOFANA

Merci pour tout l'abnégation à mon égard. Puisse Dieu t'en gratifier.

A Dr Dramane COULIBALY

Merci SuccessSpirit pour tes conseils, et cette belle aventure. Puisse DIEU t'accorder le meilleur dans cette vie.

Aux Dr Simbo DIAKITE, Dr Sarmoye TRAORE et Dr Sylvestre TRAORE pharmaciens au CHU de Kati

Mes chers maîtres vous avez été d'un soutien pour moi au sein du CHU Pr BSS de Kati. Je vous remercie pour vos différents apports et conseils. Puisse Dieu vous accorder le meilleur dans vos vies.

Ma famille de Bamako

A Auriane SANDWIDI

Ma sœur, merci à toi aussi de m'avoir supporté, d'avoir été toujours là pour moi. Merci pour tous ces moments d'énervement, de joie et d'amour. Que le Tout Puissant te comble et t'accorde le meilleur, ce que tu désires de plus chère.

A Moussa FOFANA, Dramane COULIBALY, Abdoul Wahab SARR

*Des amis qui se sont transformés en frère. Tellement de moments passés ensemble, faim, pauvreté, larmes, fou rire et j'en passe. Que Dieu vous en récompense par le bien et nous montre ton jour Abdou Sarr. Merci aussi à **Papa Moulaye FOFANA, Dr COULIBALY M. Le Maire de Koutiala et Dr SARR père** ainsi qu'à toute vos familles. Qu'ALLAH vous comble de ses grâces.*

A mes ami(es) Fatim TOURE, Deogracias ILBOUDO, Fanny MISSOH, Aissata SANGARE, Abdoul Wahab SARR, Moussa FOFANA, Dramane COULIBALY, Nouhoum SANGHO,

Merci pour vos encouragements et votre amour. Succès dans tout ce que vous entreprenez.

A la Triade, Dramane COULIBALY, Abdoul Wahab SARR, Moussa FOFANA

Nos rencontres se feront rare mais j'ai FOI en nos projets futurs. Nous serons des acteurs incontournables du secteur pharmaceutique. Puisse ALLAH nous accorder plein de bons moments ensemble.

Au Pingres, Trevis BOA, Jered GUEYE, Hervé AMOUSSOU-KOUE TETE

Que dire que vous ne savez déjà. Vous avez été d'une grande aide tant morale que physique. Puisse Dieu vous récompenser pour tout et par tout ce que vous désirez de bien dans votre vie. Que nos liens perdurent à jamais et que Dieu nous montre vos jours.

A mes amis nigériens Ibrahim OUMAROU SALIFOU, Faycal MAHAMADOU, Aminou MOCTAR, Ismael HAMIDINE

Merci à vous pour tous ces moments passés à vos côtés. Puisse Dieu bénir vos projets et nous unir davantage

A DR Hama DIALLO et à sa famille, Seydou COULIBALY secrétaire principal

Merci pour vos différents soutiens

A mes aînées de la communauté Burkinabè, Dr Souleymane SARE, Dr Korotoumou OUATTARA, Dr Alain MAIGA, Dr Yvonne PARE

Merci pour l'enseignement reçu. Puisse le bon DIEU vous combler de ses innombrables bienfaits.

A mon ami de la promotion Burkinabè Dr Alassane KONE

Malgré nos multiples occupations on a toujours su rester unis et soudés. Que cette nouvelle aventure soit pleine de succès pour tous. Sois heureux.

A mes cadets de la communauté Burkinabè Moïse OUEDRAOGO, Deogracias ILBOUDO, Cécile DAMIBA, Balkissa NOMBRE, Mariam ZEBRET, Adja AGUERA

Merci pour l'affection porter à ma personne. Que Dieu facilite vos parcours respectifs.

A mes promotionnaires et à mon groupe d'exposé, Aissata SANGARE, Dr Yayi DIARRA, Dr Souleymane KAMISSOKO, Dr Amadou DIALLO, Klezanga DAOU, Aviha DIAKITE, Issaka BALAM, Wesley Jefferson, Kassoum DEMBELE

Merci d'avoir contribuer à la réussite de mon parcours universitaire. Soyez de meilleurs pharmaciens. Que Dieu vous comble de ses bienfaits.

A mes camarades de l'AEP-MALI, Moussa FOFANA, Souleymane KABA, Hassane KANTE, Bintou KANOUTE, Mamadou SIDIBE, Assetou Mansour SY, Abdoulaye SARAMBOUNOU, Sidy BAMBA, Mohamed TRAORE (Destino), Kassoum DEMBELE

Merci pour votre disponibilité et votre marque de gentillesse. Puisse le bon DEU vous en gratifier.

A mes compagnons du Havre de Charité et d'Abnégation, Amadou Yamadou SIDIBE Assetou Yamadou SIDIBE, Moussa KONATE, André SANDWIDI, SARR Abdoul-Wahab, Khatrino BEN, Raïssa CISSE, Binta KRAMA, El Hadj Baba CISSE, Fatoumata TOURE, ainsi qu'à tous les membres du Havre de Charité et d'Abnégation (HCA) et de l'association BiBass

Puisse le bon DIEU vous récompenser pour tous ces moments de partage et que nos différentes associations perdure longtemps.

A Dr TRAORE et Dr DIAMOUTEME ainsi qu'à tout le personnel de la pharmacie Ami DIADE et Kodjo de la pharmacie Kanou

Merci pour la collaboration, l'opportunité et la sympathie que vous m'avez donnée et la qualité de la formation reçue. Puisse Dieu vous rétribuer pour toute votre générosité.

A toute la communauté Burkinabè du Mali.

Merci pour l'esprit d'entraide et de fraternité.

A toute la douzième promotion du numerus clausus FAPH/Bamako

Merci pour ses moments de partage, ces 6 années passées ensemble, ont été pour moi une joie. Bonne continuation !

Aux communautés sœurs de la promotion

Ivoirienne, Camerounaise, Togolaise, Béninoise, Merci à vous pour l'entente cordiale entre nous. Soyez une fierté de la communauté pharmaceutique dans vos pays respectifs.

Aux personnels du CHU Pr BSS de Kati qui ont participé à l'étude

Merci pour votre accueil chaleureux et votre contribution à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur TRAORE Sékou Fantamady

- ❖ **PhD en entomologie médicale ;**
- ❖ **Directeur du programme d'entomologie médicale du MRTC**
- ❖ **Responsable de l'enseignement de la biologie et de la Zoologie à la FMOS ET FAPH**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. L'étendue de vos connaissances, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre sens élevé du travail bien fait suscitent une grande admiration. Ce travail n'aurait pu aboutir sans vos conseils avisés et votre disponibilité. Recevez ici honorable maître le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur DIAKITE SEYDOU SIMBO

- ❖ **Docteur en pharmacie ;**
- ❖ **Assistant en chimie organique ;**
- ❖ **Chef du service du laboratoire.**

Cher maître

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre intérêt pour le travail bien fait et votre humilité en général ont fait de vous un Maître à admirer.

Puisse Dieu le Tout Puissant vous accorder longévité et santé afin que soient menés à bien vos projets.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur TRAORE Sylvestre

- ❖ **Pharmacien praticien au CHU Professeur Bocar Sidy SALL de Kati ;**
- ❖ **Assistant en gestion pharmaceutique à la Faculté de Pharmacie ;**
- ❖ **Spécialiste en gestion des approvisionnements pharmaceutiques et logistique en santé.**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur, en acceptant de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre culture scientifique et votre disponibilité. Votre marque de respect pour vos collaborateurs et vos étudiants font de vous un maître au grand cœur.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez assuré de notre profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur COULIBALY Issa

- ❖ **Maître-assistant en gestion à la Faculté de Pharmacie ;**
- ❖ **Titulaire d'un master en management des établissements de santé**
- ❖ **Enseignant chercheur ;**
- ❖ **Chargé de cours de gestion à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de service des examens et concours de la faculté de Pharmacie ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU BOCAR SIDY SALL de Kati ;**
- ❖ **Membre du Groupe de Recherche sur le secteur public en Afrique ;**
- ❖ **Membre du Laboratoire télé médecine, télé-enseignement de l'UCAD de Dakar ;**
- ❖ **Membre du Laboratoire de Recherche en GRH/ Stratégie et Organisation de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar ;**
- ❖ **Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro.**

Cher Maître,

Ce travail est avant tout le vôtre et nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour qu'il soit mené à bien. Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité, malgré vos multiples occupations, ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Votre souci pour la formation continue des étudiants, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre grande ouverture d'esprit et vos conseils, nous ont très favorablement marqué.

Permettez-nous cher maître, de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR

Professeur BAH Sékou

- ❖ **Maître de conférences de pharmacologie à la FAPH ;**
- ❖ **PhD en pharmacologie ;**
- ❖ **Membre du comité technique de pharmacovigilance ;**
- ❖ **Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;**
- ❖ **Chef du service de la pharmacie hospitalière au CHU du Point G ;**
- ❖ **Vice Doyen de la Faculté de Pharmacie.**

Cher maître,

Vos larges connaissances pharmaceutiques, votre honnêteté intellectuelle, ont satisfait notre admiration. Nous sommes très fiers et très honoré d'être compté parmi vos disciples. Cher maître, c'est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre profonde gratitude et notre sincère remerciement.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIHC :	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CIP :	Collaboration Inter-Professionnelle
CIPS :	Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé
CMIE :	Centre Médical Inter-Entreprises
EPST :	Établissements Publics Scientifiques et Technologiques
FIPCCP :	Programme formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
RAMED :	Régime d'Assistance Maladie
RCPI :	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
SAS :	Service d'Assistance Sociale

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition du personnel hospitalier en fonction du sexe	26
Tableau II: Répartition du personnel hospitalier en fonction de la tranche d'âge.....	26
Tableau III : Répartition du personnel enquêté en fonction de la profession.....	27
Tableau IV: Répartition du personnel en fonction de l'ancienneté.....	27
Tableau V: Répartition du personnel selon l'autonomie des services.....	28
Tableau VI: Répartition du personnel enquêté selon l'existence d'une collaboration franche entre les professionnels.....	28
Tableau VII: Répartition du personnel de la pharmacie hospitalière selon l'appréciation faite de la collaboration interprofessionnelle.....	29
Tableau VIII: Répartition du personnel enquêté selon le type de relation	29
Tableau IX: Répartition du personnel enquêté selon la nécessité de collaboration entre La pharmacie hospitalière et les services.....	29
Tableau X : Répartition du personnel enquêtés selon les avantages liés à la pratique d'une bonne collaboration interprofessionnelle.....	30
Tableau XI : Répartition du personnel selon qu'ils trouvent ou pas que la direction de l'hôpital encourage la pratique d'une bonne collaboration.....	31
Tableau XII : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils pensent que leur service sollicite la pharmacie hospitalière.....	32
Tableau XIII : Répartition du personnel de la pharmacie hospitalière selon les propositions d'amélioration de la collaboration.....	32
Tableau XIV: Répartition du personnel enquêté selon les motifs de sollicitation.....	33
Tableau XV : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils réfèrent les patients en pharmacie hospitalière.....	33
Tableau XVI: Répartition du personnel enquêté selon qu'ils aient reçu La liste des médicaments disponibles.....	33

Tableau XVII : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils aient été associé aux commandes de médicaments.....34

Tableau XVIII : Répartition du personnel enquêté selon la disponibilité des médicaments ou consommables.....34

Tableau XIX : Répartition du personnel enquêté selon la satisfaction de leur demande par la pharmacie hospitalière34

Tableau XX : Répartition du personnel enquêté selon la fréquence des ruptures.....35

Tableau XXI : Répartition du personnel enquêté selon la qu'ils pensent que nous pouvons introduire des pharmaciens ou une unité de soins pharmaceutiques dans les services après avoir reçu la formation nécessaire.....35

Tableau XXII : Répartition du personnel selon les canaux de sollicitations utilisés.....35

Tableau XXIII : Répartition du personnel interrogé selon les difficultés rencontrées dans cette collaboration.....36

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques	3
II. GÉNÉRALITÉS.....	4
1. Définition des concepts	4
2. Les différents niveaux de collaboration.....	6
3. Cadre de référence : modèle de D'Amour	15
4. Les avantages de la collaboration interprofessionnelle	16
5. Les facteurs influençant le développement et le maintien d'une collaboration entre professionnels	17
6) Les modalités de collaboration	22
III. MÉTHODOLOGIE.....	23
1. Cadre et Lieu d'étude	23
2. Type et période d'étude.....	23
3. Population d'étude.....	23
4. Technique et outils de collecte	24
5. Variables à collecter	25
6. Saisie et Analyse des données	25
7. Aspect éthique et considération administrative	25
IV. RÉSULTATS.....	26
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	37
1. Limites et difficultés de l'étude.....	37
2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	38

3. Collaboration interprofessionnelle	38
4. Difficultés rencontrées par le personnel et propositions pour l'amélioration des collaborations interprofessionnelle.....	40
CONCLUSION.....	41
RECOMMANDATIONS.....	42
REFERENCES.....	XXVIII
ANNEXES.....	XXXIII

INTRODUCTION

L'hôpital est un point de convergence d'une multitude de professions et même de spécialités à l'intérieur d'une même profession. Ces professionnels et spécialistes partagent non pas seulement un même espace de travail, mais aussi la même clientèle à savoir les malades. Chacun de par sa formation, ses connaissances, ses habiletés et son expérience détient une partie seulement de la solution au problème que pose le malade [1], d'où la nécessité d'une collaboration franche entre les professions (collaboration interprofessionnelle, CIP) et services (collaboration interservices, CIS). Il a été montré qu'améliorer le travail en équipe et en collaboration permettait une meilleure efficacité dans divers aspects du système de santé ainsi qu'une meilleure qualité des soins prodigués et une meilleure sécurité du malade [2]. Une approche d'équipe représente clairement une valeur ajoutée pour les malades et leurs proches : messages cohérents, rôles et responsabilités clairs, priorités identifiées [3].

Dans un contexte d'amélioration de la prise en charge thérapeutique du patient, d'évolution des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, de forte contrainte économique et de compétition croissante entre établissements, la collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques revêt une importance majeure. La complexité des activités pharmaco-techniques nécessite davantage de compétences dans leur mise place, maintenance et fonctionnement. Ceci implique de créer des synergies et mutualiser les activités et retours d'expériences sont des axes importants. Ces objectifs communs doivent nous inciter à développer une stratégie partagée et la mutualisation de moyens. Malgré l'existence d'outils de collaboration depuis plusieurs années, les établissements hospitaliers peinent à s'engager dans ces démarches [4].

Les services cliniques, de par son rôle de pivot dans les soins primaires, sont amenés à interagir avec de nombreux professionnels de santé pour pouvoir prendre en charge son patient globalement. Or ces interactions ne sont pas optimales, faute de temps, de manque de coordination ou encore de méconnaissance des professionnels entre-eux. De nouveaux modèles de pratiques professionnelles doivent donc être envisagés. Dans de nombreux pays, la collaboration apparaît comme une des solutions pour améliorer les systèmes de santé [5].

Au Canada en 2009, a été créé le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) à la suite du projet intitulé le patient au cœur de nos actions : Mieux se former pour mieux collaborer. Le RCPI a pour mission le développement et la valorisation des connaissances, des habiletés et des attitudes liées aux pratiques de la collaboration interprofessionnelle (CIP) centrée sur la personne, ses proches ou

la communauté, tant sur le campus universitaire que dans les établissements en santé et services sociaux [6].

En parallèle différents travaux ont montré l'efficacité et l'impact favorable d'une étroite collaboration entre les services cliniques sur la réduction d'effet indésirable médicamenteux, la durée d'hospitalisation, de taux de réadmission et de mortalité.

Au Mali, selon la loi hospitalière il existe des textes régissant la collaboration interprofessionnelle et interservices au sein d'une structure hospitalière. Très peu d'études ont été menées sur le sujet. De ce constat naît la question suivante : comment les services cliniques collaborent-ils dans nos structures de santé pour optimiser la prise en charge des patients ?

De cette question centrale découlent plusieurs autres questions :

- ✓ Quels sont les services et professions impliqués dans la prise en charge d'un malade hospitalisé ?
- ✓ Quel est le niveau de collaboration interprofessionnelle et interservices dans nos hôpitaux ?

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Étudier la collaboration interprofessionnelle entre les services cliniques au CHU BSS de Kati.

2. Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire le profil socio-démographiques des enquêtés ;
- ✓ Identifier les mécanismes de collaboration entre les services cliniques ;
- ✓ Déterminer le niveau de collaboration entre les services cliniques ;
- ✓ Déterminer la collaboration entre la pharmacie et les services cliniques ;
- ✓ Identifier les difficultés et formuler des propositions pour plus de mutualisation entre les services cliniques.

II. GENERALITES

1. Définitions de quelques mots clés

1.1 La collaboration

Le terme « collaboration » vient du latin cum *laborare* signifiant travailler avec [8]. Elle est l'une des différentes formes que les interactions entre individus sont susceptibles de prendre. Elle se réfère à l'idée de partage et suppose une action collective orientée vers un but commun (FIPCCP). Way et Jones définissent la collaboration comme « *un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et aux aptitudes distinctes et partagées des fournisseurs de soins de santé d'influencer de façon synergique les soins prodigués aux patients* » [9]. Graham et Barter indiquent qu'il serait nécessaire, afin de mieux comprendre le concept de la collaboration, de puiser dans une large panoplie de littérature liée à l'interdisciplinarité dans différents domaines tels que l'éducation, le management, la psychologie, la sociologie et le travail social [6]. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) présente la collaboration comme une pratique où les prestataires de santé œuvrent de concert avec d'autres membres de leur profession ou d'autres professions, avec leurs malades/clients ainsi qu'avec leur famille [12]. La pratique en collaboration exige un climat de confiance et d'appréciation mutuelle de manière à ce que les prestataires de la santé puissent sentir qu'ils peuvent recourir les uns aux autres et poser des questions sans craindre qu'on porte sur eux un jugement négatif. Lorsque les prestataires de la santé travaillent en collaboration, ils poursuivent des buts communs et peuvent analyser tout problème qui survient et y chercher des solutions.

1.2 La collaboration interprofessionnelle

Un encadrement des pratiques de collaboration interprofessionnelle suppose une définition claire et précise du phénomène, même si aucune définition ne fait l'unanimité parmi les scientifiques. L'une des difficultés dans le processus de définition vient de ce que les termes utilisés pour désigner la pratique de collaboration sont nombreux et souvent confondus témoignant de l'intérêt mondial pour le phénomène de collaboration interprofessionnelle [10].

Plusieurs termes sont donc utilisés en relation avec la collaboration interprofessionnelle tels que l'interdisciplinarité, la multidisciplinarité, le travail d'équipe, la collaboration, la concertation, la coopération, avec des définitions évoluant avec le temps. Malgré notre souci de précision et de clarté, il nous sera difficile de proposer une définition unique à la collaboration interprofessionnelle, mais nous retenons celle proposée par Danielle D'Amour en 1997, soit la collaboration interprofessionnelle comme « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients » [1]. Elle consiste aussi en « la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus insiste aussi, sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail » [1]. Il nous paraît aussi utile de souligner la différence dans la signification des termes « interdisciplinaire », « multidisciplinaire » et « interprofessionnelle » selon le Programme de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP), bien qu'ils soient le plus souvent utilisés de façon interchangeable.

- ✚ La multidisciplinarité fait référence à des individus provenant de différents champs d'études qui travaillent de façon indépendante vers l'atteinte d'un but commun [11].
La multidisciplinarité sous-tend une juxtaposition de professions variées et de compétences [12].
- ✚ L'interdisciplinarité implique également des individus issus de différents domaines, mais on observe un meilleur degré de collaboration entre les membres de l'équipe dans l'atteinte d'un objectif commun [11]. Elle est basée sur l'intégration des connaissances et de l'expertise de chaque professionnel, où des solutions à des problèmes complexes peuvent être proposées de façon flexible et ouverte [12].
- ✚ Le terme profession faisant référence à des connaissances spécialisées acquises pour la pratique dans le cadre d'une préparation académique [11], la notion d'interprofessionnalité émerge comme la solution à un problème requérant une plus grande cohésion entre les différentes professions. Il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt

que chaque profession puisse travailler en collaboration et de façon intégrée avec les autres [13].

2. Différents niveaux de collaboration

2.1 Vue d'ensemble

La pratique en collaboration se présente comme « un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication d'idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant » [14].

Schématiquement, elle se présente comme une addition de cinq axes : le contexte, les objectifs de collaboration, l'interaction entre les individus, l'intégration des savoirs et les outils (voir figure 1). Les axes étant étroitement liés entre eux. La pratique indépendante figure également sur le schéma, bien que n'étant pas une pratique de collaboration, justifiant la couleur blanche utilisée en arrière-plan. Pour ce qui est de la pratique collaborative elle-même, quatre niveaux sont représentés selon le degré de complexité allant du plus simple à gauche vers le plus évolué à droite. Ces pratiques de collaboration réfèrent aux situations cliniques où au moins deux intervenants de disciplines différentes sont impliqués auprès d'une même personne (P).

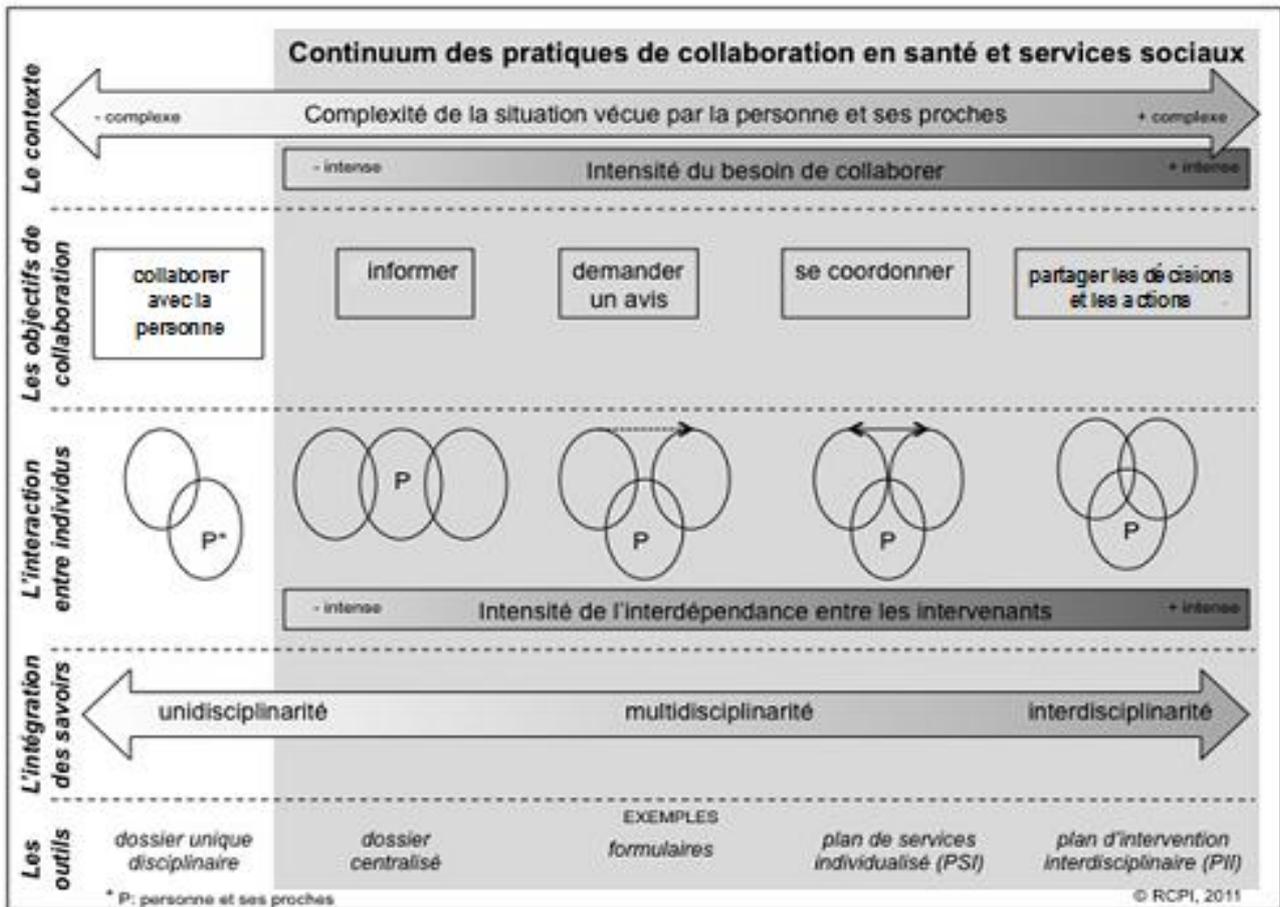


Figure 1 – Le schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux (RCPI 2011)

Le lien entre les différents axes peut s'expliquer en ces termes : le contexte de la situation telle que vécue par le malade, ses proches et la communauté nécessite une collaboration plus ou moins intense entre les intervenants. Ils se doivent à leur tour d'avoir des objectifs de collaboration claire. L'atteinte de ces objectifs suppose une interaction entre les individus et une intégration des savoirs disciplinaires dans la mesure où les intervenants sont suffisamment outillés.

2.1.1 Le contexte

Le contexte d'une situation vécue interpelle une collaboration plus ou moins intense entre les intervenants. Une situation simple pouvant facilement être gérée par une pratique indépendante ne nécessite pas une collaboration. La collaboration s'impose et à des degrés divers lorsque les besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou communauté deviennent plus importants. Les professionnels doivent être en mesure de « voyager » tout le long du continuum de collaboration pour ajuster leurs pratiques de collaboration à la complexité de la situation

vécue par la personne et ses proches impliquant une capacité à utiliser les niveaux de collaboration appropriés selon la situation [11, 15].

2.1.2 Les objectifs de collaboration

Les termes utilisés dans cet axe décrivent les objectifs qui sous-tendent la nécessité de collaboration entre les intervenants. Ainsi, lors d'une pratique totalement indépendante, l'objectif pour l'intervenant est de collaborer uniquement avec la personne et ses proches tandis que dans une pratique très intense de collaboration, les intervenants, la personne et ses proches déterminent par exemple qu'ils ont besoin de prendre des décisions partagées pour répondre adéquatement à une situation donnée [16].

2.1.3 L'interaction entre les individus

Les cercles utilisés dans cet axe représentent le champ d'expertise des intervenants et de la personne et ses proches (P). Or, dans une pratique indépendante, l'interaction se fait exclusivement entre l'intervenant et la personne. En pratique de collaboration, les champs d'expertise se retrouvent plus ou moins près et plus ou moins intégrés. Plus l'interaction est grande et plus les champs d'expertise sont rapprochés et intégrés, plus on constate d'interdépendance entre les individus [11, 12]. Cette interdépendance est alors observée à la fois dans les processus de prise de décision que dans le partage de la responsabilité.

2.1.4 L'intégration des savoirs

Une interaction et une interdépendance plus grande entre les intervenants amènent inévitablement une intégration plus intense des différents savoirs disciplinaires. Les termes unidisciplinaires, multidisciplinaires et interdisciplinaires proviennent tous du mot « discipline » qui signifie « branche de savoir » [13].

Comme chaque profession est caractérisée par un champ de connaissances particulières et bien organisées, il est logique de supposer qu'une pratique de collaboration très intense et une grande interdépendance entre les individus impliqués amènent invariablement une intégration plus intense de leurs différents savoirs disciplinaires.

2.1.5 Les outils

Les termes présentés dans cet axe particulier sont des exemples d'outils pouvant être utilisés selon les différents niveaux de pratiques de collaboration. Les exemples fournis ne sont pas exhaustifs ni mutuellement exclusifs puisque plusieurs outils peuvent être utilisés conjointement selon le contexte de pratique. Cet axe illustre cependant le fait que plus la pratique de

collaboration est intense et complexe, plus il est aidant d'utiliser différents outils pour formaliser et structurer celle-ci.

2.2 La pratique indépendante

Elle doit correspondre aux situations, où les connaissances disciplinaires d'un seul professionnel sont suffisantes pour évaluer et répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté. Le partenariat entre la personne, ses proches ou la communauté et le professionnel nécessite alors un savoir unidisciplinaire en raison de la simplicité de la situation.

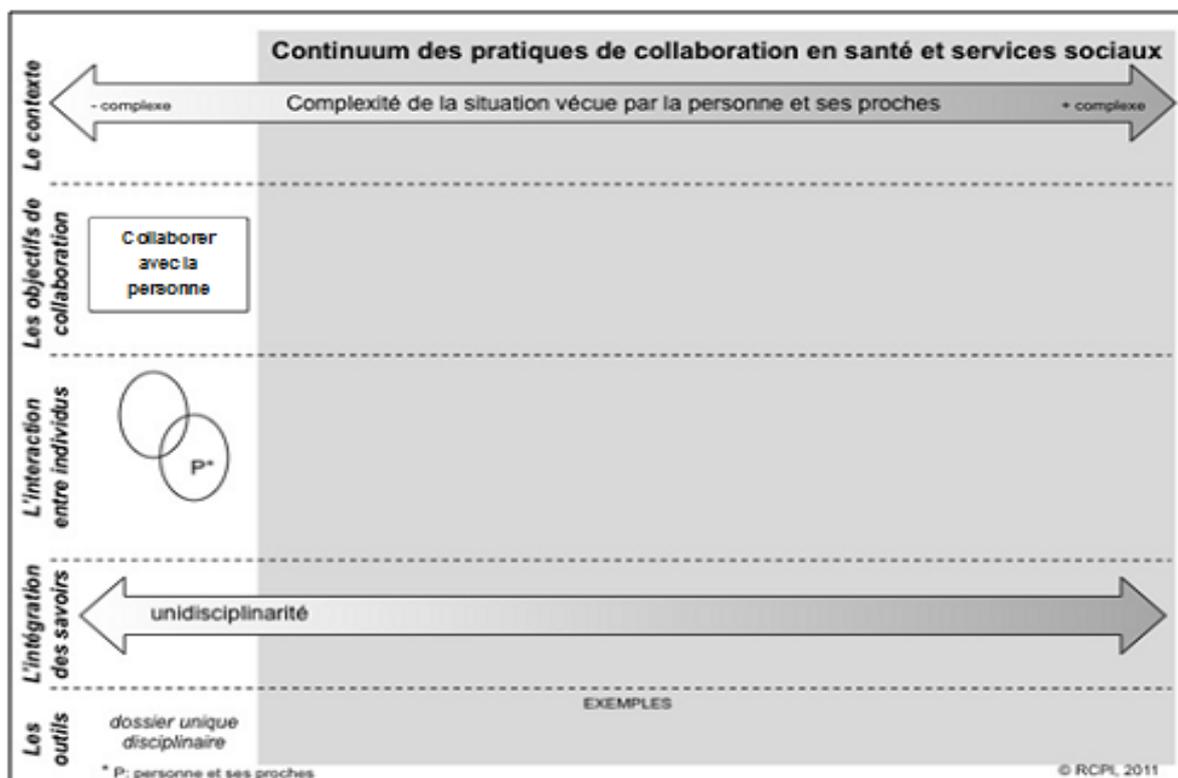


Figure 2 – La pratique indépendante (RCPI 2011)

2.3 Niveau 1 : Le travail en parallèle

Le travail en parallèle est caractérisé par une situation où le professionnel entre en relation au moins avec un autre professionnel d'une discipline différente, dans le but de s'informer sur ce que celui-ci met en œuvre pour intervenir auprès d'une même personne, de ses proches ou de la communauté (P). Ceci est illustré sur le continuum par une flèche pointillée unidirectionnelle (figure 3). Les interactions sont donc minimales, voire absentes. L'interdépendance est quasi absente dans ce type de pratique de collaboration, et par conséquent, les savoirs disciplinaires sont organisés en silo (unidisciplinarité) [12].

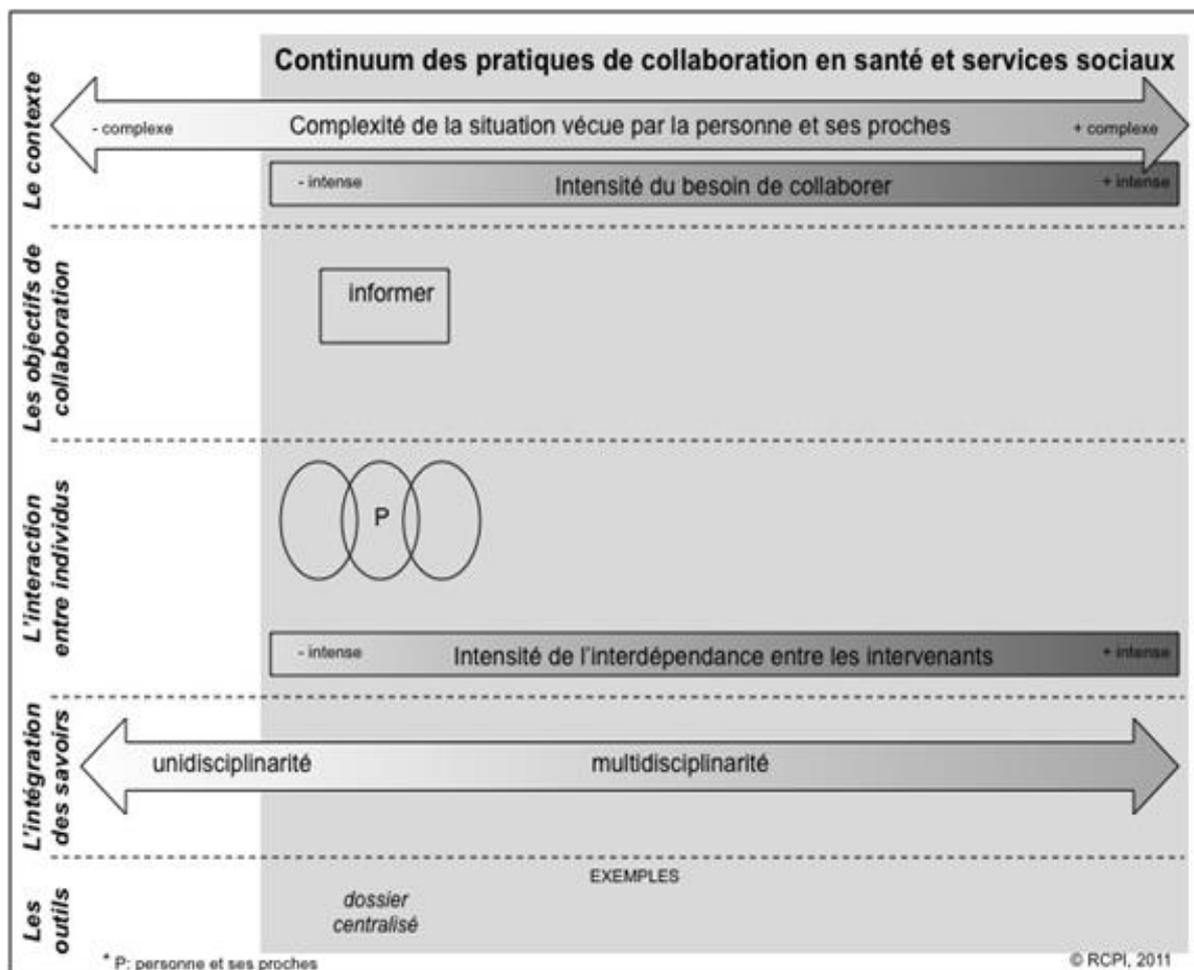


Figure 3 – La pratique en parallèle (RCPI 2011)

2.4 Niveau 2 : Le travail par consultation/référence

Dans cette pratique, il y a échange d'informations avec au moins un autre professionnel d'une autre discipline. Deux modalités sont possibles : la consultation directe d'un autre professionnel afin de clarifier, de compléter ou d'orienter ses interventions et la référence auprès d'un autre professionnel en demandant sa contribution spécifique (ex. demande

d'évaluation, de traitement, etc.) dans le but d'améliorer les soins ou les services offerts à la personne, à ses proches ou à la communauté (P). Dans tous les cas, cette pratique de collaboration interprofessionnelle implique une reconnaissance de l'étendue et des limites de son expertise et le recours à un autre professionnel détenant une expertise particulière ou à un professionnel d'un autre champ disciplinaire. Les interactions demeurent peu nombreuses et épisodiques. Elles sont donc représentées par des cercles plus rapprochés, mais liés par une flèche en pointillé bidirectionnelle, qui représente un faible degré d'interdépendance entre les individus (figure 4). En effet, le professionnel qui consulte un collègue décidera lui-même de prendre en considération ou non l'avis obtenu pour orienter les interventions, en partageant la décision avec la personne, ses proches ou la communauté (P). Dans la situation où la référence s'adresse à un professionnel d'un autre champ disciplinaire, celui-ci décidera seul des suites à donner.

Dans ce contexte, on peut considérer que les savoirs disciplinaires demeurent parallèles, mais qu'on espère qu'ils se juxtaposent de façon cohérente afin de répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté, ce qui fait référence à un début de multidisciplinarité [16].

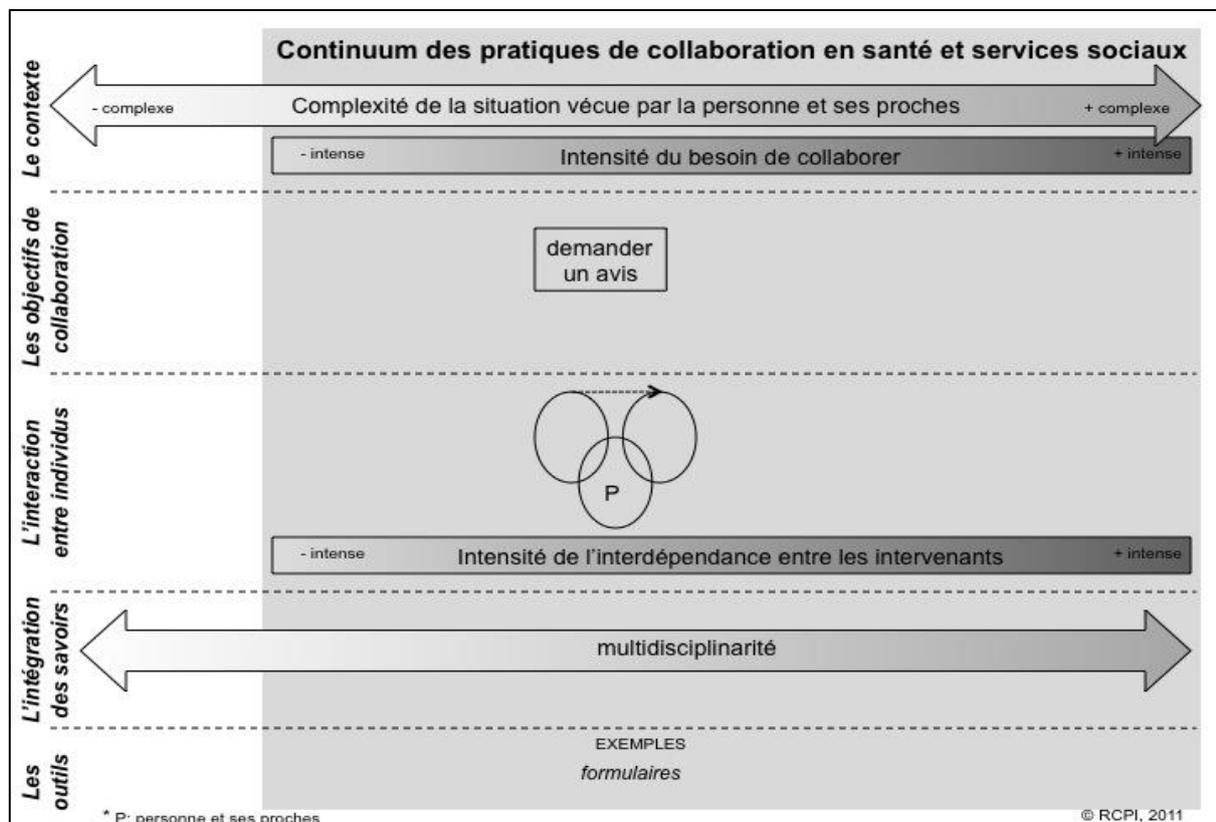


Figure 4 – La pratique par consultation/référence (RCPI 2011)

2.5 Niveau 3 : La coordination des soins et des services

Cette pratique de collaboration est liée à un objectif de coordination afin d'organiser l'offre de soins et services tout en assurant la cohérence et la complémentarité des différentes interventions prévues. L'interaction entre les individus y est modérée et bidirectionnelle. Les champs d'expertise de chacun sont rapprochés et complémentaires, mais ils demeurent indépendants (les cercles se touchent, mais ne se chevauchent pas). Une certaine interdépendance est tout de même présente entre les individus puisque ceux-ci ont un engagement moral envers les décisions prises concernant l'offre de soins et services. Cette interdépendance reste cependant limitée puisque la coordination demeure une juxtaposition d'objectifs disciplinaires.

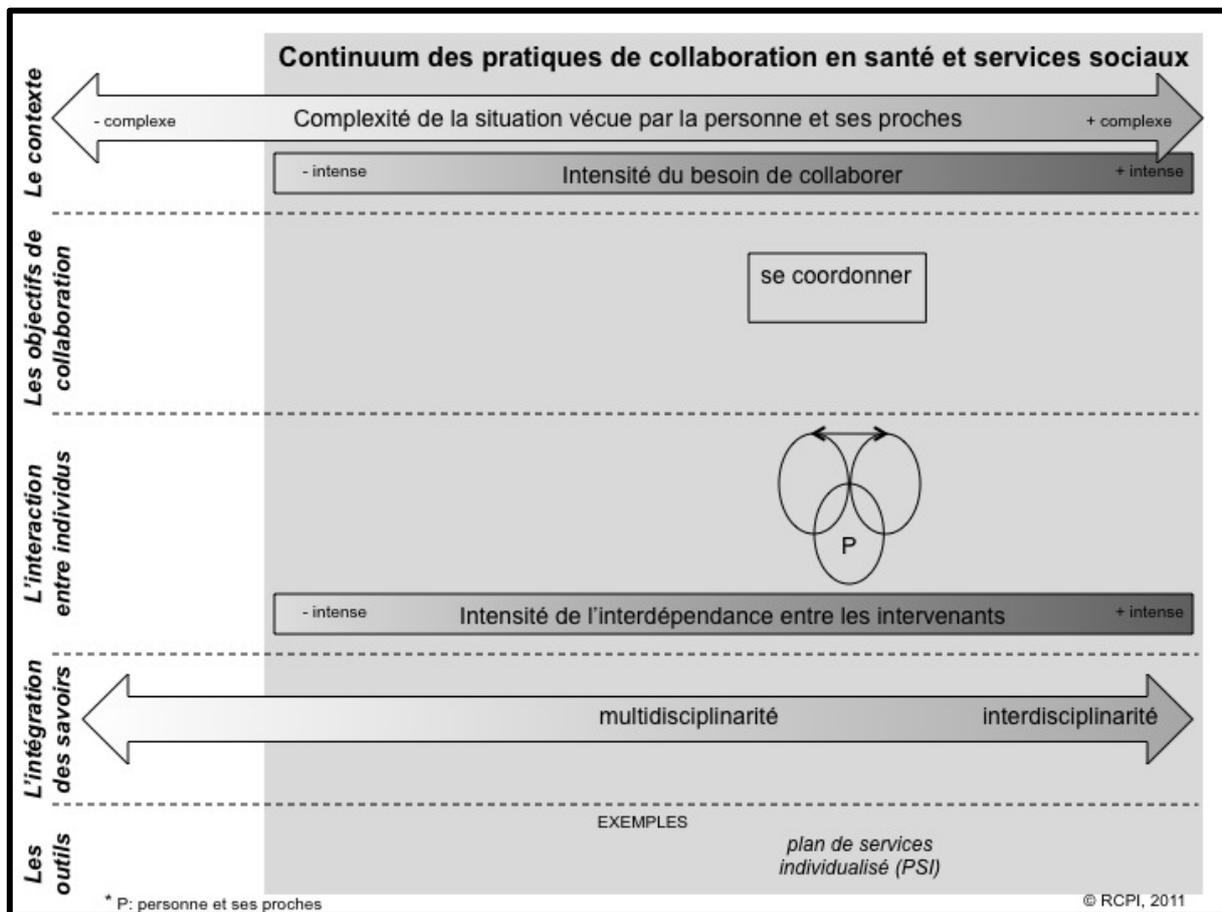


Figure 5 – La pratique de coordination (RCPI 2012)

2.6 Niveau 4 : La pratique de soins et de services partagés

Enfin, on retrouve à l'extrémité droite du Continuum une pratique qui implique une prise de décision partagée entre les professionnels et la personne, ses proches ou la communauté (P), concernant un objectif commun et les actions à privilégier pour l'atteindre. Il s'agit de situations où le degré de complexité exige une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune de la situation nécessaire à l'élaboration d'un plan d'action commun [17].

Les interactions entre les collaborateurs sont nécessairement plus intenses dans ce type de pratique, et on constate un réel partage entre les champs disciplinaires de chacun (cercles se chevauchant). Une telle situation requiert une interdépendance qui se caractérise par un engagement formel dans l'établissement d'un plan d'action commun et, par conséquent, un partage de façon solidaire des responsabilités liées aux décisions de l'équipe. Ce type de pratique demande une forte cohésion entre les professionnels et une bonne intégration des savoirs. Cette pratique de collaboration est qualifiée d'interdisciplinarité [18].

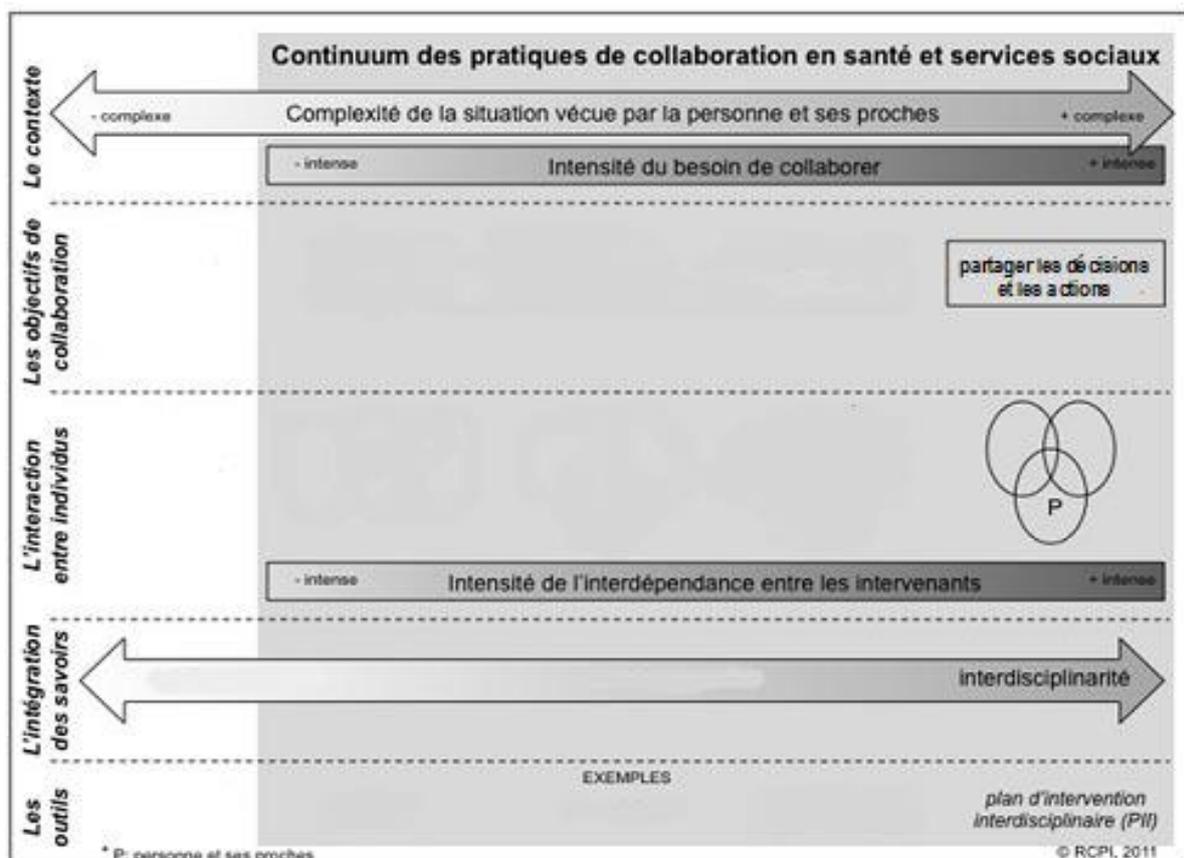


Figure 6 – La pratique partagée (RCPI 2011)

3. Cadre de référence : modèle de D'Amour

Plusieurs approches théoriques ont été utilisées pour étudier la collaboration interprofessionnelle. Chacune de ses approches présente des avantages et des inconvénients et aucune ne peut, à elle seule, permettre une compréhension complète du concept. Les théories de D'Amour ont été validées par plusieurs auteurs [1]. Dans ce modèle, D'Amour divise le processus de collaboration en quatre dimensions dont deux ont trait aux relations entre les individus et deux au contexte organisationnel qui influence l'action collective. Les quatre dimensions s'influencent mutuellement. Les dimensions relationnelles sont :

- ✚ d'une part, « la finalisation » qui est l'existence d'objectifs communs et leur appropriation par les membres de l'équipe : la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples ; la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration,

- ✚ d'autre part, « l'intériorisation » qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière. Ce qui se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

Les dimensions organisationnelles sont :

- ✚ d'une part, « la formalisation » qui présente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures,
- ✚ d'autre part, « la gouvernance » et plus précisément la centralité, le leadership, l'expertise et la connectivité.

Par ailleurs, il existe un modèle plus large intégrant la formation. Il s'agit du modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient proposé par le comité national d'experts pour la formation interprofessionnelle. Ce modèle a été élaboré suite à une recension extensive d'études spécialisées et d'analyses environnementales [19]. Ce cadre met en évidence l'interdépendance entre la formation interprofessionnelle reçue par les étudiants et la pratique en collaboration. Il met en évidence les facteurs micro (d'interaction), méso (organisationnel) et macro (systémiques).

Ceux-ci affectent d'une part, les opportunités d'apprentissage des professionnels de santé à devenir des praticiens collaborateurs compétents et d'autre part, qui affectent les résultats de

santé découlant de la pratique en collaboration. L'apprenant et le malade sont au cœur de ce modèle.

En ce qui concerne la pratique en collaboration, la complexité des tâches à accomplir à une incidence sur la composition de l'équipe interprofessionnelle. Les résultats qui découlent de la collaboration sont l'amélioration des résultats de santé du malade, la satisfaction et le bien-être des malades, et les avantages pour l'organisation et le système de santé en général [20, 21].

Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient est à rapprocher du modèle proposé par l'OMS dans son rapport de 2010, « Framework for Action on interprofessional Education and collaborative practice » (« apprendre avec les autres, à propos des autres et les uns des autres ») :

L'Organisation Mondiale de la Santé et ses partenaires reconnaissent qu'il y a suffisamment de données scientifiques pour affirmer que la formation interprofessionnelle permet une pratique en collaboration efficace qui renforce le système de santé et améliore les résultats en matière de santé.

4. Les avantages de la collaboration interprofessionnelle

Il a été montré qu'améliorer le travail en équipe et en collaboration permettait une meilleure efficacité dans divers aspects du système de santé ainsi qu'une meilleure qualité des soins prodigués et une meilleure sécurité du patient. Il permet de solutionner les problèmes liés au manque du personnel, au stress et au surmenage chez les professionnels de santé. Des études démontrent que le travail en équipe peut significativement réduire la charge de travail, procurer une grande satisfaction au travail, favoriser la loyauté, augmenter la satisfaction chez les patients et réduire leur morbidité. Selon le rapport de l'OMS « Framework for Action on interprofessional Education and collaborative practice », que ce soit en soins aigus ou primaires, les patients rapportent un plus haut niveau de satisfaction, de meilleures acceptabilité et amélioration des soins lorsqu'ils sont pris en charge par des équipes collaboratives. Les avantages de la pratique en collaboration interprofessionnelle se situent tant au niveau des malades que des pourvoyeurs de soins [22].

On peut ainsi citer que la pratique en collaboration peut améliorer :

- ✓ L'accès et la coordination des services de santé
- ✓ L'utilisation appropriée des ressources des spécialistes
- ✓ Les résultats médicaux de malades avec des maladies chroniques
- ✓ Les soins aux malades et sa sécurité

Elle permet aussi de diminuer :

- ✓ Les complications du malade
- ✓ La durée de séjour à l'hôpital
- ✓ Les tensions et les conflits entre les soignants
- ✓ Les admissions à l'hôpital
- ✓ Le taux d'erreurs cliniques
- ✓ Le taux de mortalité

Dans le domaine de la santé mentale, la pratique en collaboration peut :

- ✓ Augmenter la satisfaction des malades et des travailleurs sociaux
- ✓ Promouvoir une meilleure acceptabilité du traitement
- ✓ Réduire la durée du traitement
- ✓ Réduire les coûts des soins
- ✓ Réduire l'incidence des suicides des patients

Malgré le flou qui réside autour de la définition et les difficultés de la réalisation de la collaboration, ce concept est recherché comme un moyen d'amélioration des relations au travail et des résultats de santé des malades. Il est postulé que les équipes qui collaborent seront plus aptes entre autres « à composer avec la complexité des soins et à coordonner et répondre aux besoins de la population » [23]. « On attend des résultats positifs pour les patients, les professionnels, les organisations et les systèmes de santé » (Sullivan, 1998). L'impact d'une collaboration plus étroite entre les professionnels de la santé se situe à quatre niveaux : les malades, les professionnels, l'organisation et le système [13].

Les résultats escomptés de la collaboration interprofessionnelle se situent le plus souvent au niveau clinique et sont énoncés en termes de qualité des soins et d'efficacité du traitement. Ainsi plusieurs auteurs indiquent que la collaboration a permis de modifier les attitudes négatives et les perceptions, de remédier à des problèmes de confiance et de communication entre professionnels, de renforcer les compétences collaboratives, de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités d'une seule profession, de promouvoir la satisfaction au travail et de diminuer le stress des intervenants. Elle permet par ailleurs d'encourager l'esprit d'équipe, d'identifier et de valoriser les rôles respectifs tout en favorisant le changement dans la pratique et les professions et de créer un environnement de travail plus flexible. Les professionnels profitent donc, eux aussi, de la pratique en collaboration interprofessionnelle. Leur satisfaction et bien-être personnels semblent être affectés positivement tout comme le taux de turn-over [12]. Les organisations de santé bénéficient aussi de la collaboration interprofessionnelle puisque les professionnels de santé travaillent de manière plus efficiente à l'origine d'une réduction de la duplication dans la dispensation des services et une plus grande latitude de créativité [27]. Pour le système de santé, il est rapporté une augmentation de la capacité à répondre aux besoins et une diminution des coûts.

5. Les facteurs influençant le développement et le maintien d'une collaboration entre professionnels

Le défi pour les professionnels d'une équipe, d'un programme ou d'un service réside dans le fait de ne pas cristalliser sa pratique de collaboration interprofessionnelle. Il y a nécessité de moduler les pratiques de collaboration interprofessionnelle selon les besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté, notamment en fonction de leur complexité. Ceci implique certes le développement de la capacité à travailler dans chacune des formes de pratique, mais aussi la compréhension des facteurs qui créent un contexte favorable ou défavorable à la collaboration interprofessionnelle.

Les facteurs identifiés, susceptibles d'influencer la CIP sont soit externes à l'organisation (facteurs macrostructurels), soit propres à l'organisation (facteurs mésostructurels), soit propres aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe (facteurs microstructurels). Ces facteurs ont été le plus souvent identifiés à partir des approches conceptuelles plutôt qu'empiriques et très peu de recherches ont été réalisées pour apprécier leurs influences véritables entre eux et sur la collaboration interprofessionnelle [20].

5.1 Les déterminants systémiques (facteurs macrostructureaux)

Les déterminants macrostructureaux ou systémiques sont des facteurs externes à l'organisation, comme les composantes du système social, culturel, éducationnel et professionnel.

- ✓ Composantes du système social : certains facteurs sociaux sont la source des différences de pouvoir entre les professionnels d'une équipe, et ces facteurs auraient un impact sur la façon dont la pratique de collaboration se développe. L'égalité entre les professionnels est un des éléments de base de la pratique collaborative. Cette dernière peut être entravée par des différences de pouvoir basées sur les stéréotypes de genre et les disparités de statuts sociaux entre les professionnels [24, 25].
- ✓ Composantes du système culturel : certaines valeurs culturelles peuvent nuire à la collaboration. Par exemple, une forte culture axée sur l'autonomie tendra vers l'individualisme et la spécialisation plutôt que vers la pratique de collaboration [24, 25].
- ✓ Composantes du système professionnel : le système professionnel exerce une grande influence sur le développement des pratiques collaboratives. La professionnalisation tend vers la différenciation entre les professionnels et l'établissement de frontières entre les professions. À l'opposé, la pratique collaborative, tout en respectant la contribution propre à chacun, dépend de la reconnaissance des professionnels, de leur interdépendance les uns envers les autres et l'acceptation d'une zone grise entre les professions [24, 25].
- ✓ Composantes du système éducationnel : le système éducationnel est le principal déterminant d'une pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle.
- ✓ Une éducation interdisciplinaire s'avère nécessaire afin de favoriser la reconnaissance, par les étudiants, des valeurs et responsabilités des autres professions [24, 25].

5.2 Facteurs organisationnels

Ils sont liés à l'organisation proprement dite. La collaboration nécessite un cadre organisationnel favorable à ce type de pratique [24, 25] qui dépend du milieu de travail :

- ✓ Structure organisationnelle : Selon (Henneman et coll., 1995), la structure organisationnelle devrait privilégier davantage une structure plate, décentralisée, par opposition à une structure plus traditionnelle et hiérarchique qui ne facilite pas la mise en place d'une prise de décision partagée et d'une communication ouverte [26].
- ✓ Philosophie de l'organisation : la philosophie doit soutenir la pratique collaborative entre les professionnels, et promouvoir des valeurs comme la participation, la loyauté, la liberté d'expression et l'interdépendance [24, 25].

- ✓ Soutien administratif : les gestionnaires des établissements doivent transmettre une vision de la pratique interprofessionnelle, motiver les professionnels à adhérer à une telle pratique et être en mesure de créer un cadre de travail propice.
- ✓ Ressources de l'équipe : (Mariono, 1989) présente comme l'une des conditions d'une collaboration réussie et solide, la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information, développer des relations interprofessionnelles et adresser des éléments liés au concept d'équipe. Le fait de partager un espace et travailler à proximité de ses collègues favorise la collaboration et la gestion de conflits tout en réduisant la territorialité entre les professions [28].
- ✓ Coordination et mécanismes de communication : la pratique collaborative est facilitée par l'accès à des normes, des politiques d'établissement, un protocole de travail interdisciplinaire et une documentation standardisée et unique, et par la mise en place de rencontres formelles entre tous les professionnels de l'équipe [24, 25].

5.3 Facteurs interactionnels

Les malades, au centre de la collaboration, constituent la principale raison à la base de l'interdépendance des professionnels. Les malades sont à la fois des membres actifs de l'équipe et les bénéficiaires des soins de l'équipe. La position privilégiée au sein de l'équipe dépend de leur volonté et habilité à participer dans la planification et la dispensation des soins [20]. Mais cela ne suffit pas. Les déterminants interactionnels, ou microfacteurs sont liés aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Plusieurs facteurs affectent le niveau de collaboration au sein d'une équipe tels que le sens de l'engagement envers les autres et la volonté d'œuvrer ensemble.

La prise de conscience de l'existence de ces éléments contribue à créer une confiance mutuelle parmi les professionnels de la santé. Les recherches montrent l'existence d'éléments interdépendants essentiels qui favorisent le processus de collaboration parmi lesquels la coopération et l'attitude face à la résolution de conflits, la communication, la confiance en soi, la confiance envers les collègues, l'autonomie, le respect mutuel et le sentiment d'une responsabilité partagée. Le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CIPS) dans son référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, propose une approche pour décrire les compétences nécessaires à une collaboration interprofessionnelle efficace. Six domaines de compétences font ressortir le savoir, les

habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique indispensable à la pratique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle :

- ✓ Communication interprofessionnelle : les intervenants de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture. Les habiletés de communication d'un professionnel jouent un rôle important dans le développement d'une collaboration entre les membres de l'équipe [24, 25].
- ✓ Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté : lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et services requis, les intervenants recherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté en tant que partenaire
- ✓ Clarification des rôles : les intervenants comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit pour définir et atteindre les objectifs du patient, de ses proches et de la communauté
- ✓ Travail d'équipe : pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les intervenants comprennent les principes régissant la dynamique d'une équipe de travail et les processus de groupe
- ✓ Leadership collaboratif : les intervenants collaborent avec tous les participants (y compris les malades et leurs proches) à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des soins et des services visant à améliorer la santé
- ✓ Résolution de conflits interprofessionnels : les intervenants s'engagent activement dans la gestion efficace des conflits interprofessionnels et y font participer les malades et leurs proches

Dans d'autres travaux, des notions supplémentaires interviennent :

- ✓ Intérêt pour la collaboration
- ✓ Éloignement géographique
- ✓ Multiplicité des intervenants
- ✓ Notion d'autonomie des médecins généralistes, le leadership
- ✓ Ouverture : la collaboration est un acte volontaire. Les professionnels se doivent donc d'être ouverts à ce type de pratique. La volonté à collaborer dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu [27].
- ✓ Confiance (la confiance en soi, la confiance envers les collègues) : la confiance dépend des compétences (habiletés et connaissances) et de l'expérience des professionnels en place. Les intervenants doivent se connaître personnellement et professionnellement.

- ✓ Respect mutuel : le respect mutuel implique la reconnaissance de la complémentarité des contributions des autres professionnels dans l'équipe et leur interdépendance [24, 25].
- ✓ Sentiment d'une responsabilité partagé

6. Les modalités de collaboration

Une modalité peut être définie comme étant la « forme particulière d'un acte », donc, en termes de CIP, il s'agit de la façon particulière dont les professionnels collaborent entre eux pour prodiguer des soins et services de qualité à la personne, à ses proches ou à la communauté [28].

Ainsi, on pourrait considérer qu'une modalité a été planifiée lorsqu'elle a fait l'objet d'un accord préalable entre tous les participants concernant le lieu, le moment et l'objectif poursuivi [29]. Les modalités qualifiées de non planifiées ont un caractère plus spontané, et leur utilisation fait souvent suite à l'initiative d'un seul participant. Une modalité directe implique une collaboration synchrone, c'est-à-dire que les participants interagissent au même moment [29]. Une modalité indirecte implique une collaboration asynchrone, donc les participants donnent et reçoivent de l'information à des moments différents [29].

III. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Professeur Bocar Sidy SALL de Kati entre les différents services cliniques et le service de pharmacie hospitalière.

Le CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati est situé à 15 kilomètres au nord-ouest de Bamako, dans l'enceinte du camp militaire de la ville de Kati et à 100 mètres de la place d'armes.

C'est un hôpital de 3^e référence pour l'Orthopédie-traumatologie au Mali. Il a été créé en 1916 comme infirmerie militaire, et a été transformé en 1967 en hôpital.

L'hôpital de Kati a été érigé en Établissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992 en Établissement Public Hospitalier (EPH) en 2002, et en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en 2003 par la loi n°0319-14 juillet 2003. Le CHU de Kati a été renommé Centre Hospitalier Universitaire Professeur Bocar Sidy SALL le jeudi 17 novembre 2016. De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. En 2021, l'effectif du personnel soignant était de 263 agents. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour et d'autres sont en chantier [7].

L'hôpital est composé de :

- Un service de chirurgie Orthopédique et Traumatologique ;
- Un service des urgences ;
- Un bloc opératoire ;
- Un service de réanimation ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de gynéco-obstétrique ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de cardiologie ;
- Un service d'urologie ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Une unité d'odontostomatologie ;
- Une unité de kinésithérapie ;
- Une unité d'acupuncture ;
- Un laboratoire d'analyses biomédicales ;
- Une pharmacie hospitalière ;
- Un service d'imagerie médicale.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui a été menée dans les services cliniques et la pharmacie hospitalière du CHU Pr BSS de Kati. Elle s'est déroulée de février 2021 à Juin 2022.

3. Population d'étude

Notre cible était constituée de l'ensemble du personnel soignant au CHU Pr BSS de Kati.

• Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Tous les chefs des services cliniques et de la pharmacie hospitalière ;
- Les majors des services cliniques ;

• Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Le personnel de l'administration de l'hôpital ;
- Les manœuvres des services ;
- Le personnel ayant refusé de participer ;
- Les stagiaires de la FMOS/FAPH et des instituts de santé.

4. Échantillonnage

L'échantillonnage a été aléatoire, la taille minimum de notre échantillon sera calculée par la formule de Schwartz.

$$n = t^2 \cdot p \cdot (1-p) / m^2 = (1,96)^2 \times 0,9(1-0,9) / (0,05)^2$$

$$n = 138,29$$

n : taille d'échantillon minimale

t : niveau de confiance à 95% (valeur type 1,96)

p : proportion du personnel soignant impliqué dans la collaboration inter service (valeur estimée à 90%)

m : marge d'erreur 5% (valeur type 0,05)

Pour des raisons d'exhaustivité nous ramènerons la taille de l'échantillon à 150 personnes.

5. Collecte des données

La collecte des données a été faite en deux temps avec deux types de questionnaire :

- ✓ d'une part nous avons adressé un premier questionnaire à la pharmacie hospitalière en répertoriant les différentes interventions sur la pratique collaborative

- ✓ et d'autre part un second questionnaire a été adressé aux différents services cliniques pour recueillir les opinions et pratiques sur la collaboration

Cette collecte a été faite à l'aide d'un logiciel informatique appelé « *Kobo-Collect* » dont les variables ont été paramétrées.

6. Variables collectées

- ✓ Caractéristiques sociodémographiques (des personnes à enquêtées)
- ✓ La collaboration entre les professionnels ne partageant pas le service
- ✓ Les avantages et les difficultés de la collaboration interprofessionnelle
- ✓ L'amélioration de la collaboration interprofessionnelle

7. Saisie et Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel *Kobo-Collect*.

Le traitement de texte et des tableaux ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Office Word et les graphiques illustratifs avec Excel/Windows.

Pour finir les références bibliographiques ont été traitées par le logiciel informatique Zotero de la version 5.0.54.

8. Considérations éthiques

Les accords administratifs du décanat de la faculté de pharmacie, du directeur général et des chefs de service du CHU Pr BSS ont été un acquis avant le début de l'enquête. Chaque participant a été identifié par un code unique, ainsi l'anonymat a été respecté. Aucun nom ou de spécification des personnes enquêtées n'ont apparu dans le document, de ce fait la confidentialité a été garanti.

IV. RÉSULTATS

1. Profil Socio-démographiques des enquêtés

Tableau I: Répartition du personnel enquêté en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Femme	95	63
Homme	55	37
Total	150	100

Le sexe féminin était le plus représentatif dans notre échantillon avec un sexe ratio de **0,58(H/F)**.

Tableau II: Répartition du personnel enquêté en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
De [25 à 35 ans[73	49
De [35 à 45 ans[65	43
De plus de 45ans	12	8
Total	150	100

La majorité de nos enquêtés avait un âge compris de [25 à 35 ans[avec un âge moyen de 35ans.

Tableau III: Répartition du personnel enquêté selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Infirmier	78	52
Médecin	55	37
Autres	11	7
Sage femme	4	3
Pharmacien	2	1

La majorité de nos échantillons a été les infirmiers.

Autres : Infirmier ophtalmologue (3), Technicien supérieur (8)

Tableau IV : Répartition du personnel interrogé en fonction du nombre d'année passée au CHU

Ancienneté	Effectifs	Pourcentage (%)
De 5 à 10 ans	67	45
De 2 à 5 ans	36	24
De 10 à 15 ans	33	22
Plus de 15 ans	14	9

La majorité de nos enquêtés avait une ancienneté comprise entre 5 à 10 ans.

2. Mécanismes de collaboration entre les services

Tableau V: Répartition du personnel enquêté en fonction de l'autonomie des services

Profession	Autonomie (%)		Total
	Oui	Non	
Pharmacien	0	2(1)	2(1)
Médecin	3(2)	52(35)	55(37)
Infirmier	1(1)	77(51)	78(52)
Sage-femme	0	4(3)	4(3)
Autres	1(1)	10(7)	11(7)
Total	5(3)	145(97)	150 (100)

La majorité du personnel enquêté a affirmé que les services ne pouvaient fonctionner de façon autonome.

Tableau VI: Répartition du personnel enquêté selon l'existence d'une collaboration franche entre les professionnels

Profession	Oui	Existence d'une collaboration franche (%)		Total
		Oui	Non	
Pharmacien	2	0		2(1)
Médecin	49(33)	6(4)		55(37)
Infirmier	73(49)	5(3)		78(52)
Sage-femme	4(3)	0		4(3)
Autres	8(5)	3(2)		11(7)
Total	136(91)	14(9)		150 (100)

La majorité du personnel enquêté a affirmé l'existence d'une collaboration franche entre les professionnels.

Tableau VII : Répartition du personnel selon l'appréciation faite de la collaboration interprofessionnelle

Profession	Appréciation (%)			Total
	Bonne	Acceptable	Mauvaise	
Pharmacien	1(1)	1(1)	0	2(1)
Médecin	24(16)	31(21)	0	55(37)
Infirmier	54(36)	23(15)	1(1)	78(52)
Sage-femme	2(1)	2(1)	0	4(3)
Autres	5(3)	6(4)	0	11(7)
Total	86(57)	63(42)	1(1)	150 (100)

Dans notre étude, un peu plus de la moitié du personnel enquêté a jugé la collaboration interprofessionnelle bonne.

Tableau VIII : Répartition du personnel enquêté selon le type de relation

Type de Relation	Effectifs	Pourcentage (%)
Directe	130	92
Indirecte(Preciser tiers personne)	11	8

Dans notre étude, la majorité du personnel a affirmé que la plupart de leur relation a été directe.

Tableau IX : Répartition du personnel enquêté selon la nécessité de collaboration entre La pharmacie hospitalière et les services

Importance de collaboration	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	150	100

Tous nos enquêtés ont souligné l'importance de collaborer avec la pharmacie.

Tableau X : Répartition du personnel enquêté selon les avantages liés à la pratique d'une bonne collaboration interprofessionnelle

Avantages d'une bonne CIP	Effectifs	Pourcentage (%)
Améliorer la qualité de prise en charge des malades	138	43,5
Réduire les coûts de santé	85	27
Réduire la charge de travail du personnel	82	26
Optimiser l'utilisation des ressources matérielles	12	4

La majorité des avantages liés à la pratique d'une bonne collaboration interprofessionnelle ont été l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades, la réduction des coûts de santé, la réduction de la charge de travail et l'optimisation de l'utilisation des ressources matériels.

Tableau XI : Répartition du personnel enquêté selon l'existence de collaboration leur service avec la pharmacie hospitalière

Sollicitation de la pharmacie hospitalière	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	138	94
Non	9	6
Total	147	100

La pharmacie hospitalière s'est trouvée majoritairement sollicitée par le personnel

3. Niveau de collaboration

Tableau XII: Répartition du personnel enquêté selon les motifs de sollicitation

Motifs de sollicitation	Effectifs	Pourcentage (%)
Récupération de consommables	138	96
Avis médical sur dossier	5	3
Réunion de concertation pluridisciplinaire	1	1

La majorité du personnel enquêté a affirmé que le motif de sollicitation utilisé a été la récupération de consommables.

Tableau XIII : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils orientent les patients en pharmacie hospitalière

Orienter à la pharmacie hospitalière	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	129	88
Non	18	12
Total	147	100

La majorité du personnel interrogé a déclaré envoyer les patients en pharmacie hospitalière pour acheter des médicaments.

Tableau XIV : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils aient reçu La liste des médicaments disponibles à la pharmacie

Liste des médicaments disponibles	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	111	75,5
Oui	36	24,5
Total	147	100

La majorité du personnel a affirmé n'avoir pas reçu la liste des médicaments disponibles.

Tableau XV : Répartition du personnel enquêté selon qu'ils aient été associé aux commandes de médicaments

Participation aux commandes	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	137	91
Oui	13	9
Total	150	100

La majorité des personnes interrogées a affirmé ne pas participer aux commandes de médicaments.

Tableau XVI : Répartition du personnel enquêté selon la disponibilité des médicaments ou consommables

Disponibilité des médicaments	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	115	77
Non	35	23
Total	150	100

La majorité des personnes interrogées a affirmé la disponibilité des médicaments ou consommables.

Tableau XVII : Répartition du personnel enquêté selon la satisfaction de leur demande par la pharmacie

Satisfaction des demandes	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	126	84
Non	24	16
Total	150	100

Nos enquêtés ont majoritairement affirmé leur satisfaction à leur sollicitation.

Tableau XVIII : Répartition du personnel enquêté selon la fréquence des ruptures

Fréquence de rupture	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	121	86
Oui	20	14
Total	141	100

Dans notre étude, la majorité du personnel a affirmé que les ruptures n'étaient pas fréquentes.

Tableau XIX : Répartition du personnel enquêté selon que l'on peut introduire des pharmaciens ou une unité de soins pharmaceutiques dans les services cliniques après avoir reçu la formation nécessaire

Introduire les pharmaciens	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	81	54
Non	69	46
Total	150	100

Un peu plus de la moitié de nos enquêtés a estimé qu'on pouvait introduire des pharmaciens ou une unité de soins pharmaceutiques dans les services cliniques.

Tableau XX : Répartition du personnel selon les canaux de sollicitations utilisés

Canaux de sollicitations	Effectifs	Pourcentage (%)
Déplacement d'un personnel	141	77
Interphone	33	17
Téléphone portable d'un personnel	20	10

La majorité du personnel a confirmé que le canal de sollicitation utilisé a été le déplacement d'un personnel.

4. Identifier les difficultés et propositions pour plus d'amélioration dans la CIP

Tableau XXI : Répartition du personnel interrogé selon les difficultés rencontrées dans cette collaboration

Difficultés de collaboration	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune difficulté	60	40
Absence de communication	45	30
Manque de cadre d'échange	33	22
Manque de sincérité	12	8

La majorité du personnel interrogé a cité l'absence de communication, le manque de cadre d'échange et le manque de sincérité comme difficultés rencontrées.

Tableau XXII : Répartition du personnel selon les propositions d'amélioration de la collaboration

Solution alternative	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune proposition	25	17
Assurer la disponibilité des médicaments	43	29
Organisé des sessions de rencontres entre les services cliniques et la pharmacie	23	15
Communiquer sur le changement de comportement du personnel	15	10
Recruter plus de personnel	8	5
Former le personnel	7	5
Encourager la communication	7	5
Recruter plus de spécialistes et pharmaciens	5	3
Assurer le bon conditionnement des consommables et médicaments	3	2
Former des pharmaciens cliniciens	1	1
Fonctionnement correct du comité thérapeutique	1	1
Sensibiliser sur le respect et la sincérité	1	1
Désigner un responsable de collaboration	1	1

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Limites et difficultés de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale sur les pratiques collaboratives au CHU du Pr BSS de Kati. Il s'agissait pour nous d'identifier les mécanismes de collaboration, de déterminer le niveau de collaboration interprofessionnelle et interservices, et de formuler enfin des propositions pour plus de mutualisation des ressources humaines.

En raison des ressources limitées, nous n'avons observé les pratiques collaboratives qu'autour de 150 intervenants et le nombre minimum de personnes à interroger était de 138 selon la formule de Schwartz.

L'étude intéressait tous les services cliniques de médecine et de la pharmacie hospitalière du CHU du Pr BSS de Kati.

Nous avons procédé à la collecte des données à partir de deux fiches d'enquête. Une fiche adressée à la pharmacie hospitalière et une autre aux services cliniques pour recueillir les informations les opinions et pratiques du personnel sur la collaboration. Lors de la collecte des données, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

Refus de certaines personnes (personnel) à se soumettre au questionnaire, soit par manque de temps, soit en disant que les études n'aboutissent le plus souvent à rien de concret. Certains refusaient sans avancer de raison et d'autres trouvaient que le sujet était sensible.

La difficulté principale à laquelle nous avons été confrontés au cours de cette étude a été le manque de document typique de référence et de comparaison.

2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

2.1 La tranche d'âge

Dans notre étude, l'âge du personnel variait entre 25 et plus de 45 ans. Ce qui correspond approximativement à l'âge du début de travail et l'âge de la retraite. La tranche d'âge la plus représentée était [25 – 35 ans [avec 49%. Ceci serait dû au fait au jeune âge du personnel interrogé.

2.2 Le sexe

La prédominance a été féminine à 63% avec un sexe ratio de 0,58. Notre résultat est légèrement supérieur à celui de BUNU UKPA, en 2011 portant sur l'opinion du personnel médical et paramédical sur les conditions de travail à l'hôpital général de référence de Mangobo dans la ville de Kisangani en RDC qui avait obtenu 56,46% du genre féminin [30].

2.3 La profession

Dans notre étude les infirmiers ont été les plus représentés avec 52%. Ceci est dû à la disponibilité de ces derniers et au nombre important d'infirmier qui accompagnent les médecins dans leurs activités.

2.4 L'ancienneté

Selon l'expérience du personnel à l'hôpital de Kati, la tranche d'année de 5-10ans a été la plus représentée. Ce résultat s'approche de celle de THECLE GANSOU, 2021 qui avait obtenu la tranche d'année la plus représentative de 6 à 10ans [31].

3. Collaboration interprofessionnelle

Le personnel a trouvé que leur service ne peut fonctionner de manière autonome avec les autres services hospitaliers à (97%). Pour le personnel la collaboration entre services dans le processus de soins étaient indispensables du fait souvent de la complexité des difficultés rencontrées.

Le personnel (91%) a également trouvé qu'il existait une collaboration entre les professions au CHU du Pr BSS de Kati et que cette collaboration était bonne (54% du personnel). Ce résultat est différent de celui de KAMGA, 2017 qui trouvait que la collaboration entre les professions au CHU du Point G n'était pas bonne mais néanmoins il existait une collaboration entre eux [30].

La récupération de médicaments ou de consommables a été le motif de sollicitation le plus fréquent avec 96%. Ces sollicitations se faisaient par déplacement d'un personnel (77%) et aboutissaient à une prestation (84%). A la suite de ces résultats le personnel a trouvé que les ruptures que pouvait rencontrer les services cliniques auprès de la pharmacie hospitalière n'étaient pas fréquentes à (86%) mais déplorait le fait que la pharmacie hospitalière n'a qu'un seul fournisseur et qu'elle pourrait encore s'améliorer vu le nombre de patients fréquentant les services hospitaliers.

Le personnel ne maîtrisait pas les avantages liés à la pratique d'une bonne collaboration (amélioration de la qualité de la prise en charge des malades (43,5%), réduction des coûts de santé (27%) et optimisation de l'utilisation des ressources matérielles (4%).

Le personnel pense donc (à 100%) qu'il y a nécessité de renforcement de la collaboration entre les professions et services au CHU du Pr BSS de Kati. Ces différents résultats se rapprochent de celui de KAMGA, 2017 qui trouvait la nécessité du renforcement des relations entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques à 99,1% [30]. Et selon Mohamed LATIF, 2017 près de trois quart du personnel 74,07% étaient disposés à collaborer davantage malgré les obstacles existants qui entravent la collaboration [34].

Dans un travail réalisé en France, il a été mis en évidence que le rapprochement entre le service de chirurgie et la pharmacie permettaient d'économiser 1,19 Eur à 2,31 Eur par euro investit, cela démontrait qu'une bonne pratique collaborative réduirait les coûts de santé [32].

Selon l'ensemble du personnel interrogé (54%) ont trouvé qu'un pharmacien ou une unité de soins pharmaceutiques pourrait introduire les services cliniques afin d'apporter leur expertise du domaine. LEAPE et al. ont mis en évidence que la participation d'un pharmacien dans un service clinique lors des visites médicales permettait de réduire le taux d'erreurs médicamenteuses [33]. Et selon Mohamed LATIF, 2017 environ 67,78% du personnel ont trouvé que la présence du pharmacien était une source fiable d'information sur les médicaments [34].

Le personnel disait que les sollicitations dirigées vers une personne identifiée avaient plus de succès. Les canaux de sollicitation reconnus par le personnel étaient l'interphone, le déplacement d'un personnel et le téléphone portable privé d'un personnel avec respectivement 17% ; 77% et 10%. Le personnel trouvait que l'interphone et le déplacement d'un personnel étaient les canaux enregistrant le plus et le moins d'échecs de prestations. Le personnel a trouvé à 100% acceptable le délai entre la sollicitation et la prestation.

4. Difficultés rencontrées par le personnel et propositions pour l'amélioration des collaborations entre les services cliniques

Les freins au travail collaboratif entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques ont été l'absence de communication (30%), le manque de cadre d'échange (22%) et le manque de sincérité (8%). Selon Mohamed LATIF, 2017, le manque de communication (36%), l'absence de cadre d'échange (29%) et le manque de sincérité (22%) étaient les principaux obstacles à la collaboration dans les hôpitaux [34].

Les attentes du personnel afin d'améliorer la collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques ont été principalement d'assurer la disponibilité des médicaments et consommables, d'organiser des séances de rencontres entre les services cliniques et la pharmacie, de communiquer sur le changement de comportement du personnel, d'introduire des spécialités de médicaments.

CONCLUSION

L'objectif de la présente étude a été d'étudier la collaboration interprofessionnelle entre les services cliniques au CHU Pr BSS de Kati. Cette étude trouve son intérêt dans le fait qu'une bonne pratique collaborative entre les professionnels des services cliniques impliquerait une amélioration du système de santé.

Les services et les professions impliqués dans la prise en charge des malades étaient nombreux ; les services cliniques et la pharmacie hospitalière étaient les plus demandeur de prestation.

Ceci dit les mécanismes de collaboration dans l'hôpital se faisait par déplacement du personnel entre les services concernés, qui étaient pourtant reliés par une ligne téléphonique interne fonctionnelle, mais abandonnée en raison des échecs de prestation par cette voie.

La nécessité de collaboration interprofessionnelle et interservices était une réalité. Cette collaboration n'était pas organisée, n'était pas riche en termes d'interactions entre les concernés qui la jugeait relativement de bonne qualité. Tous ces manquements entraînaient certaines difficultés et les raisons qui expliquaient ceci étaient entre autres l'absence de formation du personnel et des étudiants futurs personnels à la collaboration, l'absence d'un cadre de collaboration, l'insuffisance d'encouragement à la collaboration du personnel par la direction de l'hôpital. Améliorer cette situation devient donc un impératif et de la responsabilité des différents acteurs impliqués dans les services cliniques.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude sur la collaboration interprofessionnelle entre les services cliniques au CHU du Pr Bocar Sidy SALL, nous formulons les recommandations suivantes :

Au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique

- ✓ D'introduire dans le programme des étudiants, futurs agents de santé des cours sur la collaboration interprofessionnelle.

Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

- ✓ Recycler le personnel de santé sur la collaboration interprofessionnelle par des formations sur le thème ;
- ✓ Revoir les textes régissant la collaboration interprofessionnelle dans loi hospitalière.

A la direction de l'hôpital

- ✓ Créer un cadre de collaboration entre les professionnels ;
- ✓ Encourager le personnel à la pratique collaborative ;
- ✓ Assurer la disponibilité des Hommes et du matériel ;
- ✓ Diversifier les fournisseurs de produits pharmaceutiques ;
- ✓ Redynamiser le comité thérapeutique.

Aux différents chefs de services et unités

- ✓ Créer un cadre favorable à la discussion et incluant tous les acteurs ;
- ✓ Encourager le personnel à aller vers l'autre et à se laisser approcher à chaque fois que l'état d'un malade l'exige.

Au personnel

- ✓ Pratiquer une collaboration non basée sur les affinités ;
- ✓ Pratiquer une collaboration naturelle et constructive.

REFERENCES

- 1) **D'AMOUR D.** Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. [Thèse de doctorat en santé publique]. 1997 ; Université de Montréal, Québec.
- 2) **NITECKI C.** La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes. [Thèse de doctorat en médecine]. Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2013.
- 3) **JM GASPOZ.** La collaboration interprofessionnelle dans la gestion des maladies chroniques ; 3ème Séminaire européen du SIDIIEF : Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse, Mars 2015
- 4) Coopération en pharmacie hospitalière; Fiche de pratique professionnelle du Synprefh
- 5) Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français; année 2014-n°14-041
- 6) **CAREAU E, BRIERE N, HOULE N, DUMONT S, MAZIADE J, PARE L et al.** Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 2014.
- 7) Centre Hospitalier Universitaire Pr BSS de Kati. Quarante deuxième sessions du conseil d'administration. 2020.
- 8) Dictionnaire Larousse, 1994, p. 242
- 9) **WAY D, JONES L, BUSING N.** Implementation Strategies : Collaboration in Primary Care Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care : Discussion Paper Written for The Ontario College of Family Physicians. 2001.
- 10) **LEATHARD A.** Introduction. Dans Leathard A, directeur. Interprofessional collaboration: From policy to practice in health and social care. New York: Brunner-Routledge; 2003. p.3-11.
- 11) **OANDASAN I, REEVES S.** Key elements for interprofessional education. Part I: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care, 2005; 19: 21-38.

- 12) **D'AMOUR D, FERRADA-VIDELA, RODRIGUEZ, BEAULIEU.** The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional Care* (suppl1) 2005; pp.116-131
- 13) **D'AMOUR D, OANDASAN I.** Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care.* 19(Suppl 1) 2005; 8-20.
- 14) **FOUREZ G.** Fondement épistémologique pour l'interdisciplinarité. In Y. Lenoir, B. Rey, I Fazenda (Eds) « Les fondements de l'Interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement » ; 2001. pp. 67-84. Edition du CRP : Sherbrooke.
- 15) **REEVES S, LEWIN S, ESPIN S, ZWARENSTEIN M.** *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care* . Caipé. Wiley-Blackwell. 2010.
- 16) **LALIBERTE S.** *Le partenariat: De l'émergence à la mise en oeuvre. La personne au coeur des décisions qui la concerne* /powerpoint. Atelier sur la gestion des processus de concertation intersectorielle menant à la réalisation de Plans de services individualisés, CSSS de la Vieille-Capitale. 2009.
- 17) **CAREAU E, VINCENT C, SWAINE B.** Consensus group session of experts to describe interprofessionnal collaboration processes in team meetings. *J interprof care.* 2011;25(4):299-301.
- 18) **REEVES S, ABRAMOVICH I, RICE K, GOLDMAN J.** An Environmental Scan and Literature Review on Interprofessional Collaborative Practice Settings: Final report for Health Canada. Toronto: Université de Toronto; 2009.
- 19) **SANTE CANADA.** Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient: Atelier de recherche compte rendu final. Ottawa: Santé Canada; 2006.
- 20) **D'AMOUR D, OANDASAN I.** 2004b. IECPCP Framework, Santé Canada, pp. 240-250.
- 21) **JONES L, WAY D. 2004.** Practice component : literature review, Canadian Nurses Association, pp. 101
- 22) **MAKAREM S.** 1995. Interprofessional cooperation. *Medical Education* 29 (supp 1): pp. 65-69

- 23) **IOM**. 2001. Crossing the chasm: A new health system for the 21st century: pp. 364. National Academy Press: Washington D.C.
- 24) **SAN MARTIN-RODRIGUEZ 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 May; 19 Suppl 1:132-47.
- 25) **SANTE CANADA**. 2004. La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient Santé Canada, pp. 304
- 26) **HENNEMAN EA, LEE JL, COHEN JI**. 1995. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1095 (21): pp. 103-109
- 27) **MARIANO C**. 1989. The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*: pp. 285-288.
- 28) *Le Petit Robert de la langue française*. Paris: les dictionnaires Le Robert. 2010.
- 29) **CAREAU E, HOULE N, DUMONT S**. Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires [Thèse de doctorat en médecine expérimentale]. Québec : Université Laval ; 2013.
- 30) **BUNU UKPA Charles**. Opinion du personnel médical et paramédical sur les conditions de travail à l'hôpital général de référence de Mangobo dans la ville de Kisangani en RDC. Mémoire. Université de Kisangani. 2011.
- 31) **THECLE GANSOU**. Gestion de stock des médicaments essentiels au niveau de la pharmacie hospitalière du CHU Pr BSS. 2021.
- 32) **KAUSCH C, TAN SEAN P, BOELLE P**. Impact économique et intégration d'un pharmacien dans un service de chirurgie digestive. *J Pharm Clin* 2005 ;60 :38-45.
- 33) **LEAPE LL, CULLEN DJ, CLAPP MD, et al**. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999 ;282 :267-70

- 34) **MOHAMED MM ABDEL LATIF**. Opinions, collaborations et attentes des médecins hospitaliers vis-à-vis des pharmaciens cliniciens. Eur J Hosp Pharm. 2017 novembre ; 24(6) : 343-348.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE PHARMACIE

Bonjour, je me nomme SANDWIDI Wend-Kota J. André étudiant en 7ème année de pharmacie à la Faculté de Pharmacie (FAPH) de Bamako. Dans le cadre de ma thèse ayant pour thème la collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques au CHU Pr BOCAR SIDY SALL de Kati j'aimerais vous soumettre ce questionnaire.

1) Etes- vous

Homme Femme

2) Votre Âge

- Moins de 25 ans
- De 25 à 35 ans
- De 35 à 45 ans
- De plus de 45 ans

3) Votre qualification

- Médecin
- Pharmacien
- Sage –femme
- Infirmier
- Interne
- Autres

4) Nombre d'années de service

- De 2 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- De 10 à 15 ans
- Plus de 15 ans

5) **Pensez-vous que votre service peut fonctionner de façon autonome (sans avoir besoin de collaborer avec les autres) ? ____ / 1- Oui 2- Non**

6) **Pensez-vous qu'il existe une véritable collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques au CHU Pr BSS ? ____ / 1- Oui 2- Non**

Si Oui,

7) **Comment la trouvez-vous ? ____ / 1- Mauvaise 2- Acceptable (passable) 3- Bonne**

9) **Cette collaboration est-elle le plus souvent directe (de professionnel à professionnel) ou indirecte (tierce personne) ? ____ / 1- Directe 2- Indirecte (Préciser la tiers personne _____)**

11) **Pensez-vous qu'il y a une nécessité de collaboration entre les services cliniques et la pharmacie au CHU Pr BSS ? ____ / 1- Oui 2- Non**

12) **Comment est organisé cette Collaboration ? 1- Oui 2- Non**

/____/ Interphone

/____/ Téléphone portable d'un personnel

/____/ Déplacement d'un personnel

/____/ Autre _____/

14) **Comment communiquer vous pour pallier aux différents problèmes ?**

/____/ Interphone

/____/ Téléphone portable d'un personnel

/____/ Déplacement d'un personnel

/____/ Autre _____/

15) **Les requêtes des services cliniques adressées auprès de la pharmacie hospitalière sont-elles exécutées ?**

A. Oui B. Non

16) **Comment trouvez-vous le délai entre la sollicitation et la prestation ? /____/**

1- Court 2- Acceptable 3- Long 4- Très Long

20) **Les ruptures de médicaments sont elles fréquentes à la pharmacie hospitalière ?**

B. Oui B. Non

21) Les services cliniques rencontrent-elles des ruptures auprès de la pharmacie hospitalière ?

C. Oui B. Non

23) Quels peuvent être les bénéfices d'une telle collaboration ? (1- Oui 2-Non 3- Ne sait pas)

/___/ Améliorer la qualité de la prise en charge des malades

/___/ Réduire les coûts de santé

/___/ Réduire la charge de travail du personnel

/___/ Optimiser l'utilisation des ressources matérielles

/___/ Autre _____

24) Comment peut-on améliorer cette collaboration entre les professions ?

25) Avez-vous reçu des cours sur la collaboration interprofessionnelle pendant votre formation ? ___ / 1- Oui 2- Non

26) Avez-vous reçu une formation sur la collaboration interprofessionnelle sur votre lieu de travail ? ___ / 1- Oui 2- Non

28) Quelles sont les difficultés rencontrées dans cette collaboration ?

FICHE D'ENQUETE SERVICES CLINIQUES

Bonjour, je me nomme SANDWIDI Wend-Kota J. André étudiant en 7ème année de pharmacie à la Faculté de Pharmacie (FAPH) de Bamako. Dans le cadre de ma thèse ayant pour thème la collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques au CHU Pr BOCAR SIDY SALL de Kati j'aimerais vous soumettre ce questionnaire.

1) Etes- vous

Homme

Femme

2) Votre Âge

- Moins de 25 ans
- De 25 à 35 ans
- De 35 à 45 ans
- De plus de 45 ans

3) Votre qualification

- Médecin
- Pharmacien
- Sage –femme
- Infirmier
- Autres

4) Nombre d'années de service

- De 2 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- De 10 à 15 ans
- Plus de 15 ans

5) Pensez-vous que votre service peut fonctionner de façon autonome (sans avoir besoin de collaborer avec les autres) ? ____ / 1- Oui 2- Non

6) Pensez-vous qu'il existe une véritable collaboration entre les services cliniques et la pharmacie hospitalière au CHU Pr BSS ? ____ / 1- Oui 2- Non

Si Oui,

7) Comment la trouvez-vous ? ____ / 1- Mauvaise 2- Acceptable (passable)
3- Bonne

8) Cette collaboration est-elle le plus souvent directe (de professionnel à professionnel) ou indirecte (tiers personne) ? ____ / 1- Directe 2- Indirecte (Préciser la tiers personne _____)

9) Pensez-vous qu'il y a une nécessité de collaboration entre les services cliniques et la pharmacie hospitalière au CHU Pr BSS ? ____ / 1- Oui 2- Non

10) Quels peuvent être les bénéfices d'une telle collaboration ? (1- Oui 2-Non 3- Ne sait pas)

/____/ Améliorer la qualité de la prise en charge des malades

/____/ Réduire les coûts de santé

/____/ Réduire la charge de travail du personnel

/____/ Optimiser l'utilisation des ressources matérielles

/____/ Autre _____

11) Comment peut-on améliorer cette collaboration entre les services cliniques et la pharmacie hospitalière ? _____

12) Avez-vous reçu des cours sur la collaboration interprofessionnelle pendant votre formation ? ____ / 1- Oui 2- Non

13) Avez-vous reçu une formation sur la collaboration interprofessionnelle sur votre lieu de travail ? ____ / 1- Oui 2- Non

15) Votre service, sollicite-t-il la pharmacie hospitalière ? ____ / 1- Oui 2- Non

Si oui,

16) Quelle est la nature de cette sollicitation ? (1- Oui 2-Non)

/____/ Avis médical sur dossier

/___/ Réunion de concertation pluridisciplinaire

/___/ Récupération de médicaments

/___/ Autre (à préciser) _____

17) Est-ce que vous référez les patients à la pharmacie hospitalière ?

A. Oui B. Non /___/

18) Avez-vous reçu la liste des médicaments disponibles dans le dépôt de pharmacie de l'hôpital ?

A. Oui B. Non /___/

19) Êtes-vous associés à la commande des médicaments par la pharmacie hospitalière ?

A. Oui B. Non /___/

20) Les médicaments ou consommables médicaux sont-ils disponibles à la demande ?

/___/

A. Oui B. Non

21) Est-ce que vos demandes (ordonnances) sont satisfaites le plus souvent par la pharmacie ? /___/

A. Oui B. Non

22) Les ruptures de la part de la pharmacie sont-elles fréquentes ? /___/

A. Oui B. Non

23) Pouvons-nous introduire des pharmaciens ou une unité de soins pharmaceutiques dans les services cliniques après avoir reçu la formation nécessaire ? /___/

A. Oui B. Non

24) Quels sont les canaux de sollicitation utilisés ? (1- Oui 2-Non)

/___/ Interphone

/___/ Téléphone portable d'un personnel

/___/ Déplacement d'un personnel

/___/ Autre _____

25) Comment trouvez-vous le délai entre la sollicitation et la prestation ? /___/

1- Court

2- Acceptable

3- Long

4- Très Long

Merci beaucoup pour votre implication.

Fiche signalétique

Nom : SANDWIDI

Prénom : Wend-Kôta J André SANDWIDI

Téléphone : (+223) 90670904

Email : wendwidi@gmail.com

Nationalité :Burkinabè

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2021-2022

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH

Secteur d'intérêt : Gestion pharmaceutique, Collaboration, Santé Publique

Résumé

Notre étude avait pour but d'étudier la collaboration interprofessionnelle entre les services cliniques au CHU Pr BSS de Kati. L'étude était descriptive transversale et a porté sur 150 personnels soignants.

Les infirmiers étaient les plus représentés (52%) et le personnel était pour la plupart de sexe féminin (63%) et majoritairement composé de jeune (49%) avec une expérience professionnelle au CHU de 5 à 10 ans.

Le personnel affirmait qu'aucun services cliniques fonctionne de manière autonome (97%) et qu'il existait une collaboration entre les professionnels (91%) et que cette dernière était moyennement bonne (54%). Les raisons qui expliqueraient ce taux moyens étaient l'absence de cours sur la collaboration interprofessionnelle pendant le cursus (88%), le manque de formation sur la collaboration interprofessionnelle à l'hôpital (91%) et le personnel trouvait que la direction de l'hôpital n'encourageait pas la pratique d'une bonne collaboration interprofessionnelle (47%). La récupération de kits de consommables était le motif de sollicitation le plus fréquent avec 96%. Ces sollicitations se faisaient par déplacement d'un personnel (77%) et aboutissaient à une prestation (84%). A la suite de ces résultats le personnel a trouvé que les ruptures que pouvait rencontrer les services cliniques auprès de la pharmacie hospitalière n'étaient pas fréquentes à (86%). Le personnel ne maîtrisait pas les avantages liés à la pratique d'une bonne collaboration (amélioration de la qualité de la prise en charge des malades (43,5%), réduction des coûts de santé (27%) et optimisation de l'utilisation des ressources matérielles (4%)). Le personnel pense donc (à 100%) qu'il y a nécessité de renforcement de la collaboration entre les professions et services au CHU du Pr BSS de Kati. Le personnel disait que les sollicitations dirigées vers une personne identifiée

avaient plus de succès. Les canaux de sollicitation reconnus par le personnel étaient l'interphone, le déplacement d'un personnel et le téléphone portable privé d'un personnel. Les freins au travail collaboratif entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques ont été l'absence de communication (30%), le manque de cadre d'échange(22%) et le manque de sincérité(8%). Les attentes du personnel afin d'améliorer la collaboration entre la pharmacie hospitalière et les services cliniques ont été principalement d'assurer la disponibilité des médicaments et consommables, d'organiser des séances de rencontres entre les services cliniques et la pharmacie hospitalière, de communiquer sur le changement de comportement du personnel, d'introduire des spécialités de médicaments.

La collaborations interprofessionnelle est une réalité dans nos structures de santé. La structuration de cette dernière permettrait au système de santé de jouir des avantages liés à ces pratiques.

Mots clés: Collaboration, interprofessionnelle, multi professionnelle, interdisciplinarité, Multidisciplinarité, travail d'équipe, CHU Pr BSS de Kati.

Name : SANDWIDI

First name : Wend-Kôta J André SANDWIDI

Telephone : (+223) 90670904

Email : wendwidi@gmail.com

Nationality :Burkinabè

Defense city : Bamako

Academic year : 2021-2022

Place of deposit : Library of the FMOS et FAPH

Sector of interest : Public Health, Drug management, Pharmacy practices, Collaboration

Summary

Our study aimed to study the interprofessional collaboration between the clinical services at the CHU Pr BSS of Kati. The study was descriptive cross-sectional and involved 150 caregivers.

Nurses were the most represented (52%) and the staff was mostly female (63%) and mainly composed of young people (49%) with professional experience at the CHU of 5 to 10 years.

The staff affirmed that no clinical services function autonomously (97%) and that there was collaboration between the professionals (91%) and that the latter was moderately good (54%). The reasons for this average rate were the absence of courses on interprofessional collaboration during the course (88%), the lack of training on interprofessional collaboration at the hospital (91%) and the staff found that the management of the hospital did not encourage the practice of good interprofessional collaboration (47%). The recovery of consumable kits was the most frequent reason for request with 96%. These requests were made by moving staff (77%) and resulted in a service (84%). Following these results, the staff found that the ruptures that the clinical services could encounter with the hospital pharmacy were not frequent at (86%). The staff did not understand the advantages linked to the practice of good collaboration (improvement in the quality of patient care (43.5%), reduction in health costs (27%) and optimization of the use material resources (4%)). The staff therefore think (100%) that there is a need to strengthen collaboration between the professions and services at the University Hospital of Prof. BSS Kati. Staff said that solicitations directed to an identified person were more successful. The solicitation channels recognized by the staff were the intercom, the movement of a staff and the private mobile phone of a staff. The obstacles to collaborative work between the hospital pharmacy and the clinical services were the lack of communication (30%), the lack of a framework for exchange (22%) and the lack of sincerity (8%). The expectations of the staff in order to improve the collaboration between the collaboration between the hospital pharmacy and the

clinical services were mainly to ensure the availability of drugs and consumables, to organize meeting sessions between the clinical services and the hospital pharmacy, to communicate on the change of behavior of the personnel, to introduce specialties of drugs.

Interprofessional collaboration is a reality in our health structures. The structuring of the latter would allow the health system to enjoy the advantages associated with these practices.

Keywords: Collaboration, interprofessional, multiprofessional, interdisciplinarity, Multidisciplinarity, teamwork, CHU Pr BSS de Kati.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens, et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !