

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

Auteurs et coordonnées :

Alexandra LAPIERRE

Infirmière, M. Sc., Université de Montréal, Montréal, Canada.
Faculté des sciences infirmières
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, QC H3T 1A8
Pavillon Marguerite-d'Youville
alexandra.lapierre@umontreal.ca

Jérôme, GAUVIN-LEPAGE

Infirmier, Ph. D., professeur adjoint, Université de Montréal, Montréal, Canada.
Faculté des sciences infirmières
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, QC H3T 1A8
Pavillon Marguerite-d'Youville
jerome.gauvin-lepage@umontreal.ca

Hélène, LEFEBVRE

Infirmière, Ph. D., professeure titulaire, Université de Montréal, Montréal, Canada.
Faculté des sciences infirmières
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, QC H3T 1A8
Pavillon Marguerite-d'Youville
helene.lefebvre@umontreal.ca

Conflits d'intérêts : Aucun

Ceci est la version finale du manuscrit accepté pour publication dans Revue Francophone
International de Recherche Infirmière. La version publiée est accessible ici :

<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2020.100206>

Résumé

La prise en charge du polytraumatisé à la salle d'urgence est cruciale afin d'optimiser les soins et éviter un décès prématuré. Cependant, plusieurs études ont souligné d'importantes lacunes dans la collaboration entre les professionnels composant l'équipe de traumatologie, créant un enjeu majeur quant à la qualité des soins prodigués. Cette étude qualitative descriptive de type exploratoire a pour but d'explorer l'expérience de la collaboration interprofessionnelle (CIP) lors de la prise en charge d'un polytraumatisé dans une salle d'urgence au Canada. Plus précisément, elle vise à connaître la description que les professionnels de la santé font de la CIP, ainsi que l'identification des facteurs facilitants et contraignants celle-ci. Des entrevues individuelles, deux observations directes et un groupe de discussion ont été menés auprès de 7 professionnels de la santé. En outre, les résultats permettent de mieux comprendre la réalité vécue par les professionnels de la santé lors de la prise en charge d'un polytraumatisé.

Mots-clés : collaboration, polytraumatisé, étude qualitative, traumatologie, services d'urgence

Introduction

Les traumatismes représentent un problème de santé mondial [1]. Dans les pays développés, notamment le Canada, ceux-ci demeurent la première cause de mortalité chez les adultes de moins de 44 ans [1]. Les traumatismes peuvent également avoir des répercussions sur plusieurs sphères de la vie, soit physique, mentale, cognitive et sociale, ce qui, par conséquent, affecte la qualité de vie, et ce, souvent à long terme [2]. Pour cela, les personnes atteintes de traumatismes sévères nécessitent une prise en charge rapide et efficace afin de diminuer le risque de mortalité et de morbidité.

Dans les services d'urgence, la prise en charge initiale du polytraumatisé vise essentiellement à stabiliser les fonctions vitales et éviter un décès prématuré [3]. Les bonnes pratiques de réanimation en traumatologie demandent que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent de concert dans la première heure suivant l'admission du patient (période que l'on réfère au *golden hour*) pour rencontrer certaines cibles de performance clinique [3]. Les équipes interprofessionnelles doivent ainsi prodiguer des soins adéquats et de qualité dans ce contexte de soins où la nature et la rapidité des interventions déployées peuvent faire la différence entre la vie et la mort. En effet, les prises de décisions se font sous haute pression et chaque minute compte. En d'autres termes, pour être efficace dans la prise en charge de ces patients, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est primordiale. Celle-ci se décrit comme un processus interpersonnel entre plusieurs professionnels de la santé de différentes disciplines partageant des objectifs, une prise de décision, des responsabilités et un pouvoir partagé, afin de résoudre de façon optimale des problématiques reliées aux soins des patients [4]. Dans ce sens, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [5] a identifié six domaines de compétences pour une CIP efficace : la communication, les soins

centrés sur la personne, ses proches et la communauté, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interpersonnels.

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

Dans les dernières années, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'évaluation d'interventions pour améliorer la collaboration des équipes en traumatologie, principalement sur le plan de la formation et de la simulation clinique, mais très peu d'études ont exploré la façon dont les équipes interprofessionnelles interviennent auprès d'un polytraumatisé en salle d'urgence [9].

But et questions de recherche

Le but de cette étude est d'explorer l'expérience de la CIP, selon le point de vue des professionnels de la santé, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie au Canada. Les questions de recherche sont :

- 1) Quelle description les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie font-ils de la CIP ?
- 2) Quels sont les facteurs facilitants et contraignants la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie ?
- 3) Quels sont les propositions des professionnels de la santé afin d'améliorer la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie ?

Méthode

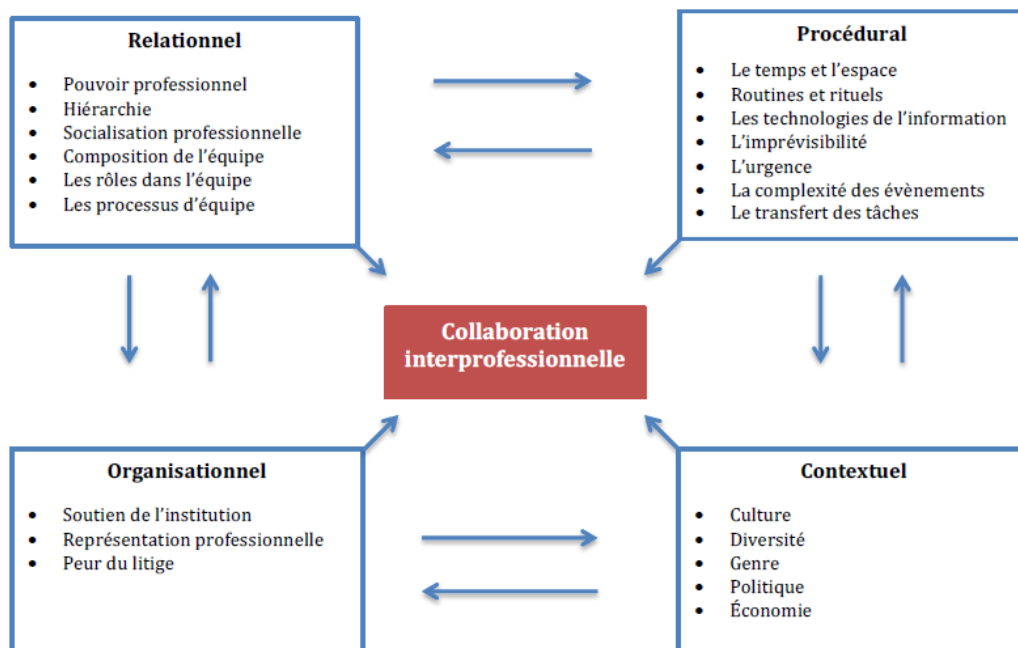
Devis de l'étude

Selon une approche constructiviste, cette étude a adopté un devis qualitatif exploratoire descriptif. En effet, l'exploration de l'expérience de la collaboration interprofessionnelle (CIP) en contexte de traumatologie s'est réalisée grâce à une recherche qualitative, car elle permet de procéder de façon flexible à l'étude de l'expérience que vivent les personnes concernées par une situation donnée [10]. Plus spécifiquement, cette étude est exploratoire, car elle vise à mieux comprendre ce phénomène encore peu étudié, et descriptive puisqu'elle décrit l'expérience vécue par les participants à l'étude [10].

Cadre conceptuel

Pour la réalisation de cette étude, le cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle de Reeves et al. [11] a supporté la démarche scientifique de ce projet (voir figure 1). Ce cadre, issu de la sociologie, permet notamment de mieux comprendre les facteurs influençant la CIP, et ce, en les divisant en quatre grands domaines, soit relationnel, procédural, organisationnel et contextuel. Ce cadre conceptuel a permis, d'une part, de guider le développement d'outils de collecte de données, tels que les guides d'entretien utilisés lors des entrevues semi-dirigées, du groupe de discussion focalisée, ainsi que la grille d'observation. D'autre part, il a servi à inspirer l'analyse des données de même que la discussion des résultats obtenus. Or, malgré l'utilisation de ce cadre conceptuel, les auteurs sont restés ouverts à l'émergence de nouvelles thématiques (c.-à-d. approche inductive), et ce tout au long du processus de recherche.

Figure 1. Cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle



Traduction libre de Reeves, Lewin, Espin et Zwarenstein (2010) par Alexandra Lapiere (2017)

Milieu et échantillon

Cette étude s'est déroulée dans un centre hospitalier francophone de Montréal (Canada) désigné centre de traumatologie secondaire accueillant approximativement 1000 cas de traumatismes par année. Il est à noter que ce centre hospitalier n'a pas de vocation d'enseignement universitaire et que, par conséquent, il n'accueille pas de résidents en médecine.

Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a permis la sélection des participants. L'échantillon était composé de sept participants (n=7) représentant l'équipe interprofessionnelle habituellement impliquée auprès de cette clientèle. Il s'agissait d'une

infirmière, d'un inhalothérapeute, d'un urgentologue, d'une assistante-infirmière-chef, d'une conseillère en soins infirmiers de l'urgence, d'un ambulancier paramédical et d'un aide-soignant (voir tableau 1).

Tableau 1. Données sociodémographiques et autres données pertinentes des participants

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

Déroulement de l'étude et collecte de données

La collecte de données s'est effectuée en trois temps entre juin et novembre 2017. Tout d'abord, des entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée approximative de 30-45 minutes, enregistrées sur bande audionumérique, ont été menées avec les sept

¹ *Advanced Trauma Life Support*

² *Advanced Cardiac Life Support*

participants à l'étude (temps 1). Un guide d'entrevue composé de questions ouvertes inspiré des quatre domaines de facteurs selon le cadre conceptuel de Reeves et al. [11] a d'ailleurs été utilisé. De plus, un questionnaire de données sociodémographiques a été complété par tous les participants. Ensuite, deux observations directes de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence ont été réalisées (temps 2). À cet égard, une grille d'observation permettant la classification des facteurs selon les quatre domaines du cadre conceptuel de Reeves et al. [11] a également été développé préalablement avec l'avis concerté de deux experts. Enfin, les sept participants à l'étude ont été invités à participer à un groupe de discussion en moyenne 15 semaines après leur entrevue individuelle (temps 3). Ainsi, lors du groupe de discussion, les participants ont été invités à compléter, confirmer ou infirmer les propos recueillis lors des entrevues individuelles. Le groupe de discussion a aussi été enregistré sur bande audionumérique, puis retranscrit en verbatim à des fins d'analyse.

Analyse des données

L'analyse des données est inspirée de Miles and Huberman [12]. La première étape a consisté à regrouper toutes les données provenant des entrevues individuelles semi-dirigées et des observations directes structurées. La deuxième étape a permis de présenter les données de façon à ce qu'elles soient organisées et fassent sens. Ainsi, une première synthèse des résultats de l'analyse des données sous forme de tableaux a été présentée aux participants à l'étude lors du groupe de discussion focalisé, afin de confirmer ou infirmer les données jusqu'alors recueillies. Ensuite, une seconde analyse a été effectuée dans le but de trianguler les données en lien avec les entrevues individuelles, les données d'observation et le groupe de discussion focalisé. Enfin, la troisième étape a permis la vérification des

conclusions auprès des participants à l'étude lors du groupe de discussion, mais aussi auprès des directeurs de recherche qui ont lu les analyses, validé, puis confirmé les résultats obtenus.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a d'abord été soumis au comité d'éthique du milieu clinique participant à l'étude qui l'a approuvé #2018-1039.

Ainsi, les normes édictées par l'Énoncé de politique des trois Conseils quant au consentement libre et éclairé des participants, à la vie privée et la confidentialité, aux conflits d'intérêts et à la protection des participants à l'étude vis-à-vis d'éventuels préjudices ont été respectées [13].

Résultats de l'étude

Résultats question 1. Quelle description les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie font-ils de la CIP ?

Lors des entrevues individuelles et du groupe de discussion focalisée, il a été question d'aborder la description de la CIP en contexte de traumatologie pour ces professionnels de la santé canadiens. Face à cette question, sept thèmes ont émergé.

Thème 1. La communication

Les professionnels de la santé sont d'avis que la communication est un élément central de la CIP en contexte de traumatologie. En effet, cet élément est celui le plus fréquemment nommé par les différents professionnels de la santé lors des entrevues

individuelles. « C'est la communication qui est le plus important » (Participant 5), a affirmé un participant.

Thème 2. Avoir un but commun, le patient

Le second élément le plus abordé par les professionnels de la santé est l'importance d'avoir un but commun, soit le patient. Lors d'une entrevue individuelle, un professionnel a décrit la CIP comme : « Un échange d'informations entre des personnes dans le but d'arriver à un objectif commun » (Participant 4). Or, pour plusieurs, cet objectif commun est le patient : « On travaille tous ensemble pour sauver la vie du patient » (Participant 6).

Thème 3. Connaître son rôle et celui des autres

Sans contredit, pour les professionnels de la santé, le fait de connaître son rôle est un élément important de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence. À ce sujet, un professionnel affirme : « Ça devient plus facile quand tout le monde sait quoi faire et comprend leur rôle » (Participant 3). De son point de vue, un participant ajoute une particularité qui a trait au fait de connaître aussi le rôle des autres professionnels : « Il faut que tout le monde connaisse le rôle de tout le monde » (Participant 1).

Thème 4. Le respect

Le respect est un autre élément important de la CIP, car un participant affirme que le fondement de la collaboration est : « Le respect mutuel entre les intervenants (...), car tout le monde est important » (Participant 7). Ainsi, lors du groupe de discussion focalisée, tous sont d'accord avec le fait que pour bien collaborer, il faut se respecter.

Thème 5. L'écoute

En moins grand nombre, certains professionnels mentionnent que l'écoute est un élément déterminant de la CIP. Par exemple, pour l'ambulancier paramédical, l'écoute est

très importante, car elle est absolument nécessaire lors de son arrivée en centre hospitalier. Ainsi, de son point de vue, il affirme : « C'est l'écoute (...), certains médecins vont vraiment prendre le temps de se retirer de la scène, venir avec nous à leur bureau et prendre des notes de ce que l'on dit. Ça, c'est de la collaboration ! ».

Thème 6. La collaboration bidirectionnelle

Aux yeux de plusieurs professionnels de la santé, la collaboration doit être bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit s'effectuer d'un sens comme dans l'autre, car un participant affirme : « Pour moi, la collaboration doit être dans les deux sens, les personnes qui parlent doivent être écoutées, que ça soit un aide-soignant, une infirmière ou le médecin (...), pour moi, c'est dans les deux sens » (Participant 4).

Thème 7. La présence d'un leader

En traumatologie, il est incontestable pour les professionnels de la santé d'avoir un leader lorsqu'il s'agit de collaborer. Un participant affirme : « Il faut que quelqu'un prenne le lead. Il y a un leader médical, c'est nos médecins, mais même au niveau des infirmières, il faut qu'il y ait une infirmière qui soit plus leader que les autres pour voir le travail un peu plus globalement » (Participant 1).

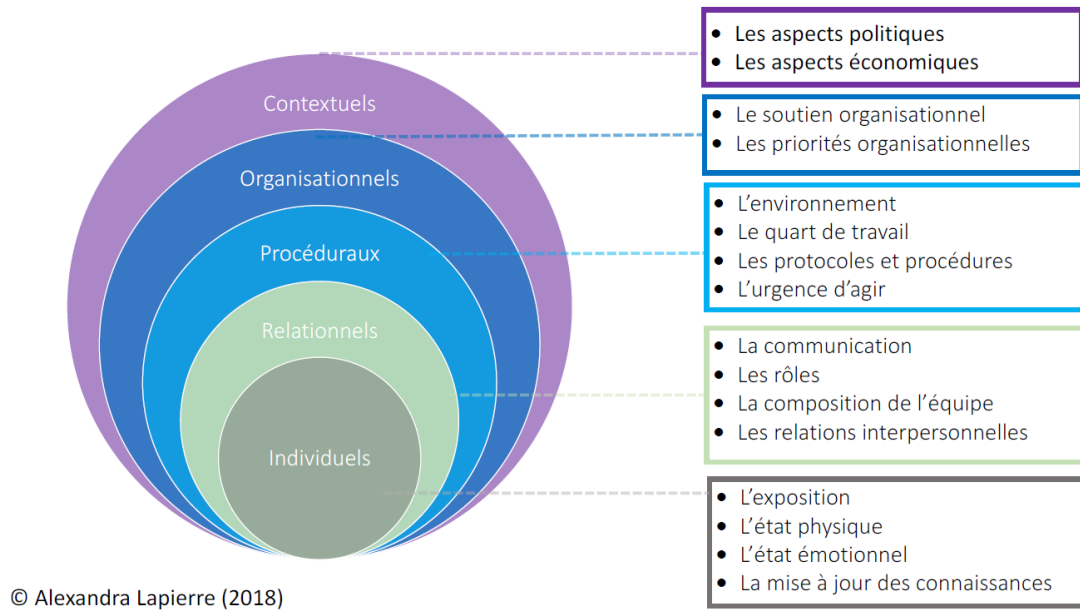
Résultats question 2. Quels sont les facteurs facilitants et contraignants la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie ?

Afin d'en faciliter l'analyse et la présentation, les différents facteurs de la CIP ont été divisés en fonction des quatre catégories du cadre conceptuel de Reeves et al. [11], soit relationnel, procédural, contextuel et organisationnel. Or, lors du processus d'analyse des données, une autre catégorie de facteurs influençant la CIP a émergé, ce sont les facteurs

individuels. La figure 2 ci-dessous présente le résumé des facteurs influençant la CIP en traumatologie.

Par ailleurs, dans le texte qui suit, une distinction est réalisée entre les thèmes se rapportant très fortement au cadre conceptuel utilisé au sein de ce projet, et ceux issus de l'approche inductive utilisée.

Figure 2. Les facteurs influençant la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé



Les facteurs individuels

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

Thème 1. L'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé

Au plan individuel, le fait d'être un professionnel de la santé ayant été fréquemment exposé à l'intervention auprès d'un polytraumatisé à l'urgence est facilitant. Par exemple,

un professionnel mentionne : « Si c'est des gens expérimentés qui ont déjà eu un polytraumatisé, je sens que les gens sont un peu plus calmes, un peu plus dans leur position, et la communication est vraiment plus efficace » (Participant 1). Aussi, un autre ajoute : « Je pense, l'expérience. Si on a fait des choses ensemble plusieurs fois, c'est aussi simple que ça. Tout devient plus fluide, plus naturel (...) » (Participant 3).

Thème 2. L'état physique

La fatigue est un facteur contraignant la CIP qui a été abordé par les professionnels de la santé. « Quand on est fatigué, on est moins patient, on se stress plus facilement, donc c'est difficile » (Participant 3), affirme un participant. À ce sujet, un autre dit : « Je n'en ai pas parlé, mais le niveau de fatigue des intervenants [a aussi son influence] » (Participant 7).

Thème 3. L'état émotionnel

Les professionnels rencontrés sont d'avis que l'état émotionnel, soit l'humeur d'un individu, influence positivement ou négativement la CIP. À ce sujet, un participant mentionne : « Il y a aussi l'humeur personnelle. Mettons que j'arrive un matin et que je ne *feel* pas, peut-être que ça va moins me tenter de collaborer (...) » (Participant 2). Hormis l'humeur, le stress est un autre élément pouvant affecter négativement la CIP, car un participant mentionne : « Je pense que le niveau de stress a un impact sur la qualité de l'intervention (...) » (Participant 7).

Thème 4. La mise à jour des connaissances

La mise à jour des connaissances pour les professionnels de la santé en traumatologie semble être un facteur influençant la collaboration. Un participant mentionne à ce sujet : « J'irais peut-être plus au niveau individuel, on a une responsabilité de mettre

nos connaissances à jour (...), mais si les gens ne mettent pas leurs connaissances à jour et arrêtent leur formation, ça c'est problématique (...) » (Participant 1).

Les facteurs relationnels

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

Thème 1. La communication (bonne vs mauvaise)

L'un des sous-thèmes abordés par les professionnels de la santé lorsqu'ils font référence à une « bonne communication » est le fait de communiquer ce qui est fait à voix haute et en temps réel lors des différentes interventions auprès du polytraumatisé. À ce sujet, un professionnel affirme qu'il est important : « Que tout le monde communique bien où il est rendu à voix haute et que les autres prennent le temps de l'écouter » (Participant 7).

Le fait d'exprimer des directives qui se veulent claires est un autre élément souvent nommé par les différents professionnels de la santé rencontrés. Un participant mentionne : « Quand les directives ne sont pas claires (...) tu peux partir avec une idée, pis c'est pas ça du tout » (Participant 6).

La communication en boucle fermée ou le *closed loop communication* semble aussi faciliter la collaboration. Cette technique de communication vise principalement à éviter de faire des erreurs en s'assurant constamment que ce qui est dit est bien compris et fait. Un participant affirme à ce sujet : « J'aime bien quand il y a une répétition des actions

posées pour être sûr qu'on a bien compris ce qu'on fait ou ce que le médecin demande (...) » (Participant 1). Du côté des facteurs contraignants, les participants à l'étude mentionnent le fait que, dans la prise en charge du polytraumatisé, la communication est parfois chaotique. « Ça parle fort (...). Plus le son monte, plus les médecins ont besoin de parler fort, plus le chao s'installe » (Participant 4), affirme un professionnel.

Le débriefage est la période de rencontre des professionnels suite à la prise en charge d'un polytraumatisé, afin de faire le bilan sur la situation. Celui-ci est un élément facilitant la CIP, car un participant mentionne :

« Le débriefage (...) c'est vraiment une période pour remettre en valeur ce qui a été bien fait et essayer d'encourager les gens à évoluer et à s'améliorer. Donc, je considère que c'est vraiment boucler la boucle et que c'est très important pour l'esprit d'équipe » (Participant 5).

Thème 2. Les rôles

La répartition des rôles semble être un élément primordial en traumatologie. Cela consiste au fait d'identifier le rôle de chaque intervenant, avant même l'arrivée du polytraumatisé, lorsque possible. Un professionnel affirme : « C'est sûr que les rôles, il faut que tout le monde sache quoi faire (...) » (Participant 7).

Connaître son rôle et celui des autres intervenants semble un facteur facilitant clé pour les différents professionnels de la santé. À cet égard, un participant mentionne : « Il faut que la personne sache quel est son rôle, le médecin faut qu'il sache quel est le rôle de l'inhalo, quel est le rôle de l'infirmière » (Participant 7).

Parfois, malgré qu'il y ait une bonne répartition des rôles de chacun, ainsi qu'une bonne connaissance de ceux-ci, il semblerait que le fait de garder son rôle lors de la prise

en charge du polytraumatisé s'avère facilitant et que le contraire est plutôt contraignant. En effet, un participant est d'avis qu'il est important que : « Chaque personne reste à son rôle pendant l'intervention parce que souvent, les médecins demandent beaucoup de choses en même temps et tout le monde se lance pour faire tout, au lieu de faire une chose à la fois » (Participant 1).

De plus, la notion de leader semble très présente en traumatologie, tant sur le plan médical qu'infirmier, car un professionnel affirme que : « C'est important que le leader soit défini et qu'on sache que c'est cette personne-là qu'il faut écouter » (Participant 5).

Thème 3. La composition de l'équipe

Les participants sont d'avis qu'il est facilitant d'avoir un seul leader médical au chevet du patient. Toutefois, la réalité semble parfois être la présence de plusieurs médecins leaders auprès du même patient. « Certains chirurgiens sont un peu plus interventionnistes sur place et les intensivistes sont beaucoup trop interventionnistes sur place. Ils ont tendance à prendre le *lead* quand ce n'est pas eux autres qui devraient prendre le *lead* » (Participant 5), explique un participant.

Une équipe stable, soit une équipe composée d'intervenants qui se connaissent et qui sont habitués à travailler ensemble, semble avoir une influence positive sur la collaboration. En effet, un des participants mentionne à ce propos : « Si les intervenants ont déjà appris à travailler ensemble, créés des affinités, c'est là que la relation interpersonnelle va être plus facile et que tout va plus couler » (Participant 7).

Comme dans tous les services, il va sans dire que de nouveaux professionnels de la santé sont intégrés plusieurs fois par année dans les différentes équipes, surtout au plan infirmier. L'intégration du nouveau personnel à la salle de traumatologie est donc un

facteur influençant la collaboration, mais semble rester facilitant lorsque d'autres infirmières d'expérience sont présentes sur place. Un participant mentionne à ce propos : « Je pense que les gens moins expérimentés sont contents d'avoir des gens avec une certaine expérience parce que ça leur donne un encadrement et une direction à suivre (...) » (Participant 1).

Thème 4. Les relations interpersonnelles

Les bonnes relations interpersonnelles sont un élément facilitant, tandis que les conflits interpersonnels semblent être un élément plus ambigu selon les professionnels de la santé rencontrés. Tout d'abord, un participant affirme : « De meilleures relations interpersonnelles donnent habituellement de meilleures relations interprofessionnelles » (Participant 3). Toutefois, le contraire ne semble pas vrai, car pour ces professionnels de la santé, le fait d'avoir un conflit avec un autre professionnel n'a peu ou pas d'impact sur la collaboration lors de la prise en charge du polytraumatisé. En effet, un professionnel l'explique ainsi :

« Que j'aie un conflit avec quelqu'un, si j'ai un code devant moi, puis que c'est avec elle que je travaille, bien je vais travailler en équipe avec elle. Ces conflits-là disparaissent, (...) t'as un rôle à jouer. Rendue là, tu ne te poses pas la question » (Participant 4).

Le respect faisant partie d'une façon de créer des relations interpersonnelles favorables semble aussi avoir une influence sur la CIP. « Je pense que le respect c'est l'allié #1 dans une salle de choc pour la collaboration » (Participant 7), affirme un participant. Inversement, il ajoute : « Je pense que des fois, c'est stressant, y'a une vie en jeu (...) et tu sens comme une animosité qui n'est pas normal. Ce n'est pas tout le temps, mais sur certains cas, il manque de respect ! ».

L'entraide semble un élément facilitant lors de la collaboration, puisqu'un participant affirme : « Il ne faut pas se gêner de communiquer : « Y'as-tu quelque chose que je peux faire pour t'aider ? » (...) C'est de savoir que la personne est là pour toi si tu as besoin, c'est rassurant » (Participant 2).

La confiance est un autre élément positif relié aux relations interpersonnelles et semble être facilitant pour la collaboration : « Je pense qu'une équipe qui se connaît, qui se fait confiance, va être plus détendue entre guillemets, même si le patient est un polytraumatisé sévère » (Participant 7), affirme un participant.

Les facteurs procéduraux

La troisième catégorie de facteurs est les facteurs procéduraux. Plus précisément, les facteurs se rapportant au cadre conceptuel de Reeves et al. [11] sont l'environnement, les protocoles et procédures ainsi que l'urgence d'agir. Un nouveau facteur procédural relié au contexte de la traumatologie à l'urgence est toutefois apparu, soit le quart de travail.

Thème 1. L'environnement

Selon un professionnel, les lieux physiques facilitent le travail de la prise en charge du polytraumatisé, car il affirme : « On a des beaux lieux physiques, on a une belle salle de trauma, on a de l'espace pour travailler » (Participant 1). Toutefois, une autre est plutôt de l'avis contraire : « T'as la machine à échographie, t'as 50 000 machines, tu n'as déjà pas de place » (Participant 4).

Le matériel est un autre élément de l'environnement pouvant contraindre la collaboration, lorsque celui-ci est désuet, manquant ou parfois même, difficilement accessible. À ce sujet, un participant avoue : « On a des irritants par contre, beaucoup de matériel méconnu, pas au bon endroit. Peut-être qu'on devrait avoir un coin vraiment dédié

à la trauma » (Participant 1). De plus, face à l'accessibilité du matériel, un participant affirme : « C'est sûr que nos lieux physiques font qu'on a besoin de sortir, car on n'a pas tout à notre disposition (...) » (Participant 1).

La présence de patients dans la salle de choc, autres que le polytraumatisé, est unanimement un facteur influençant la collaboration, ainsi que la prise en charge du polytraumatisé lors de son arrivée. Face à cela, un participant donne un exemple : « Par exemple, je peux être dans le choc en train de coder un patient polytraumatisé, mais il y a un patient qui est sur le BiPAP et il décide d'arracher son BiPAP et décompense. Des fois, l'attention peut donc être déviée (...) » (Participant 2).

Outre la présence de plusieurs patients, il y a aussi la présence des familles qui peut influencer la collaboration. Néanmoins, les professionnels sont tous d'avis que les familles ont leur place dans la salle de choc, mais qu'ils doivent absolument être accompagnés par un intervenant pour ne pas influencer négativement la situation. « La présence des membres de la famille ça ne me dérange pas, s'ils sont accompagnés par quelqu'un qui travaille dans l'hôpital qui peut les encadrer, et qu'ils sont calmes » (Participant 3), affirme un professionnel.

Thème 2. Les protocoles et procédures

Le fait de connaître les protocoles et procédures en traumatologie semble un facteur facilitant la collaboration. Un participant mentionne : « Les procédures sont importantes, surtout pour la personne qui *lead*. Par exemple, comment obtenir des culots, comment s'organiser avec la radiologie, le rôle de chacun dans l'ATLS, c'est vraiment très important » (Participant 5). Il va de soi qu'inversement, le fait de ne pas connaître les protocoles et procédures influence négativement la collaboration. À ce sujet, un professionnel soutient

qu'« (...) il faut vraiment qu'il y ait une structure dans la prise en charge. L'ATLS, t'as une structure, la trauma y'a une structure, mais elle n'est pas vue ou connue de tout le monde de la même façon, je pense » (Participant 1).

Outre le fait de ne pas connaître les protocoles et procédures, ceux-ci sont parfois non respectés, ce qui contraint nécessairement la collaboration. Par exemple, un participant raconte qu'à plusieurs reprises, il n'a pas été avisé de l'arrivée d'un polytraumatisé, comme la procédure le demande et qu'en plus, le code trauma n'a pas été lancé : « Y'avait un téléphone rouge et je n'étais même pas au courant. Je passais par-là, et je vois le monde qui sont en train de masser ! » (Participant 2).

Les transferts inter hospitaliers semblent parfois difficiles, au sens où la collaboration entre les deux centres hospitaliers est, aux dires des participants, laborieuse. Par exemple, un participant raconte un transfert qui s'est plutôt mal déroulé : « La collaboration de l'autre centre n'était pas là. Il y eu beaucoup de délais et ça aurait pu être fait beaucoup plus rapidement. C'était vraiment compliqué avec l'autre centre » (Participant 6).

Toujours sur le plan procédural, la coordination des plateaux techniques est un autre élément contraignant la collaboration en contexte de traumatologie selon plusieurs professionnels de la santé. À ce sujet, un participant explique que la coordination des plateaux techniques n'est pas toujours effectuée parfaitement et que cela entraîne des délais : « Si les départements ne se coordonnent pas, donc la banque de sang ne nous a pas rappelé (...), si la radiologie ne répond pas, si le scan n'est pas libéré (...). Ça peut être un petit peu contraignant » (Participant 5).

La préparation est un élément facilitant. Pour permettre un temps de préparation au personnel hospitalier, il est primordial que les intervenants en préhospitaliers avisent de leur arrivée. De plus, la préparation de la salle de choc est aussi importante selon un participant : « Moi je pense que ça part de là, (...) le fait de toujours être prêt, comme si on pouvait le recevoir n'importe quand » (Participant 6).

Thème 3. L'urgence d'agir

L'acuité du patient semble être un élément affectant la collaboration, au sens où plus le patient est sévèrement blessé ou instable, plus la collaboration devient difficile. Un professionnel affirme : « Oui, plus le patient est grave, je pense, plus le niveau de stress va être élevé » (Participant 7).

Un élément s'est ajouté lors du groupe de discussion focalisée en ce qui a trait à l'urgence d'agir, soit l'âge du patient, car un participant explique avoir remarqué que : « Les jeunes patients nous stressent plus, sans dire que tu n'as pas d'importance à 90, je crois qu'on est plus frileux, plus nerveux (...), quand c'est quelqu'un d'une vingtaine d'années qui est traumatisé » (Participant 1).

Thème 4. Le quart de travail

La réalité aux dires des différents professionnels, c'est que la pratique en traumatologie n'est pas la même selon le quart de travail. En effet, il semblerait qu'il y ait d'importantes divergences entre les trois quarts. À ce sujet, un participant affirme : « Il y a une réalité différente, de jour, de soir, de nuit, les ressources ne sont pas les mêmes et l'expérience n'est pas la même non plus » (Participant 1).

Les facteurs organisationnels

La quatrième catégorie est les facteurs organisationnels. Cette catégorie d'éléments a été beaucoup moins abordée par les différents professionnels de la santé que les catégories précédentes. Néanmoins, en accord avec le cadre conceptuel, un élément est ressorti, dont la présence et l'absence de soutien organisationnel. De plus, selon l'approche inductive utilisée, les priorités organisationnelles appert être un nouveau facteur relié à ce contexte de soins.

Thème 1. Le soutien organisationnel (présence vs absence)

La présence et le nombre de ressources humaines offerts par l'organisation affectent nécessairement la collaboration. Par exemple, un participant se questionne : « C'est quoi le nombre de ressources qu'ils ont à l'hôpital ? Je pense que ça influence aussi la prise en charge » (Participant 7). Au niveau matériel, un autre affirme : « Mon patron (...) devrait m'assurer que j'aie tout ce qu'il me faut pour travailler en toute sécurité. Ça ne devrait pas être un souci pour moi » (Participant 4).

Un participant aborde un certain sentiment d'appartenance qui facilite forcément le travail des professionnels de la santé : « Je pense que quand ton établissement te rassure, t'épaule, que tu te sens bien où tu es et que tu te sens bien ancrée, c'est plus facile de travailler » (Participant 4). À l'opposé, un autre mentionne ne pas ressentir la présence de l'organisation au sein de son travail : « Ils sont assez absents pour moi je dirais (...), c'est une idée assez abstraite » (Participant 3).

Le soutien clinique, c'est-à-dire le soutien prodigué aux intervenants face à leur pratique clinique, est un élément facilitant selon un professionnel, car il affirme : « On a beaucoup de soutien (...) de la part des cliniciennes, des patrons, des médecins, lors de

nouvelles choses en cours de route » (Participant 4). Inversement, sur les quarts de soir et nuit, l'absence de soutien clinique semble avoir une influence négative : « On n'a pas de moniteur clinique sur les autres quarts de travail pour soutenir (...) soir-nuit, c'est l'assistante qui fait ça et elle est déjà prise avec sa charge de travail » (Participant 1), raconte un autre participant.

Les formations sont une composante affectant la collaboration, au sens où elles permettent d'améliorer celle-ci dans un contexte différent de la pratique réelle. « Des formations ! C'est sûr que des formations, ça facilite ! » (Participant 2), affirme un professionnel. À l'opposé, un autre déclare : « On n'a pas assez de simulation ! » (Participant 3).

Thème 2. Les priorités organisationnelles

Lors du groupe de discussion focalisée, deux participants partagent leurs impressions face à la traumatologie au sein des priorités de leur organisation : « Si la trauma n'est pas une priorité, je pense que ça pourrait ne pas être aidant, donc contraignant pour le développement des compétences des infirmières, médecins, inhalothérapeute, tout le monde qui intervient, et pour les différents plateaux techniques » (Participant 1), affirme un participant. « Moi, quand j'écoute ça, ce que ça m'envoie comme message, c'est que ça peut être une priorité pour nous d'être à jour pour les traumas, mais que si ce n'est pas une priorité pour l'organisation, ben on va pas loin » (Participant 6), lui répond un autre professionnel.

Plusieurs professionnels de la santé mentionnent avoir le sentiment que l'organisation est très centrée sur les marqueurs de performance, c'est-à-dire, les statistiques. Ils ne peuvent dire si cela est vrai, mais affirment tout de même avoir eu

souvent cette impression : « On est beaucoup sur des marqueurs de performance (...). Pis une fois que ça s'est respectés, on dirait que le « autour » c'est moins grave ! » (Participant 7), affirme un participant. De son côté, un autre professionnel déclare que : « Mon impression c'est qu'eux autres, c'est les statistiques qui sont importantes. Ils vont juste nous parler quand il y a un problème avec des statistiques ou un problème médiatique, c'est ça qui arrive » (Participant 3).

Les facteurs contextuels

Les facteurs contextuels sont ceux ayant été le moins nommés par les différents professionnels de la santé. Par contextuel, il est entendu des facteurs politiques, économiques, culturels, associés au genre, etc. [11] Parmi ceux-ci, les facteurs politiques et économiques sont tous deux ressortis des différentes entrevues comme étant des facteurs ayant une influence négative sur la CIP en traumatologie. Dans cette catégorie, aucun nouveau facteur n'est issu de l'approche inductive.

Thème 1. Les aspects politiques

Depuis 2014, la réforme du système de la santé au Québec (Canada) semble avoir une influence sur la pratique des professionnels de la santé. En effet, à ce sujet, un participant affirme : « (...) les changements administratifs du ministère créent beaucoup d'incertitude » (Participant 3). Une autre participante est aussi de cet avis : « Présentement, on est plus dans un moment de questionnements, où les gens ne savent pas trop comment les choses vont s'organiser. On la vit cette incertitude-là » (Participant 4).

Sur le plan politique, le lien entre les différents partenaires ne semble pas toujours facilitant. Au Québec, le continuum de services en traumatologie a été instauré afin de faciliter les services offerts aux polytraumatisés. Pour les professionnels rencontrés, ce lien

entre les différents services ne semble pas optimal, car l'ambulancier paramédical affirme : « Je pense que les liens entre les partenaires ne se font pas assez. Vous n'êtes pas informés de nos changements, quand on arrive, vous ne comprenez pas ce qu'on fait ». Un participant ajoute aussi : « Je pense que l'arrimage dans le système de la santé, des fois c'est difficile, et ça crée des frictions » (Participant 1).

Thème 2. Les aspects économiques

Plusieurs professionnels mentionnent ressentir cette coupure au niveau du personnel. « Ils nous *staff* toujours serré. S'ils peuvent en enlever une, ils en enlèvent une » (Participant 1), affirme une participante en faisant référence aux infirmières. De son côté, le médecin aborde le manque de médecins au sein de son service d'urgence : « On n'a pas assez de médecins, donc ça crée beaucoup de problèmes parce que tout le monde travaille à plus de 100 % de maximum légal qu'on voulait faire, donc (...) c'est difficile ».

Les coupures au niveau du matériel se font aussi ressentir chez les professionnels de la santé et influencent indirectement la collaboration en traumatologie. « Par exemple, on avait un beau réchaud à soluté, mais on ne l'a plus, il vaut 10 000 \$, et ils ne veulent pas le remplacer » (Participant 1), affirme un participant.

Résultats question 3. Quels sont les propositions des professionnels de la santé afin d'améliorer la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence ?

Lors du groupe de discussion focalisée, plusieurs propositions pour améliorer la CIP ont été nommées par les professionnels de la santé. Le tableau 2 présente les différentes propositions et les verbatim qui y sont associés.

Tableau 2. Propositions pour améliorer la CIP et les verbatims associés

Propositions	Verbatim
Pratiques à modifier	
Le code trauma doit être lancé par un autre professionnel que le médecin	« À propos de lancer le code trauma, ça c'est une de mes suggestions les plus importantes, ça ne prend pas un médecin pour lancer un code trauma » (Participant 3).
Répartition des rôles et préparation de la salle avant l'arrivée du traumatisé	« La mise en place dans l'attente du polytraumatisé nous donnerait ce temps-là. Donc, c'est vraiment de prendre le temps, 2-3 minutes de sortir les cabarets et de se mettre en place » (Participant 4).
Création d'un schéma pour la répartition des rôles	« La création d'un schéma (...). Quand les gens rentrent dans la salle, bien la personne qui est déjà là dit « toi t'es bleu, tu t'en vas là, toi t'es vert, tu t'en vas là », et cette personne-là, elle reste aux pieds avec le schéma et elle regarde si c'est conforme » (Participant 7).
S'assurer de prendre un instant pour écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux	« C'est aussi d'arrêter les paramédics qui ont tendance à disperser l'information (...). Donc (...) il faut que le médecin et l'infirmière soient côte à côte et que je le dise une fois (le rapport) » (Participant 7).
Moyens pour améliorer les pratiques	
Mise à niveau en traumatologie	« Je pense que les mises à niveau sont nécessaires sur les 3 quarts, car la conduite à tenir devrait être la même » (Participant 1).
Simulation	« Les simulations, ça te met des images et c'est très réaliste pis ça ne dure pas longtemps » (Participant 1)

Les interventions proposées par les différents professionnels sont principalement en lien avec les facteurs contraignants qu'ils ont identifiés dans leur pratique en traumatologie. Pour ainsi dire, ceux-ci semblent conscients des éléments qu'ils ont à améliorer face à la CIP et le verbalisent lorsqu'il est question de proposer des changements.

Discussion

Description de la CIP selon les professionnels de la santé

Pour les professionnels de la santé rencontrés, la CIP en contexte de traumatologie se décrit comme étant l'ensemble de plusieurs éléments essentiels. Les écrits démontrent que peu importe le contexte dans lequel le concept de « collaboration » est analysé, la communication, le partage d'un but commun, le fait de connaître les rôles de chacun, et le respect sont des principes décrivant bien la collaboration [14, 15]. Pour ainsi dire, le contexte de la traumatologie ne fait pas exception.

De son côté, la présence d'un leader apparaît être beaucoup plus spécifique aux soins critiques et à la traumatologie [9], car au sein des autres domaines, tels que les soins de première ligne et les soins en santé mentale [14, 15], il est plutôt question de leadership partagé.

Pour faire suite, « la collaboration bidirectionnelle » nommée ainsi par les participants de cette étude, ne s'avère pas être un élément de la CIP identifié dans les écrits scientifiques. Toutefois, il est possible de l'expliquer comme étant plutôt l'implication égale de chaque professionnel au sein de la collaboration, élément souvent nommé dans les écrits sous forme « d'effort concerté » ou « d'effort de coopération » [16]. Enfin, « l'écoute » n'est également pas identifiée dans les différentes analyses du concept de la collaboration. Par contre, il est possible de voir un lien sous-entendu avec le concept d'écoute, lorsqu'il est question de respect et de communication.

Les résultats de la présente étude confirment alors que le concept de la collaboration en contexte de traumatologie est similaire aux autres contextes de soins, mis à part peut-être lorsqu'il est question de leadership.

Les facteurs individuels influençant la CIP

À l'égard des résultats obtenus, les facteurs individuels ont émergé comme étant le point central de la collaboration, car il va sans dire que sans individu, il n'y a pas d'équipe. Ainsi, pour les participants de cette étude, les facteurs individuels se traduisent par l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique et émotionnel du professionnel impliqué dans l'équipe, ainsi que la mise à jour des connaissances.

Les écrits consultés en contexte de traumatologie corroborent le fait que l'expérience individuelle en traumatologie du professionnel influence la collaboration, ainsi que la performance de l'équipe [17, 18].

L'état physique et émotionnel du professionnel est toutefois peu abordé au sein des écrits en traumatologie. On retrouve davantage ces notions dans les écrits en lien avec les facteurs humains dans les soins en santé. En effet, il semblerait que les caractéristiques propres à l'individu, les effets du stress, de la fatigue, ainsi que les risques associés aux distractions assurent que même les professionnels les plus expérimentés sont susceptibles de faire des erreurs et sont beaucoup moins efficaces [19].

Enfin, pour la mise à jour des connaissances plusieurs écrits affirment que le savoir et les compétences individuelles influencent inévitablement les aptitudes du professionnel à bien collaborer et à s'impliquer dans une équipe [18, 20].

Les facteurs relationnels influençant la CIP

Le fondement de la collaboration apparaît comme étant l'interaction entre plusieurs individus. C'est d'ailleurs à ce niveau que les participants de cette étude ont eu beaucoup à dire. Les résultats démontrent que plusieurs facteurs en lien avec les relations, tels que la

communication, les rôles, la composition de l'équipe et les relations interpersonnelles, ont tous une influence considérable sur la CIP en contexte de traumatologie.

La communication est unanimement un élément primordial de la collaboration pour tous les professionnels rencontrés. Plusieurs auteurs en traumatologie affirment notamment qu'une bonne communication, c'est-à-dire une communication claire et précise où l'écoute est mise de l'avant, est fondamentale pour le succès d'une équipe de soins et tout autant pour le transfert d'information de l'équipe préhospitalière dès leur arrivée à l'urgence [21]. Comme l'ont mentionné les participants à cette étude, l'utilisation de techniques de communication, comme la communication en boucle fermée, est cruciale afin d'éviter les erreurs [22]. De plus, les écrits démontrent que le débriefage est le moment de prédilection pour le partage du savoir et le développement de l'esprit d'équipe et qu'il aurait, aussi, une influence favorable sur la pratique clinique [23].

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

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

La composition de l'équipe est un autre élément des résultats de cette étude. Par exemple, pour ce milieu clinique, la collaboration entre les différents médecins se décrit comme étant souvent ardue, au sens où les médecins prennent simultanément le rôle du

leader, entraînant ainsi une confusion pour les autres professionnels de la santé. En effet, Colet et Crichton [17], confirment que des conflits entre le corps médical existent et entraînent souvent un climat tendu. Par ailleurs, Sarcevic et al. [26] identifient cette structure de leadership, où deux médecins agissent indépendamment l'un de l'autre, comme étant la plus néfaste pour une équipe.

D'un autre point de vue, les participants à l'étude ont abordé la notion de stabilité des membres de l'équipe. À ce sujet, les écrits relatent que la composition stable ou changeante des professionnels impliqués au sein de l'équipe affecte la collaboration [19, 27]. Les professionnels ont aussi abordé l'intégration de nouveau professionnel dans l'équipe de soins comme étant un facteur influençant la collaboration, surtout sur le plan des soins infirmiers. Les écrits sur les infirmières nouvellement graduées appuient en tous points les propos des participants quant à l'importance et l'influence positive de l'encadrement et du soutien de l'équipe lors de l'intégration de nouvelles infirmières [28].

Aussi, pour les professionnels de la santé rencontrés et les écrits recensés, la collaboration se base sur les bonnes relations interpersonnelles entre les individus, se traduisant principalement par le respect, l'entraide et la confiance [18, 21]. Toutefois, les conflits en contexte de traumatologie ne semblent pas avoir été étudiés. Or, dans tous les contextes de soins confondus, il appert que les conflits interpersonnels affectent fortement la collaboration et qu'ils auraient de multiples conséquences, principalement sur les soins administrés au patient [29]. Ce résultat diverge en effet des écrits, car les professionnels rencontrés sont d'avis que les conflits interpersonnels n'ont aucun impact sur la collaboration en situation d'urgence, comme la prise en charge d'un polytraumatisé. De ce

fait, cette différence entre les résultats s'explique probablement par le sentiment d'urgence des professionnels à sauver la vie du patient.

Les facteurs procéduraux influençant la CIP

Les propos des professionnels de la santé de cette étude supposent que plusieurs facteurs procéduraux influencent la CIP en traumatologie, soit l'environnement, le quart de travail, les protocoles et procédures, ainsi que l'urgence d'agir.

L'environnement se traduit, pour les participants de cette étude, par des lieux physiques adéquats et l'accessibilité à du matériel conforme. Plusieurs auteurs affirment que ces éléments ont une influence sur le travail d'équipe, mais aussi sur la fluidité de la prise en charge du patient [18, 30].

Dans un autre ordre d'idées, le bruit et le nombre de professionnels et de patients présents dans la salle de choc sont tout autant de facteurs ayant une influence sur le travail d'équipe et sur l'efficacité de la communication [17, 31]. Comme l'ont mentionné les participants de l'étude, il y a aussi la présence des familles à considérer. À ce sujet, l'étude de Leske et al. [32] a démontré que les familles se sentaient rassurées de pouvoir être présentes lors de la prise en charge du patient traumatisé. Par contre, comme l'ont exprimé les participants de l'étude, la présence d'un professionnel de la santé auprès de la famille, afin de la soutenir, est toutefois nécessaire [33].

Un autre facteur identifié est le quart de travail. Cependant, les écrits ne font pas précisément mention de cet élément. Les participants de cette étude le mentionnent comme étant un facteur en raison des différences qui subsistent entre les quarts de travail au niveau de l'expérience des professionnels présents et du nombre de ressources disponibles. En effet, les quarts de soir et de nuit auraient un niveau d'expertise, surtout pour les

infirmières, plus limité, et un nombre inférieur d'intervenants en comparaison avec le quart de jour. Pour ces raisons, le quart de travail serait un facteur influençant la CIP pour les professionnels de ce milieu clinique.

Les protocoles et procédures sont aussi des éléments influençant la collaboration. Il semble que le fait de structurer la pratique serait un bon moyen pour soutenir le travail d'équipe et le transfert d'information [34], tandis que le fait de ne pas suivre les protocoles et procédures aurait plutôt l'effet inverse, et augmenterait le stress des professionnels de la santé [18]. De plus, la préparation de l'espace physique et de l'équipe serait un facteur facilitant le travail d'équipe en traumatologie [18]. Toujours sur le plan des facteurs procéduraux, les transferts inter hospitaliers auraient eux aussi leur lot d'influence sur la performance de l'équipe de soins. Certes, le transfert d'un patient vers un centre surspécialisé en traumatologie nécessite une coordination et une communication impeccables de toutes les parties prenantes dans l'optique d'offrir des soins sécuritaires et de qualité [35]. De plus, la coordination interne des différents plateaux techniques est aussi un facteur plutôt contraignant aux dires des participants de cette étude. Sur ce point, Fisher et al. [36] évoquent que les processus ne sont pas toujours efficaces en raison de l'implication simultanée de plusieurs services et du changement constant dans les processus de soins.

Enfin, le sentiment d'urgence, et plus particulièrement l'acuité du patient affecterait fortement l'équipe de soins. Selon Cole et Crichton [17], il semblerait que plus le patient est instable, plus la collaboration se décrit comme étant chaotique. Toutefois, l'âge du patient en traumatologie ne semble pas être cité au sein des écrits scientifiques en traumatologie comme ayant une influence, mais se retrouve plutôt dans les écrits en

contexte de réanimation cardiovasculaire [37]. Or, comparativement à l'avis des professionnels de la santé rencontrés, au sein des écrits recensés, rien ne porte à croire que le comportement des professionnels diffère selon l'âge du patient.

Les facteurs organisationnels influençant la CIP

Les facteurs organisationnels ont été beaucoup moins rapportés par les participants de cette étude. Néanmoins, lorsqu'ils ont été questionnés sur le sujet, les participants ont tout de même identifié le soutien, ainsi que les priorités de l'organisation, comme étant des facteurs influençant la collaboration des équipes en traumatologie.

Plus particulièrement, les participants sont d'avis que le soutien de l'organisation se traduit par de multiples éléments dont principalement, les ressources humaines et matérielles, le soutien clinique, la formation et le sentiment d'appartenance. Sur le plan organisationnel, les écrits en traumatologie témoignent de l'importance des ressources humaines et matérielles pour le travail des équipes de soins [18]. Or, aucun autre facteur organisationnel ne semble avoir été identifié. Cependant, pour plusieurs auteurs en soins critiques, le soutien clinique et la formation interprofessionnelle sont deux autres éléments favorisant la collaboration [34, 36], ce qui témoigne de la volonté de l'organisation de soutenir les équipes de soins.

Aussi, la perception des participants sur le fait que la collaboration et la traumatologie ne sont pas des priorités pour l'organisation semble influencé négativement les équipes de ce milieu clinique. À ce sujet, San Martin-Rodriguez et al. [38] affirment que tous les milieux de soins requièrent un cadre organisationnel favorisant la collaboration dans lequel on retrouve une structure et une culture soutenant cette pratique, en mettant de l'avant l'importance de celle-ci et en définissant clairement les attentes.

Les facteurs contextuels influençant la CIP

L'influence des facteurs contextuels a été peu relatée par les participants de l'étude et ne semble pas non plus documentée dans les écrits scientifiques en traumatologie.

Malgré cela, les facteurs contextuels prédominants pour les participants de cette étude sont les aspects politiques et économiques. En effet, ces professionnels de la santé sont d'avis que les changements dans le système de la santé canadien actuel, créant ainsi des restrictions budgétaires importantes, influencent leur pratique de collaboration en traumatologie, puisque des coupures, tant sur le plan humain que matériel, se font ressentir. En contexte de traumatologie, aucun écrit n'aborde ce type de facteur. Dans d'autres contextes de soins, tels que les soins intensifs [27] et les soins de premières lignes [39], les aspects politiques et économiques ont aussi été identifiés comme étant des facteurs influençant la collaboration. O'Reilly et al. [39] soulignent d'ailleurs que les ressources financières sont extrêmement significatives lorsqu'il est question de collaboration, car elles déterminent la composition de l'équipe, les opportunités de formation, les systèmes de communication et même, l'espace physique disponible. De ce fait, la présente étude apporte de nouveaux savoirs quant aux facteurs contextuels influençant la CIP en traumatologie.

Les propositions pour améliorer la CIP selon les professionnels de la santé

Les différentes propositions pour améliorer la CIP qui ont émané des participants de cette étude corroborent majoritairement les interventions proposées dans les écrits [34]. Les participants réalisent d'ores et déjà les lacunes qu'ils vivent au quotidien dans leur pratique clinique en traumatologie. Ils ont d'ailleurs suggéré deux catégories de propositions : les modifications à apporter dans leur pratique et les moyens pour améliorer

leur pratique. Les propositions, telles que le fait que le code trauma soit lancé par un autre professionnel que le médecin, la répartition des rôles, la préparation de la salle de choc avant l'arrivée du patient et le fait de prendre le temps d'écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux, font partie des pratiques à améliorer et apparaissent comme étant plutôt spécifiques à ce milieu clinique. Pour les moyens, les propositions des participants sont comparables avec la revue de la littérature de Buljac-Samardzic et al. [40] qui relate que les interventions visant l'amélioration de la performance des équipes se traduisent principalement par la formation interprofessionnelle, la simulation, les outils et les interventions organisationnelles.

Contributions de l'étude

En somme, les résultats de cette étude permettent de corroborer certaines connaissances provenant des écrits scientifiques, dont principalement celles issues des facteurs individuels, relationnels et procéduraux. De plus, ils amènent un regard nouveau quant à la description de la CIP selon les professionnels de la santé et confirment que ce concept en contexte de traumatologie est comparable aux autres contextes de soins, à l'exception de la compétence de leadership. Aussi, cette étude génère de nouveaux résultats quant aux facteurs organisationnels et contextuels influençant la collaboration en contexte de traumatologie. En effet, cette étude en traumatologie serait la première au sein des écrits recensés à aborder les facteurs de la collaboration reliés aux aspects contextuels.

D'un point de vue théorique, cette étude a contribué à l'application du modèle conceptuel de Reeves et al. [11] dans la pratique des professionnels de la santé en contexte de traumatologie. L'utilisation de ce cadre conceptuel est novatrice, car à ce jour, aucun autre écrit en traumatologie n'a été repéré s'étant appuyé sur celui-ci. Tout en utilisant une

approche qualitative inductive, ce cadre de référence aura notamment permis une collecte de données approfondie et une présentation structurée des résultats selon les quatre catégories de facteurs, soit relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels. Or, cette étude aura aussi permis d'identifier une cinquième catégorie de facteurs influençant la CIP : les facteurs individuels. En effet, tel que le démontrent les résultats, chaque professionnel impliqué au sein de cette collaboration influence celle-ci par ses propres expériences, compétences, ainsi que sa disposition physique et émotionnelle. De ce fait, cette étude contribue, sur le plan théorique, au développement et à l'applicabilité de ce modèle conceptuel en contexte de traumatologie.

Sur le plan méthodologique, l'utilisation de l'observation comme moyen de collecte de données, afin de comparer les propos des professionnels et la réalité, est novatrice. L'observation est souvent utilisée en contexte de traumatologie, afin d'évaluer la performance des équipes, mais très peu dans l'optique d'identifier les facteurs influençant un phénomène. À ce sujet, l'utilisation de l'observation comporte d'ailleurs plusieurs bénéfices, dont le fait que les données sur l'environnement et les comportements humains peuvent être identifiés directement par le chercheur et mettre en lumière des éléments qui, de prime abord, pourraient passer inaperçus pour les professionnels de la santé au cœur de l'action.

Forces et limites de l'étude

Une première force de cette étude demeure dans le choix du cadre de référence qui aura initialement été retenu pour sa concordance factuelle avec les soins critiques. Celui-ci aura d'ailleurs inspiré, sur le plan méthodologique, tant la collecte de données, l'analyse des données, que l'interprétation des résultats. Une seconde force réside dans

l'échantillonnage très hétérogène, de par la pluridisciplinarité obtenue pour cette étude. Toutefois, une limite de l'échantillonnage est le peu de représentativité de chaque profession. En effet, l'ambulancier paramédical, l'inhalothérapeute, le médecin et l'aide-soignant ont tous été représentés par un seul individu. Néanmoins, il demeure que, malgré la petite taille de l'échantillon, ce dernier représente bien une équipe habituelle en traumatologie dans un service d'urgence du Québec (Canada). De plus, la description détaillée des professionnels impliqués dans cette étude permet la transférabilité des résultats. De surcroît, l'absence de deux participants lors du groupe de discussion focalisée, en raison de leur indisponibilité, est une autre limite de cette étude. Une troisième force de cette étude se retrouve sur le plan méthodologique, soit par l'utilisation de plusieurs méthodes de collectes de données : l'entrevue individuelle, le groupe de discussion focalisée et l'observation directe. D'ailleurs, la validation des résultats lors du groupe de discussion focalisée aura permis de s'assurer que l'interprétation qu'en a faite la chercheuse correspond bien aux propos tenus par les participants. Enfin, il est à noter que l'investigatrice est elle-même infirmière d'une équipe de soins à l'urgence. Ainsi, sa propre expérience de collaboration au sein d'une équipe de soins en traumatologie aura possiblement teinté son interprétation des résultats.

Retombées de l'étude

Les résultats de cette étude méritent d'être connus des différents professionnels de la santé, afin de les conscientiser aux multiples facteurs qui influencent leur collaboration et, par conséquent, leur pratique en traumatologie. En effet, les résultats démontrent que l'influence multifactorielle est omniprésente au sein de la collaboration en traumatologie et affecte de toute part les professionnels de la santé. Ainsi, les professionnels réaliseront

peut-être davantage ce qui se passe autour d'eux et voudront possiblement contribuer plus facilement à l'amélioration de leur pratique. Or, ces résultats issus de l'expérience de plusieurs professionnels de la santé provenant de différentes disciplines, relatent la réalité « terrain » des soins en traumatologie et s'avère un bon départ pour la mise en place d'interventions adaptées pour ces professionnels et ce contexte de soins spécifique. Les propositions d'intervention des participants de cette étude sont notamment un bon point de repère pour l'amélioration des pratiques.

Références

- [1] Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al., The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev*, 2015.
- [2] Tøien K, Bredal IS, Skogstad L, Myhren H, and Ekeberg Ø, Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2011. 19: 22-22.
- [3] American College of Surgeons, ATLS Advanced Trauma Life Support : Student Course Manual. 10 ed. 2018, Chicago, United-States: American College of Surgeons.
- [4] Petri L, Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum*, 2010. 45(2): 73-82.
- [5] Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, Référence nationale de compétences en matière d'interprofessionnalisme. 2010, Université de la Colombie-Britannique: Vancouver.
- [6] Bergs EA, Rutten FL, Tadros T, Krijnen P, and Schipper IB, Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening? *Injury*, 2005. 36(8): 905-911.
- [7] Chua WC, D'Amours SK, Sugrue M, Caldwell E, and Brown K, Performance and consistency of care in admitted trauma patients: our next great opportunity in trauma care? *ANZ J Surg*, 2009. 79(6): 443-448.
- [8] Flin R, Winter J, Sarac C, and Raduma M, Human factors in patient safety: review of topics and tools., in Report for methods and measures working group of WHO patient safety. 2009, World Health Organisation: Switzerland.
- [9] Courtenay M, Nancarrow S, and Dawson D, Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health*, 2013. 11(1): 1-10.
- [10] Fortin M-F and Gagnon J, Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 3 ed. 2016, Montréal: Chenelière Éducation.
- [11] Reeves S, Lewin S, Espin S, and Zwarenstein M, Interprofessional teamwork for health and social care, ed. H. Barr. 2010, United-Kingdom: Wiley-Blackwell. 208.
- [12] Miles MB and Huberman AM, Analyse des données qualitatives. 2 ed. 2003, Paris, France: De Boeck.
- [13] Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, and Institut de recherche en santé du Canada, Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. 2014, Gouvernement du Canada.
- [14] Lam AHY, Wong JTL, Ho ECM, Choi RYY, and Fung MST, A concept analysis of interdisciplinary collaboration in mental healthcare. *COJ Nurse Healthcare*, 2017. 1(2).
- [15] Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, and Soares CB, Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*, 2017. 15(11): 2723-2788.

- [16] Xyrichis A and Ream E, Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 61(2): 232-241.
- [17] Cole E and Crichton N, The culture of a trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs*, 2006. 15(10): 1257-1266.
- [18] Khademian Z, Sharif F, Tabei S, Bolandparvaz S, Abbaszadeh A, and Abbasi H, Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iranian J Nursing Midwifery Res*, 2013. 18(4): 333-339.
- [19] Xiao Y, Parker SE, and Manser T, Teamwork and collaboration, in *Reviews of human factors of ergonomics*, D.G. Morrow, Editor. 2013, SAGE: Thousand Oaks.
- [20] Leggat SG, Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*, 2007. 7: 17-17.
- [21] Raley J, Meenakshi R, Dent D, Willis R, Lawson K, and Duzinski S, The Role of Communication During Trauma Activations: Investigating the Need for Team and Leader Communication Training. *J Surg Educ*, 2016. 74(1): 173-179.
- [22] Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, Jacobsson M, and Hultin M, Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open*, 2013. 3(10): 1-8.
- [23] Steinemann S, Bhatt A, Suares G, Wei A, Ho N, Kurosawa G, et al., Trauma Team Discord and the Role of Briefing. *J. Trauma Acute Care Surg*, 2016. 81(1): 184-189.
- [24] Ford K, Menchine M, Burner E, Arora S, Inaba K, Demetriades D, et al., Leadership and teamwork in trauma and resuscitation. *West J Emerg Med*, 2016. 17(5): 549-56.
- [25] Clements A, Curtis K, Horvat L, and Shaban RZ, The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations. *Int Emerg Nurs*, 2015. 23(1): 3-7.
- [26] Sarcevic A, Marsic I, Waterhouse LJ, Stockwell DC, and Burd RS, Leadership structures in emergency care settings: A study of two trauma centers. *Int J Med Inform*, 2011. 80(4): 227-238.
- [27] Kendall-Gallagher D, Reeves S, Alexanian JA, and Kitto S, A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis. *J Crit Care*, 2017. 38: 20-26.
- [28] Pfaff K, Baxter P, Jack S, and Ploeg J, An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *J Adv Nurs*, 2014. 70(1): 4-20.
- [29] Bochatay N, Bajwa NM, Cullati S, Muller-Juge V, Blondon KS, Junod Perron N, et al., A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training. *Acad Med*, 2017. 92(11S): S84-S92.
- [30] Gharaveis A, Hamilton DK, and Pati D, The Impact of Environmental Design on Teamwork and Communication in Healthcare Facilities: A Systematic Literature Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2017. 0(0): 1937586717730333.
- [31] Wood K, Crouch R, Rowland E, and Pope C, Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emerg. Med. J.*, 2015. 32(7): 577-581.

- [32] Leske JS, McAndrew NS, and Brasel KJ, Experiences of Families When Present During Resuscitation in the Emergency Department After Trauma. *J Trauma Nurs*, 2013. 20(2): 77-85.
- [33] Twibell R, Siela D, Riwtis C, Neal A, and Waters N, A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs*, 2018. 27(1-2): e320-e334.
- [34] Weller J, Boyd M, and Cumin D, Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*, 2014. 90(1061): 149-154.
- [35] Sethi D and Subramanian S, When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi J Anaesth*, 2014. 8(1): 104-113.
- [36] Fisher M, Weyant D, Sterrett S, Ambrose H, and Apfel A, Perceptions of interprofessional collaborative practice and patient/family satisfaction. *J Interprof Educ Pract*, 2017. 8: 95-102.
- [37] Frost DW, Cook DJ, Heyland DK, and Fowler RA, Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: A systematic review. *Crit Care Med*, 2011. 39(5): 1174-1189.
- [38] San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, and Ferrada-Videla M, The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*, 2005. 19(sup1): 132-147.
- [39] O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, and MacFarlane A, Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 2017. 12(7): e0181893.
- [40] Buljac-Samardzic M, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JDH, and van Wijk KP, Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy*, 2010. 94(3): 183-195.