

Fiche d'information «Modélisations de la collaboration interprofessionnelle»

Cette fiche d'information présente une sélection de **modèles, schémas et systématiques** sur le thème de la **collaboration interprofessionnelle (CIP)** aux niveaux de l'**organisation**, des **équipes** et des **réseaux**. Par définition, la collaboration interprofessionnelle a pour but de permettre l'élaboration en commun de solutions nouvelles, en dehors des pratiques de routine adoptées dans le cadre de chaque profession prise individuellement. Elle concerne donc des situations catégorisées comme s'écartant de la norme, et requérant de ce fait davantage de coordination et de synchronisation (Schmitz et al. 2020). Les diverses manières dont peut se dérouler la CIP sont représentées au travers de différents modèles, schémas ou systématiques. La sélection proposée dans cette fiche en offre un aperçu et peut servir de base pour développer vos propres approches CIP dans la pratique. Pour vous permettre d'approfondir le sujet, vous trouverez les sources originales des divers modèles dans la bibliographie. L'aperçu proposé ici ne présuppose aucun jugement de valeur – selon les circonstances et les problématiques, différents modèles peuvent constituer une base appropriée pour une CIP.

Sommaire

Modèles pour les organisations et les réseaux	2
1.1 Le CIP comme continuum et formes d'organisation	2
1.2 Le modèle du continuum: cinq types de collaboration interprofessionnelle	4
1.3 Le modèle basé sur les facteurs d'influence	5
1.4 Modèles novateurs de coopération dans les soins ambulatoires	6
1.5 Le modèle d'impact "CareNet+"	8
1.6 Collaboration interprofessionnelle dans les centre de santé.....	10
2. Modèles pour les équipes	11
2.1 Le modèle «Travail en équipe»	11
2.2 Le modèle Kawa	12
2.3 Le modèle interprofessionnel de l'empathie	13
2.4 Le modèle de l'engrenage	13
2.5 Le modèle ILC	14
3. Modèles pour la formation initiale et continue	15
3.1 Le modèle «Strength» (modèle des points forts de la formation et de la pratique interprofessionnelles)	15
3.2 Le modèle Toronto	16
3.3 Un modèle suisse de formation interprofessionnelle	17
3.4 Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model.....	17
3.5 Le modèle de formation interprofessionnelle continue.....	18
3.6 Le modèle «IMPACT Practice»	18
3.7 Autres modèles de formation interprofessionnelle	18
Bibliographie	19

Modèles pour les organisations et les réseaux

1. Le CIP comme continuum et formes d'organisation

L'étude «La pratique d'une collaboration interprofessionnelle réussie», réalisée sur mandat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), présente un schéma des différentes formes de CIP (voir fig. 1). Le degré de **densification** des processus de travail et des actions est représenté sur un continuum à l'aide de trois formes idéales de CIP (*coordinatrice*, *type projet* et *cocréative*). Alors que, dans le cas de la *densification coordinatrice*, toutes les compétences professionnelles sont complémentaires à celles du médecin, dans celui de la *densification co-créative* les professions ne peuvent trouver une solution qu'ensemble et avec le-la patient-e. C'est entre ces deux pôles que se situent les *densifications type projet*, en réponse à des besoins ponctuels de coordination des professionnels impliqués.

Le continuum se caractérise en outre par différents rapports entre **médecine** et **individualité**, dans un spectre placé entre deux extrêmes opposés: la réanimation - où les logiques d'action médicale dominent - et les soins palliatifs, où l'accent est mis sur les perspectives individuelles des professionnel·les et des patient·es.

Dans la pratique, les expériences de CIP décrites par les professionnel·les dans différents contextes (ou *settings*) peuvent se rattacher au schéma suivant.

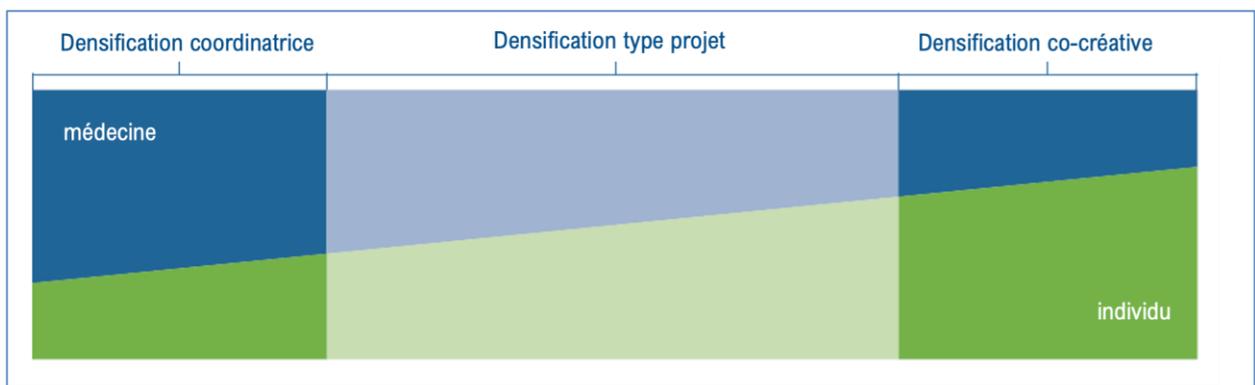


Fig. 1: Trois formes de CIP réussies (Azteni et al. 2017)

Les auteurs décrivent en outre, pour la pratique de la CIP, trois modèles idéaux de **formes d'organisation** liées aux tâches (*programme*, *centre* et *réseau*, voir fig. 2).

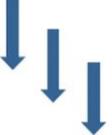
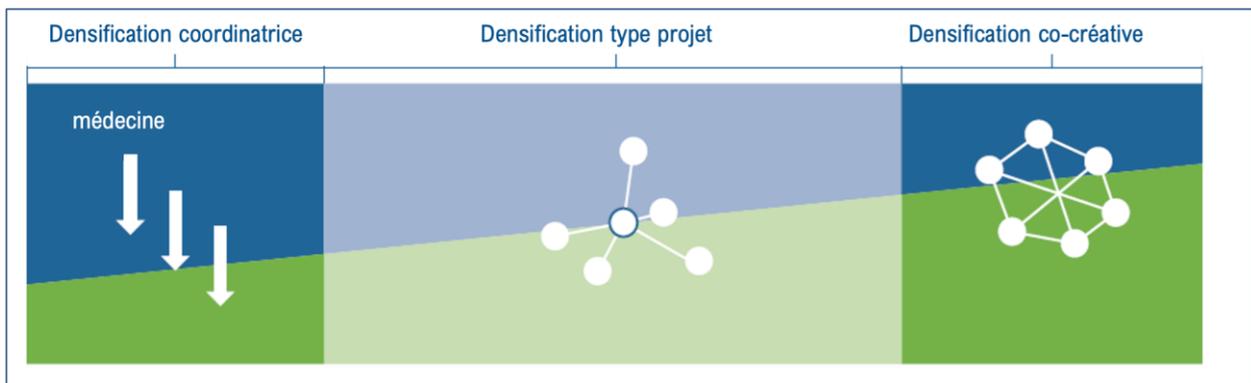
Modèle	Programme	Nœud	Réseau
Forme			
Caractéristique	Déroulement prédéfini et programmé	Conseils du centre	Dialogue
Exemple	Médecine intensive, chirurgie	Soins primaires, organe de conseil médical	Médecine palliative, colloque multidisciplinaire (<i>tumor board</i>)
Interrelation Expertise et Organisation	Les compétences individuelles peuvent être juxtaposées de manière programmée, chacun restant dans le cadre de son expertise.	Le cas dépasse l'expertise d'un seul spécialiste ; recours à différents spécialistes et professionnel·les à titre de conseil et de consultation.	Limites des expertises <u>atteintes</u> ; dialogue commun nécessaire pour trouver de nouvelles solutions.

Fig. 2: Trois formes d'organisation liées aux tâches pour une CIP réussie (Azteni et al. 2017)

Ces trois formes d'organisation peuvent s'appliquer à l'approche axée sur un continuum (voir fig. 3). Le modèle «Programme» constitue le cas standard dans le domaine médical: différentes compétences s'intègrent de manière étroitement coordonnée pour faire face à des situations de crise. Le modèle «Centre» correspond aux activités de consultation dans tous les domaines de soins. Il s'applique en particulier aux situations de soins primaires, lorsque des spécialistes sont consultés ou intégrés dans le cadre de questions spécifiques liées au patient. Le modèle «Réseau» peut jouer le rôle de base pour des projets spécifiques (p. ex. les soins palliatifs) dans les domaines de la santé et du social, ou encore dans l'espace social (Azteni et al. 2017).



Dans le cadre d'une étude qualitative (enquête réalisée auprès de spécialistes de différents groupes professionnels) de la Haute école de Lucerne, l'approche du continuum a été adoptée pour mettre en évidence les différentes formes et caractéristiques de CIP à l'intersection entre le domaine de la santé et le domaine social (voir fig. 4) (Oetterli et al. 2017).

	Coordination	Interconnexion	Co-création
<i>Professions</i>	travaillent successivement sur le même cas	travaillent côte à côte sur le même cas	travaillent ensemble sur le même cas
<i>Résultats</i>	sont échangés	sont mis ensemble	sont obtenus en commun
<i>Limites des disciplines</i>	sont préservées (multidisciplinarité)	sont dépassées (interdisciplinarité)	sont levées (transdisciplinarité)
<i>Exemples</i>	discussions bilatérales, conférence de cas, table ronde, organe de conseil, entretien de situation	échange entre personnes, training, soutien consultatif, offres avec équipes interprofessionnel	équipes interprofessionnelles avec bases supraprofessionnelles communes sans répartition des tâches entre les professions
<i>Degré de collaboration</i>			

Fig. 4: Formes et caractéristiques de CIP à l'intersection entre domaine de la santé et domaine social (Oetterli et al. 2017)

1.2 Le modèle du continuum: cinq types de collaboration interprofessionnelle

Dans un document-cadre sur la qualité de la CIP, la FMH mentionne un modèle inspiré de Careau et al. (2014). Ce modèle présente **cinq types** d'interaction (*soins indépendants, parallèles, référentiels, concertés et partagés*) reflétant la complexité et l'intensité toujours plus marquées caractérisant la CIP (voir fig. 5).

L'**interaction** et l'**intention** de la collaboration sont différentes pour chaque type défini. Selon ce modèle, le choix d'un type de CIP doit se faire en fonction de la complexité de la **situation bio-psychosociale** des patient-es et de leurs proches. Il intègre diverses définitions de CIP et prend en compte l'implication des patient-es et de leurs proches (P/P) en tant que parties prenantes essentielles dans la collaboration interprofessionnelle (Gerber et al. 2018).

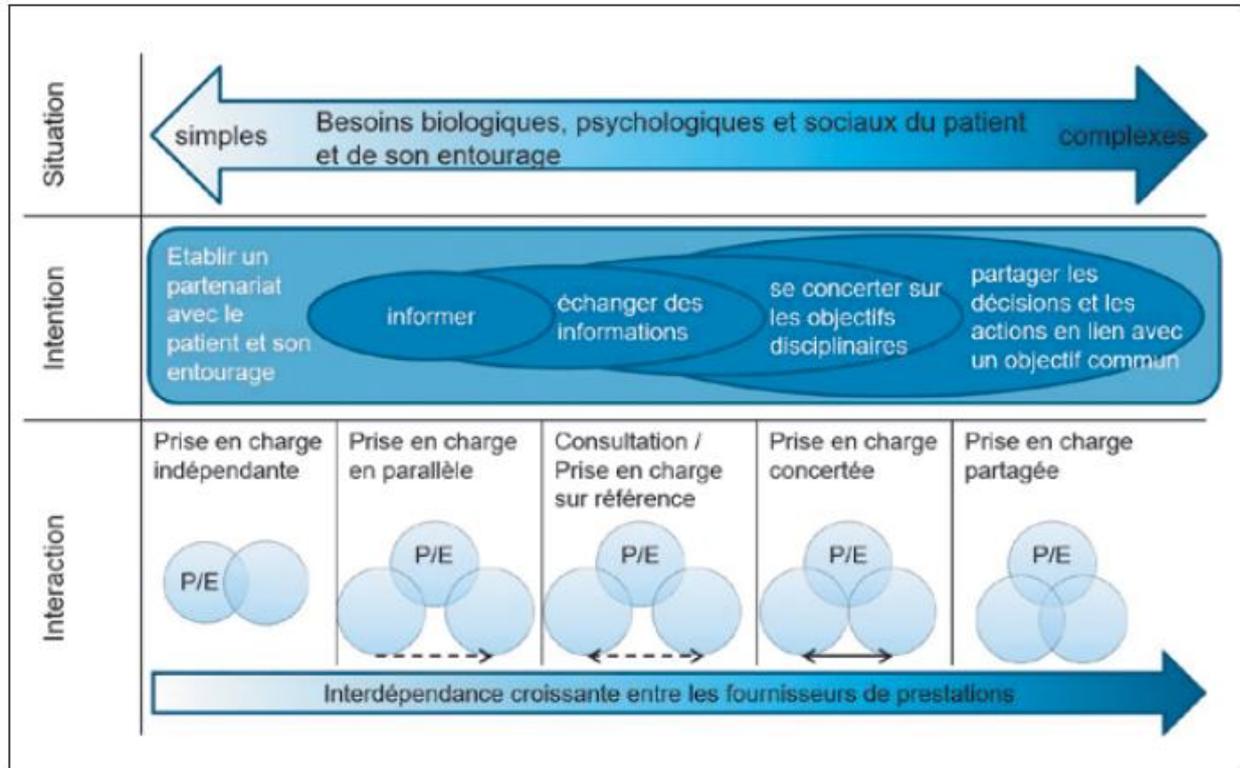


Fig. 5; Continuum de la collaboration interprofessionnelle selon Careau et al. (Gerber et al. 2018)

1.3 Le modèle basé sur les facteurs d'influence

La FMH, dans ce même document-cadre sur la qualité de la CIP, mentionne un modèle basé sur les facteurs d'influence dérivant directement de celui proposé par d'Amour et Oandasan (voir fig. 6). Ce modèle ne prétend pas être exhaustif et ne donne aucune indication sur l'influence respective de chaque facteur. Il place en son centre **les patient-es et leurs proches**, car toutes les personnes concernées ont le même objectif: la meilleure prise en charge possible du·de la patient·e. Ce qui implique que l'intensité de la CIP soit adaptée à **la difficulté de la tâche** – et donc à la complexité de la situation. Dans l'idéal, il n'y a pas de concurrence, dans la CIP, entre **professionnels de la santé**, mais de la confiance et du respect pour les autres métiers. La CIP cependant subit également l'influence de facteurs **interactifs, organisationnels et systémiques**, ces derniers pouvant se situer au niveau des systèmes de santé et

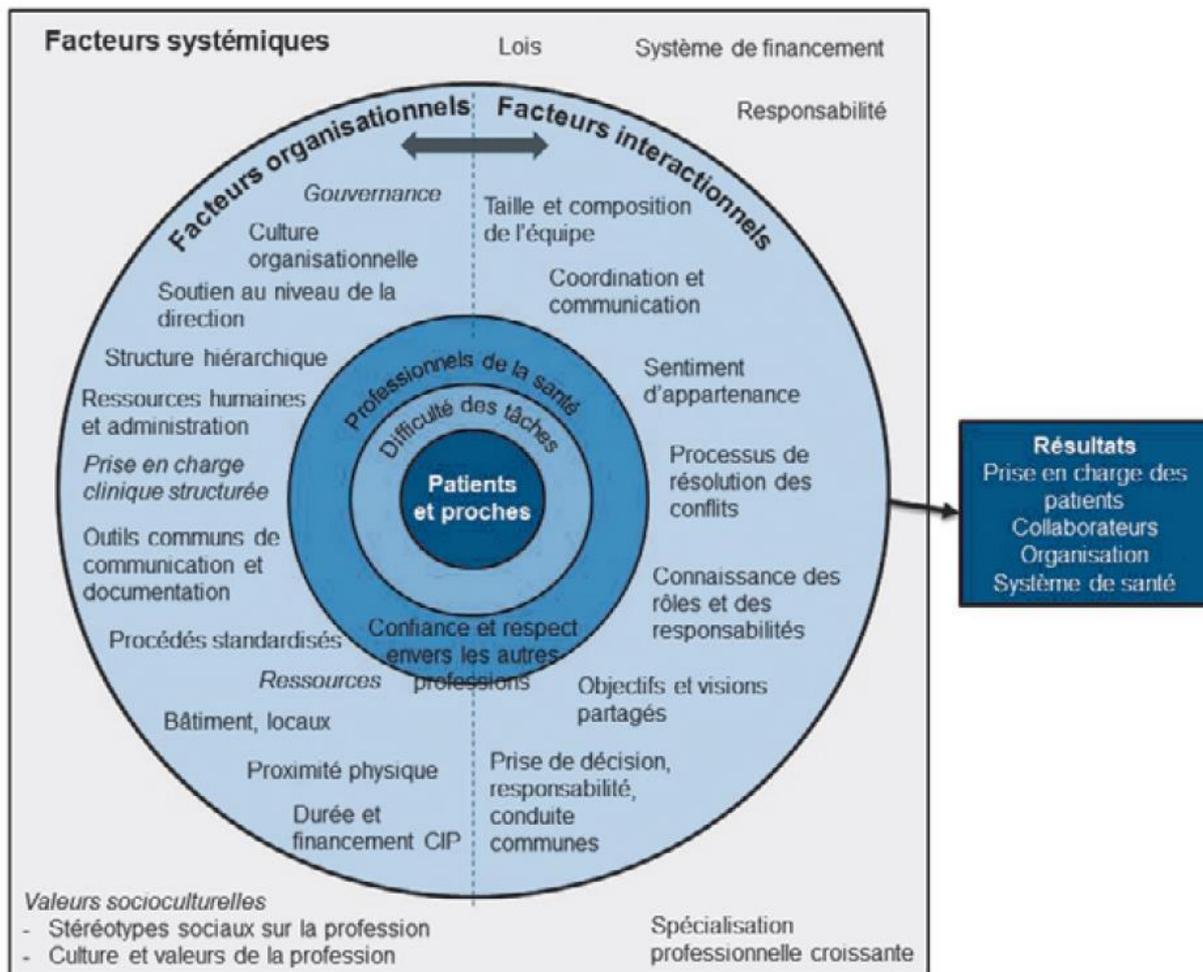


Fig. 6: Facteurs d'influence postulés sur la collaboration interprofessionnelle de formation comme de la politique ou de la société (Gerber et al. 2018, voir aussi : D'Amour & Oandasan 2005).

1.4 Modèles novateurs de coopération dans les soins ambulatoires

La Haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW) a publié une étude présentant les conditions-cadres requises pour la CIP des professionnels de la santé. L'objectif était de déterminer si de nouvelles formes de collaboration avaient des effets positifs sur l'efficacité et l'effet de la thérapie, comme sur les conditions et la satisfaction liées au travail. Une évaluation des différents modèles d'organisation a été réalisée sur la base de groupes-témoins et d'entretiens individuels avec des personnes de plus de 65 ans, des collaborateurs·trices des services d'aide et de soins à domicile, des médecins de famille et d'autres professionnel·les de la santé (ZHAW 2021).

Les modèles jugés les plus positifs sont les suivants:

En ce qui concerne *la gestion de cas (case management) dans les cabinets de médecins généralistes*, aucun changement majeur n'est prévu en matière de soins ambulatoires par rapport à la situation standard actuelle (le-la médecin se charge d'adresser le-la patient-e au·à la professionnel·le de la santé). Toutefois, les cabinets de médecins généralistes devront désormais assumer une fonction de *case management* et coordonner les différents services de santé (voir fig. 7).

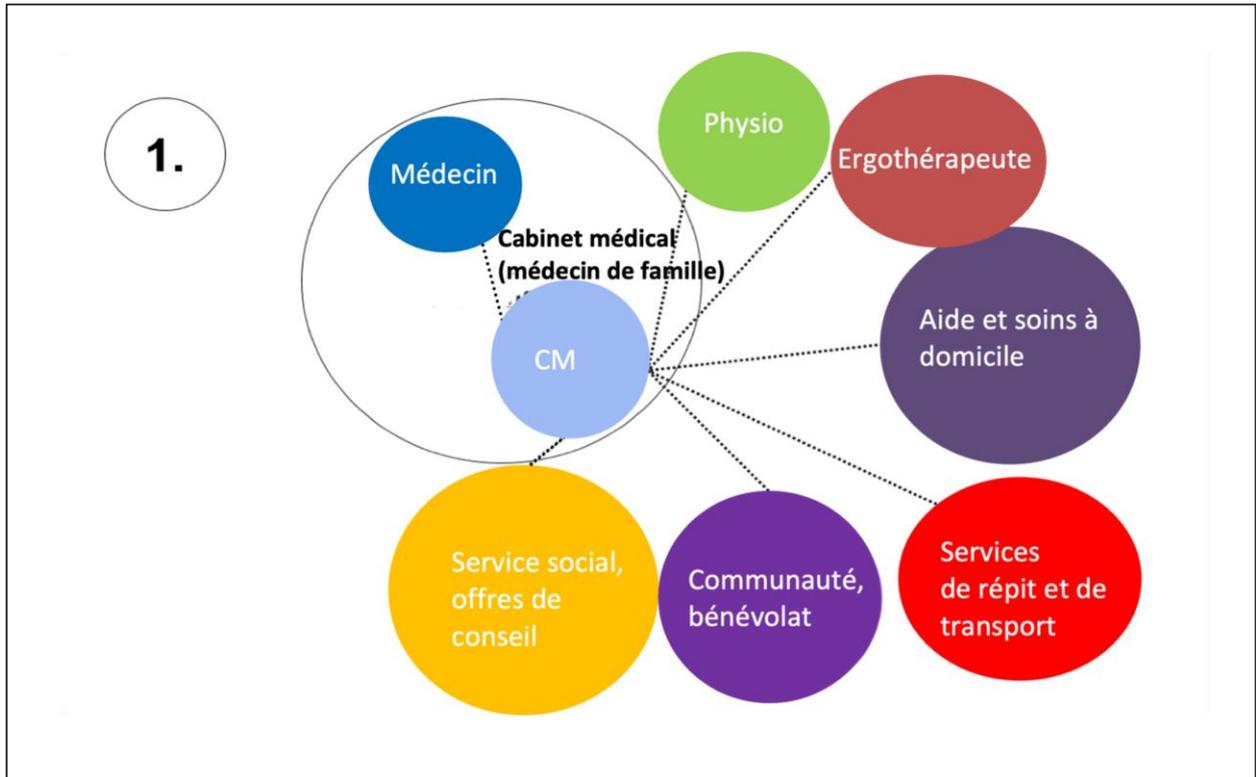


Fig. 7: Case management dans le cabinet du médecin de famille (ZHAW 2021)

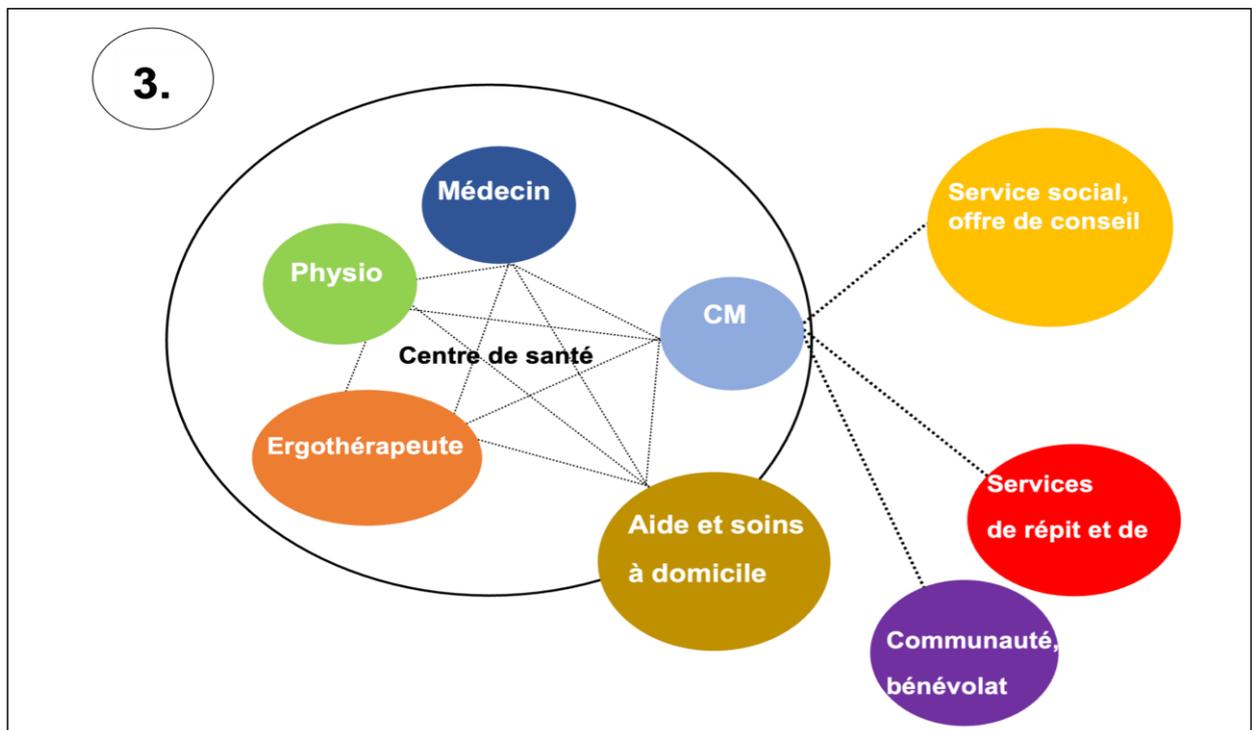


Fig. 8: Centre de santé multiprofessionnel avec case management et services d'aide et de soins à domicile (ZHAW 2021)

Dans le modèle *Centre de santé multiprofessionnel avec case management mais sans recours aux services de l'aide et des soins à domicile*, d'autres offres thérapeutiques sont intégrées, en plus du médecin. Le Case Management coordonne ces offres avec celles qui ne sont pas intégrées au centre de santé. Ce modèle peut également être complété par un service interne d'aide et de soins à domicile (voir fig. 8).

Dans le modèle *Aide et soins à domicile professionnels avec fonction de case management*, les prestations d'aide et de soins à domicile comprennent également l'ergothérapie et la physiothérapie, les services d'intendance et le case management. Le service d'aide et de soins à domicile coordonne par conséquent tant les processus internes que l'interface avec le cabinet du médecin de famille (voir fig. 9).

D'autres modèles considérés sont celui du *Case management dans le cadre du travail de quartier*, avec

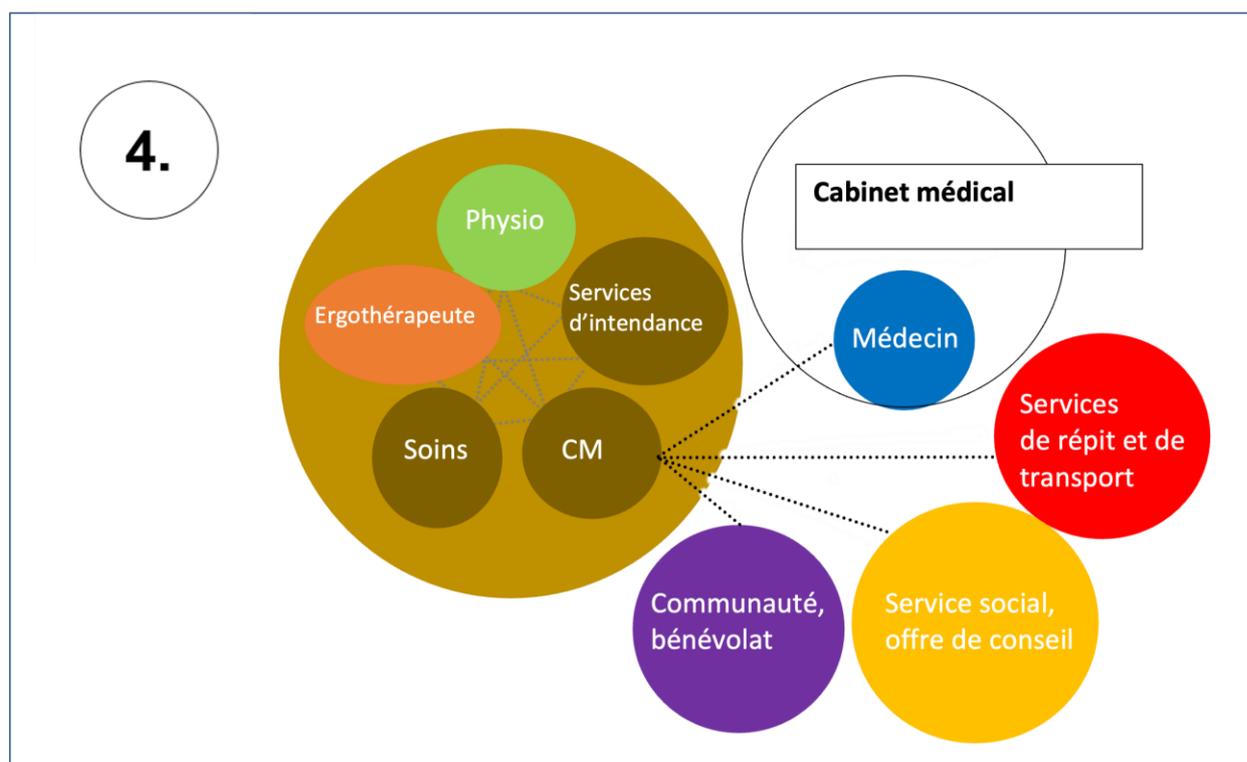


Fig. 9: Aide et soines à domicile multiprofessionnels avec fonction de case management (ZHAW 2021)

une organisation à bas seuil de la communauté, ou le modèle de *Centre de soins avec services d'aide et soins à domicile et centre de santé*, où le case management est assuré à la fois à l'extérieur et à l'intérieur d'un EMS (cf. chap. 1.6: Collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé).

Les données de la ZHAW ne permettent pas de démontrer clairement les effets positifs des modèles novateurs. Elles confortent cependant l'hypothèse selon laquelle un manque de coordination et un manque de fluidité dans la communication entre professionnels ont, du point de vue des chercheurs, un impact négatif sur la collaboration interprofessionnelle, la qualité des soins et la satisfaction professionnelle (ZHAW 2021).

1.5 Le modèle d'impact "CareNet+"

Ce modèle d'impact a été développé et testé dans le cadre du projet «CareNet+» de Pro Senectute dans le canton de Zurich. «CareNet+» a pour but de faciliter la coordination en fonction des cas entre les divers prestataires de services. Le modèle comprend des éléments de projet et met en évidence la complexité de l'interface entre le domaine de la santé et le domaine social. Le projet associe une collaboration au cas par cas, les organismes de financement et la neutralité de «CareNet+» en tant qu'acteur (Trageser 2017).

Comme le montre la fig. 10, la coordination fonctionne sous forme d'un circuit de régulation du case management (Scheibli 2018). Celui-ci est structuré en fonction du concept, de la mise en œuvre, du résultat et de l'impact obtenu, et révèle les relations existantes entre les divers-es acteur-trices (voir aussi Kirschner & Reusser 2021).

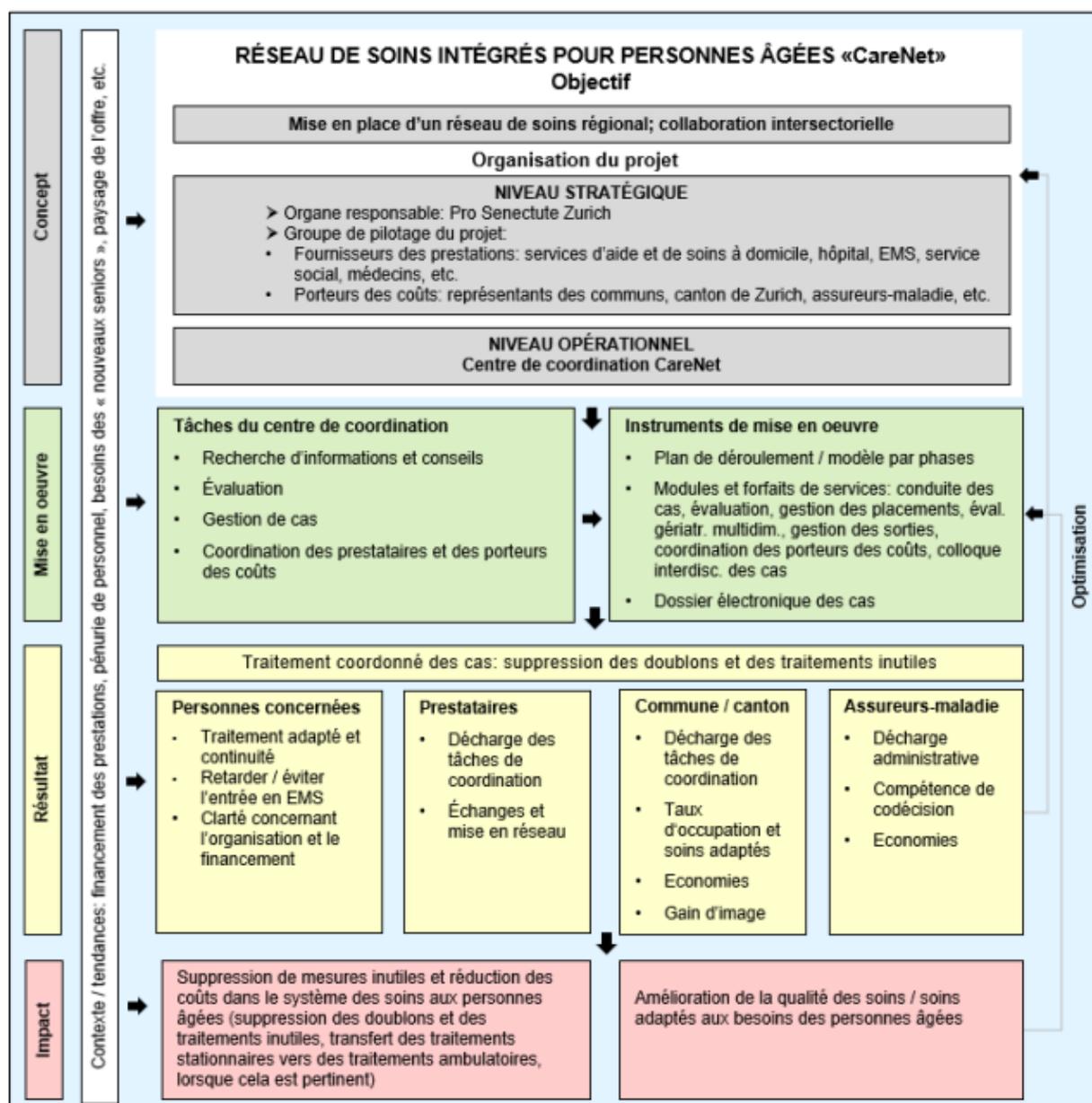


Fig. 10 : Modèle d'impact du case management de Pro Senectute (Trageser 2017)

1.6 Collaboration interprofessionnelle dans les centre de santé

Ce modèle, développé sur mandat de CURAVIVA Suisse, se base sur le «Modèle d'habitat et de soins 2030» publié en 2016 par CURAVIVA Suisse (cf. fiche d'information : «Vision Habitat Seniors», CURAVIVA 2020).

Dans ce modèle, les différents prestataires de services travaillent ensemble, dans une structure organisationnelle centralisée et une direction faîtière qui rend possible la création des structures nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle (fig. 11). Sa philosophie comprend une vision orientée sur les besoins et l'espace social, qui intègre les principes de participation, de promotion de la santé et de prévention. Une offre à bas seuil ainsi qu'une structure intégrée tant socialement que dans l'environnement et des conditions requises spécifiques en matière de personnel et de financement en constituent les principaux piliers. Le domaine de l'interprofessionnalité comprend des éléments de décision comme des aspects spécifiques aux équipes, des considérations financières, le type de système de documentation (électronique, p.ex. DEP), de la formation continue ainsi que des possibilités d'échanges. L'interaction entre ces principaux domaines permet de placer la personne et ses besoins au centre des démarches de soins et d'accompagnement, en tenant compte de ses ressources individuelles, de son environnement social et de sa région (CURAVIVA 2018).

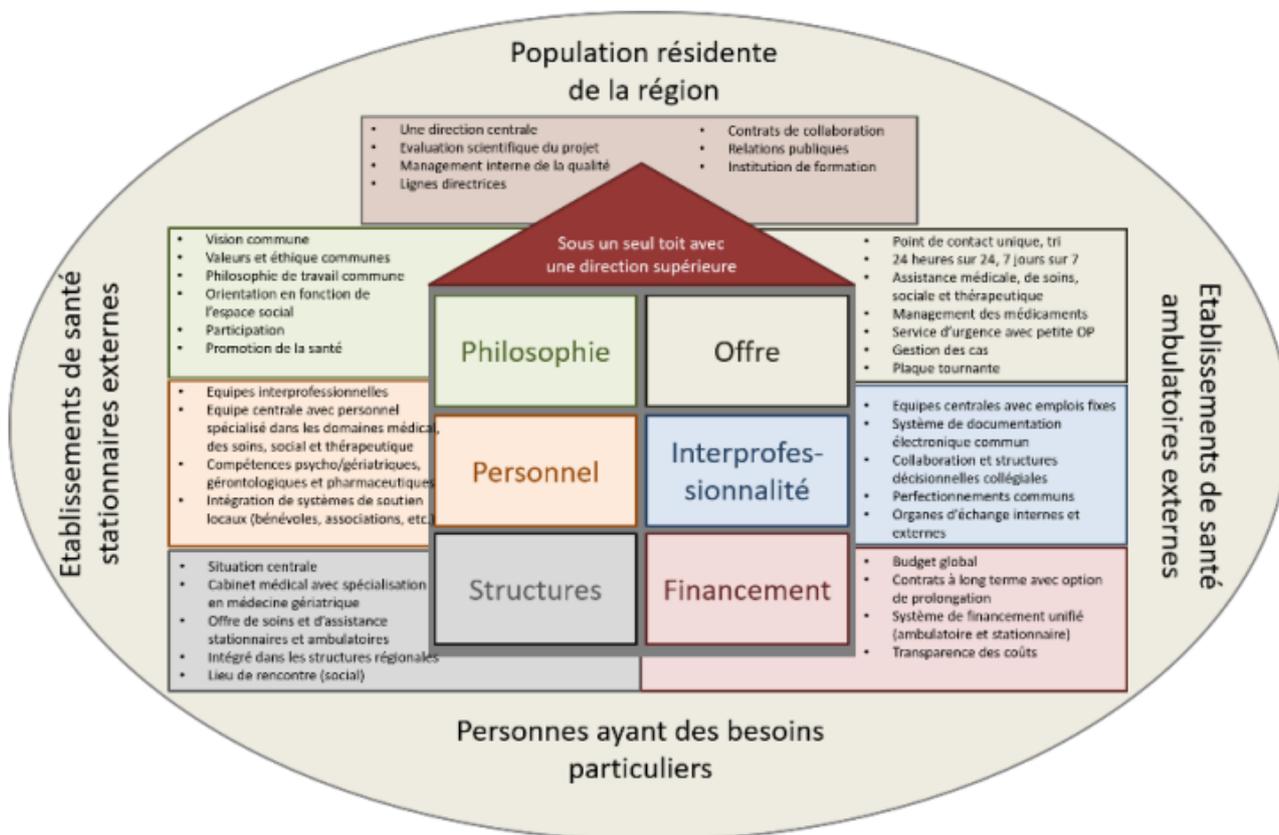


Fig. 11 : Collaboration interprofessionnelle dans un centre de santé (Curaviva Suisse 2018)

2. Modèles pour les équipes

Ce chapitre présente un choix de modèles de CIP que l'on retrouve assez fréquemment dans la littérature de recherche: ils sont plutôt abstraits, et formulés de manière générale. On peut citer le modèle Kawa et le modèle «Travail en équipe» pour ce qui concerne le niveau micro dans les contextes (*settings*) stationnaires (professionnel·les en équipes). Le «modèle de l'engrenage», le «modèle interprofessionnel de l'empathie» et le «modèle ICL» offrent en revanche des approches plus concrètes pour la pratique.

2.1 Le modèle «Travail en équipe»

Le modèle développé aux États-Unis par Matthew D'Angelo et ses collègues propose des bases pratiques pour la conceptualisation et l'analyse du travail d'équipe. Une **équipe** est définie comme un groupe de plusieurs personnes qui travaillent ensemble à la réalisation d'un objectif commun. Pour que le travail d'équipe soit efficace, il faut créer des conditions favorables. Pour ce faire, huit **caractéristiques** importantes des équipes performantes sont identifiées: *leadership, comportement de sauvegarde, suivi mutuel des performances, communication, capacité d'adaptation, modèles mentaux communs, confiance mutuelle et esprit d'équipe*. Le modèle «Travail en équipe» divise le travail en équipe en quatre **domaines principaux**, qui s'influencent mutuellement (voir fig. 12). Chacune des caractéristiques mentionnées ci-dessus doit être placée dans l'un de ces quatre domaines.

Le domaine de la *structure organisationnelle* constitue le fondement du modèle. Une équipe efficace devrait notamment disposer d'une structure claire, ainsi que de rôles, de récompenses et de sanctions. L'organisation plus large dans laquelle se situe l'équipe est responsable de la définition de ces rôles et du soutien des membres de l'équipe. La *compétence individuelle* comprend les compétences cliniques, émotionnelles et physiques de l'individu au sein de l'équipe. Alors que la compétence individuelle relève de la responsabilité de chaque membre, l'organisation a pour mission de mesurer et de garantir la performance individuelle.

La *performance de l'équipe* implique la capacité collective de l'équipe à s'adapter à des environnements changeants, à monitorer ses performances comme équipe et à fournir un soutien en cas de difficultés rencontrées par les collègues. L'équipe et ses membres en sont collectivement responsables.

Le quatrième domaine concerne l'*interaction individuelle* d'un individu avec l'équipe. Idéalement, le membre de l'équipe apprend à faire confiance aux autres membres et à communiquer avec eux. L'esprit d'équipe, parce qu'il donne plus d'importance aux objectifs de l'équipe qu'à ceux de l'individu, est également considéré comme optimal (D'Angelo et al. 2019).

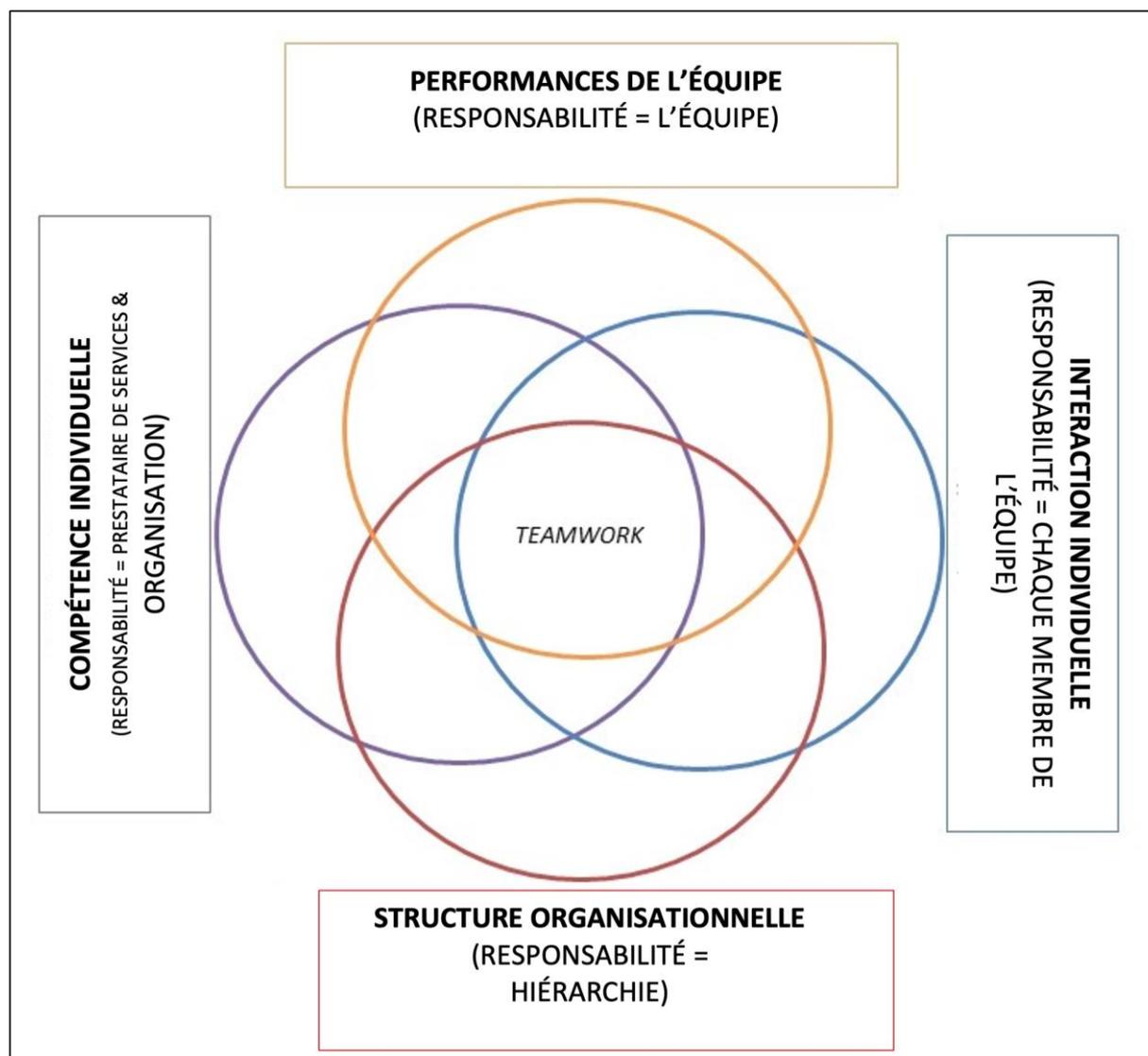


Fig. 12: Représentation du modèle "Travail en équipe" (D'Angelo et al. 2019)

2.2 Le modèle Kawa

Le modèle Kawa a été développé par Michael K. Iwama en collaboration avec des ergothérapeutes japonais. Traditionnellement, il n'est employé que par un·e seul·e thérapeute, mais l'étude pilote menée par Lape et alii examine la possibilité de l'utiliser également avec profit pour les équipes interprofessionnelles. Dans son application, la rivière («kawa» en japonais) symbolise le parcours de vie d'une personne. Le modèle est conçu pour identifier les problèmes et les réseaux de soutien et proposer des méthodes efficaces pour résoudre les problèmes. L'ensemble des éléments du modèle sont pris en considération pour déterminer les niveaux d'intervention requis. En suivant le tracé de la rivière, l'objectif est de se confronter aux problèmes (représentés par des pierres) avec des aspects de l'environnement (les parois et le fond) et des ressources personnelles et sociales (du bois flotté par exemple) (voir fig. 13).

Les résultats obtenus par Lape et ses coauteurs montrent que le modèle Kawa peut servir de langue commune dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle lors de la prise de décisions sur le

traitement d'un·e patient·e. Au travers de sa symbolique, ce modèle offre un cadre de référence compréhensible par toutes les professions et toutes les cultures (Lape et al. 2018, Iwama 2006). Une description de ce modèle est disponible en allemand (Lutz et Glarner 2016).

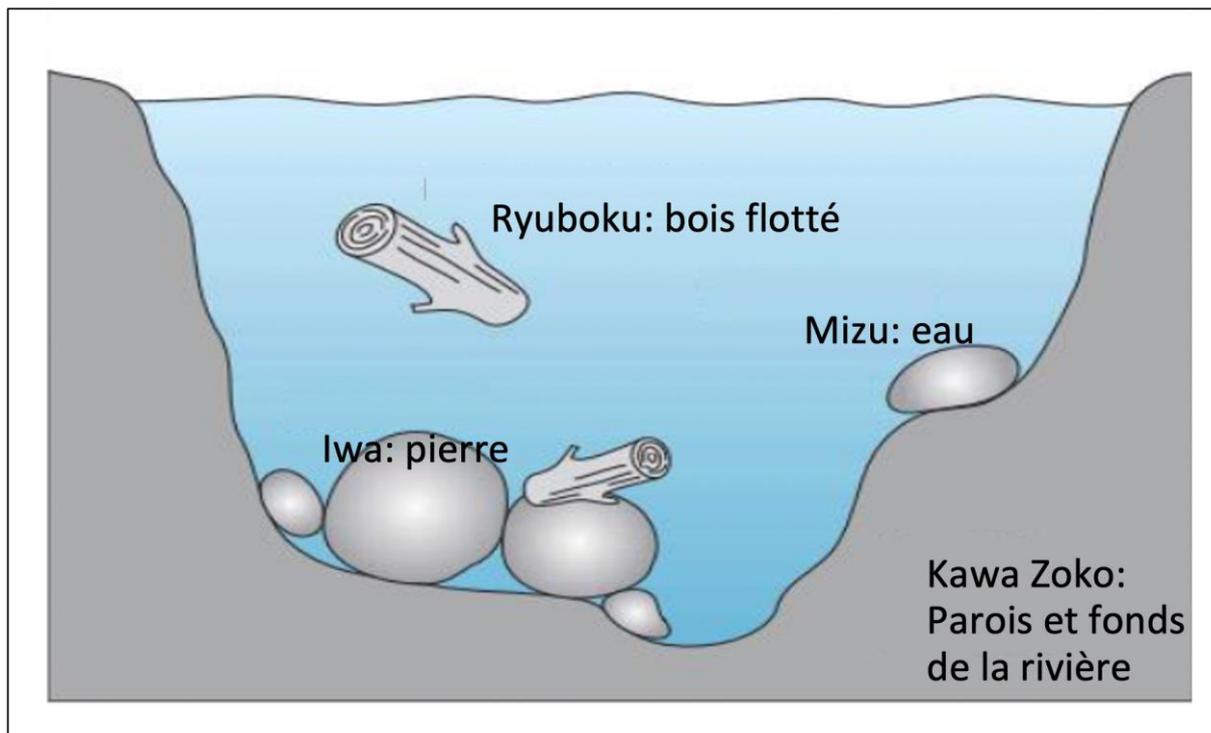


Fig. 13 : Modèle Kawa (Iwama 2007)

2.3 Le modèle interprofessionnel de l'empathie

Ce modèle par étapes, développé à l'Université de Toronto par l'équipe de Keith Adamson, identifie les éléments importants dans le processus d'élaboration de relations collégiales. Il décrit l'**empathie** pour les autres membres d'une équipe et la compréhension des modes de pensée différents comme des conditions préalables à des interactions réussies dans le cadre de la CIP. Des entretiens avec des professionnel·les de la santé ont permis de dégager **quatre étapes** dans le processus de formation de l'empathie interprofessionnelle: la première étape consiste pour les membres de l'équipe à *s'intéresser consciemment à leurs interactions sociales*. La deuxième nécessite l'utilisation de la *communication dialogique*. La troisième étape implique de réaliser les *différences interpersonnelles* pour comprendre les autres spécialistes de la santé. Enfin, le quatrième niveau est atteint par l'*incitation à adopter une pensée collective*. Les étapes ne peuvent être franchies que dans cet ordre prédéfini (Adamson et al. 2018).

2.4 Le modèle de l'engrenage

L'étude canadienne de Mulvale et consorts a identifié les facteurs qui influencent la collaboration entre les équipes, sur la base d'un modèle qui place l'équipe à différents niveaux auxquels, tels des roues d'engrenage, exercent directement ou indirectement une influence réciproque sur le niveau de l'équipe. Comme le montre la fig. 14, il s'agit des niveaux macro, méso et micro, ainsi que du niveau individuel. Pour chaque niveau, différents facteurs ont pu être identifiés et associés à la collaboration des équipes interprofessionnelles sur la base de preuves scientifiques. Ils sont également présentés dans la fig. 14 (Mulvale et al. 2016).



Fig. 14: Niveaux et facteurs décisifs du modèle de l'engrenage (Mulvale et al. 2016)

2.5 Le modèle ILC

Le modèle ILC (pour «Interdisciplinary Leadership Council Model») de Darcy Allen, directeur opérationnel adjoint du Health Park Medical Center de Fort Myers en Floride, aux États-Unis, porte sur le travail des cadres dirigeants, sous la forme d'un programme de réunions hebdomadaires (voir fig. 15). Le programme ILC se concentre sur le contrôle et la remise en question des processus. L'objectif est ici d'améliorer la communication des informations pertinentes et de minimiser les échanges inutiles et/ou

redondants au niveau de la direction. Les équipes ILC s'informent entre autres sur les personnes qui participent au quotidien clinique. Les professionnel·les de la santé expriment également leurs idées sur des points de vue stratégiques lors de «huddles», des réunions régulières avec des personnes issues des différents métiers représentés dans l'organisation. Ce type de travail d'équipe est considéré comme important, car il permet de stimuler des relations importantes, et donc la collaboration, chez les employeurs et les employé·es (Darcy 2021).

3. Modèles pour la formation initiale et continue

Il existe divers modèles de CIP dans le domaine de la formation initiale et de la formation continue interprofessionnelles. Parmi eux: le modèle «Strengths», le modèle Toronto, ou encore le «Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model». Une sélection de ces modèles est brièvement décrite ci-dessous, tandis que d'autres modèles de formation CIP sont cités avec mentions des références (voir chap. 3.7).

3.1 Le modèle «Strength» (modèle des points forts de la formation et de la pratique interprofessionnelles)

Le modèle dit «des points forts» de la pratique et de la formation interprofessionnelles, développé à l'Université du Kansas par Teri Kennedy (2019), se place dans la perspective des **forces**, et se concentre sur la résilience et les ressources plutôt que sur la pathologie, pour aider les client·es à atteindre leurs objectifs (Kim et al. 2013).

Ce modèle réunit différentes approches connues:

Se concentrer sur les forces des patient·es, mais aussi des membres de l'équipe, peut avoir un effet positif. Le concept d'*enquête valorisante* implique une attitude de reconnaissance qui s'obtient, entre autres, en s'interrogeant sur les points forts. L'accent mis sur *le narratif* joue également un rôle important dans les activités interprofessionnelles dans le domaine de la santé, car les récits du·de la patient·e et du·de la thérapeute doivent se rejoindre, tout comme doivent être élaborés tant le récit individuel que celui de l'équipe. Le modèle est centré sur l'individu, la famille et la communauté ainsi que sur l'équipe. Alors que l'enquête valorisante offre une base pour des changements de premier ordre, c'est-à-dire un changement de pratique, la narration fournit la composante de deuxième ordre, à savoir un changement de culture. Des changements induits par l'enquête valorisante peuvent donc entraîner un changement dans la manière dont les membres de l'équipe pensent et parlent de l'équipe (voir fig. 15).

Ainsi, la CIP peut être renouvelée et adaptée continuellement en tant que processus d'apprentissage permanent.

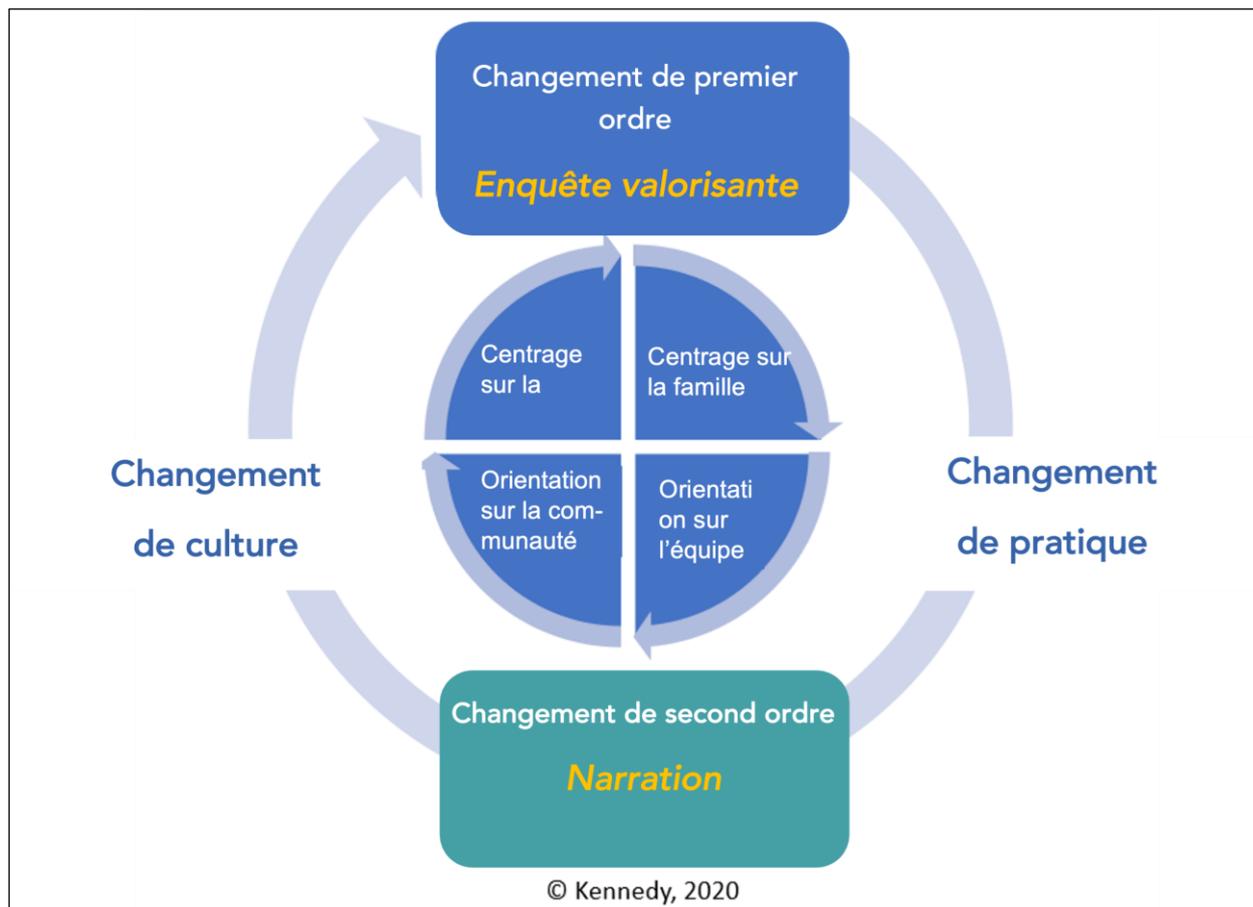


Fig. 15: Modèle dit «des points forts» de la pratique et de la formation interprofessionnelles (Kennedy 2020)

Au cours de la formation, ce modèle met l'accent sur la construction, en un processus parallèle, d'une **identité interprofessionnelle** co-existante avec l'identité professionnelle. En se plaçant pour cela, par exemple, délibérément dans le rôle de celui ou celle qui «décloisonne». L'objectif est ici de faire réaliser que l'identité professionnelle ne se cantonne pas au seul métier initial de formation (Kennedy 2019).

3.2 Le modèle Toronto

L'Université de Toronto a développé un programme de formation spécifique à la collaboration interprofessionnelle, connu également sous le nom de «Modèle de Toronto». Sioban Nelson et ses co-auteurs en décrivent les différents aspects ainsi que les réflexions qui ont accompagné le développement de ce programme, construit autour de ce postulat: la transformation du système de santé dépend du contenu et des méthodes de formation (Nelson et al. 2015).

Ce modèle ne contient pas uniquement des contenus théoriques relatifs à la CIP, mais accorde également une grande importance à la pratique en tant que partie dynamique de l'Université et du programme d'études: nombre de formateur·trices de l'Université de Toronto exercent dans la pratique, notamment comme mentors. Le modèle est intégré dans le cadre social et dans les structures fondamentales de l'Université et du quotidien clinique.

Le **programme d'enseignement** est basé sur trois concepts de base: *les valeurs et l'éthique* englobent les relations avec tous les acteurs des soins de santé (par exemple la relation du·de la thérapeute avec la communauté ou avec soi-même). La *communication* comprend l'écoute, la résolution de conflits ou le retour d'expérience. Enfin, la collaboration aborde les contenus théoriques de la collaboration interprofessionnelle. Chacun de ces concepts de base est parcouru en trois phases (voir fig. 16) au cours

de la formation: Exposition (introduction), Approfondissement (développement) et Compétence (entrée dans la pratique). De nombreuses compétences-clés de la CIP peuvent s'intégrer à l'intérieur de ce modèle-cadre (Nelson et al. 2014).

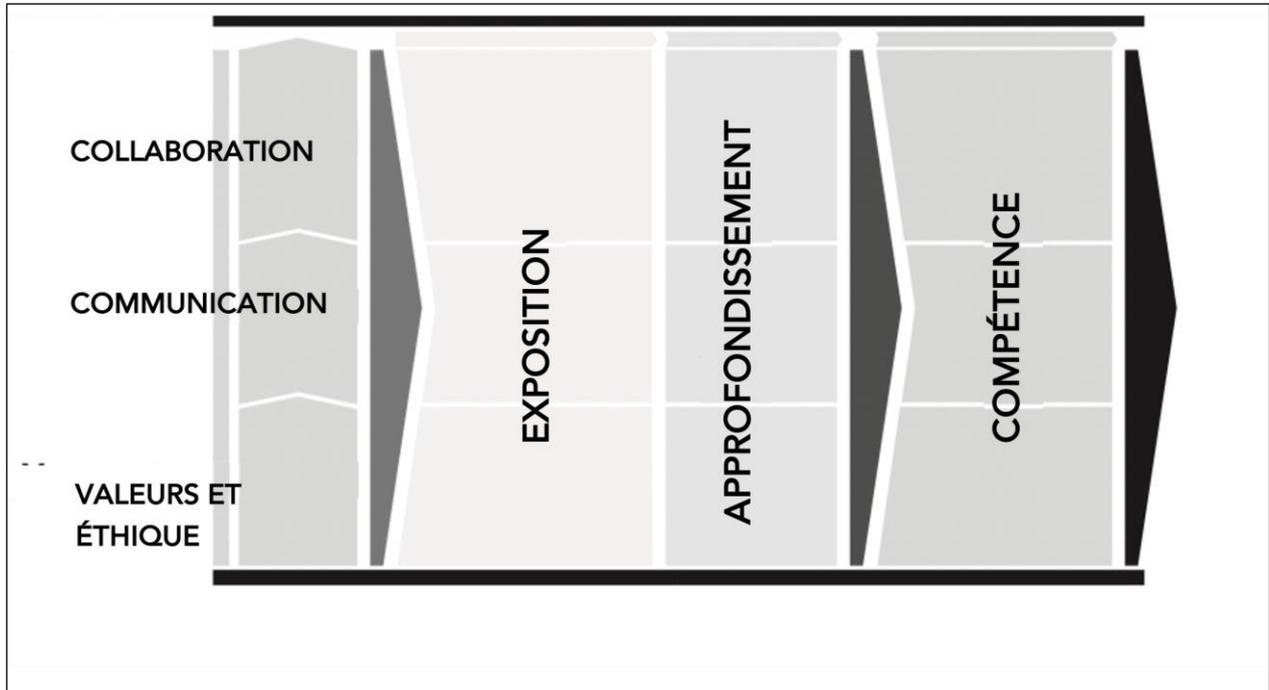


Fig. 16: Modèle cadre de développement des valeurs et des compétences fondamentales pour la formation interprofessionnelle (Nelson et al. 2014)

3.3 Un modèle suisse de formation interprofessionnelle

Il s'agit d'un modèle décrit par Vosseler et appliqué en Suisse orientale sous la forme d'un cursus spécial d'études médicales en coopération, qui doit réunir **les soins et la médecine**. Les étudiant-es en soins infirmiers et en médecine suivent leurs séminaires en commun. Il s'agit ainsi de briser les hiérarchies: un facteur important pour la collaboration interprofessionnelle. Parmi les autres objectifs du programme d'études figurent la compréhension, le respect et l'acceptation des autres professions de la santé. La CIP constitue en outre l'un des trois domaines de formation approfondie du cursus. Dans ce modèle également, la pratique de l'environnement pédagogique interprofessionnel se déroule en grande partie sous forme de stages. Aucun graphique n'est disponible pour ce modèle particulier (Vosseler 2018).

3.4 Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model

Le modèle développé par Harrington et al. de l'East Carolina University, aussi appelé *Troika InterProfessional (TIP) Gerontology Education Model*, se base sur l'application des principes de la collaboration interprofessionnelle à des études de cas virtuelles. Les connaissances en gériatrie sont intégrées et mises en pratique au travers de la discussion des études de cas. Les patient-es virtuel-les sont confronté-es à une multitude de problèmes de santé complexes. Afin de simuler la complexité des personnes âgées en matière de soins de santé, le modèle intègre les médicaments potentiellement inappropriés, la gestion des médicaments psychotropes, le traitement de la douleur, la promotion de la santé et la prévention des maladies (Harrington et al. 2018).

3.5 Le modèle de formation interprofessionnelle continue

Ce modèle universitaire iranien, élaboré par Safabakhsh et al., se distingue par son approche étape par étape de la mise en œuvre de l'interprofessionnalité dans la formation. Ces étapes se divisent en **trois phases**. La *planification* des contenus d'apprentissage interprofessionnels comprend par exemple la définition de la méthode d'enseignement interactive et des attentes vis-à-vis des apprenant·es. La *mise en œuvre* porte sur les connaissances préalables des apprenant·es, l'utilisation de méthodes adaptées et la consolidation des connaissances par des séances de questions. Dans le cadre de l'*évaluation*, la qualité de l'unité de formation est saisie, analysée et communiquée en retour à l'aide d'un instrument approprié (p. ex. questionnaire ou feedback du·de la patient·e).

Le développement de ce modèle est basé sur une recherche bibliographique portant sur les éléments centraux des principaux modèles de formation interprofessionnelle, ainsi que sur l'évaluation par des expert·es de l'importance de ces éléments. Les auteur·es en recommandent l'utilisation dans la pratique quotidienne. Une visualisation détaillée du graphique est disponible dans la source originale (Safabakhsh et al. 2018).

3.6 Le modèle «IMPACT Practice»

Le modèle «IMPACT Practice», basé sur la pratique, a été développé par Cahn et al., au MGH Institute of Health Professions de Boston. Son but est d'intégrer la CIP au programme d'études plutôt que de la traiter comme complément isolé à la formation: cette intégration polyvalente de la CIP selon le contexte permettrait ainsi d'éviter que les étudiant·es ne considèrent la CIP comme secondaire par rapport à leurs compétences intraprofessionnelles. Le modèle passe en revue les différents **contextes** dans lesquels la formation interprofessionnelle peut prendre place. Elle peut être intégrée à l'*enseignement* en tant que cours à part entière, au travers de discussions de groupe sur des études de cas, par exemple. S'agissant d'un module avec *simulation*, des études de cas simulés permettront d'exercer la communication, les jeux de rôles et la prise de responsabilités. Ce modèle prévoit lui aussi que la CIP puisse s'exercer dans la *pratique clinique*, si possible au sein d'une unité de formation interprofessionnelle spécifique, où des professionnel·les de la santé ont l'expérience nécessaire pour former des étudiant·es de différents métiers. Un autre contexte important est la *communauté*. L'idée est que la formation reflète l'impact des facteurs relevant du contexte social sur la santé et la CIP. Le dernier domaine d'étude inclut le contexte de l'*équipe*. Dans chacun des domaines, le·la patient·e est placé·e au centre. Il n'est pas nécessaire de créer des activités entièrement nouvelles, puisque les activités de formation existantes peuvent être légèrement modifiées pour pouvoir être facilement insérées dans l'un ou l'autre des divers domaines (Cahn et al. 2018).

3.7 Autres modèles de formation interprofessionnelle

De nombreux autres modèles, schémas et systématisations – outre ceux déjà décrits dans cette fiche d'information – peuvent être mis en pratique au niveau de la formation. Les personnes intéressées trouveront ci-dessous, et dans la bibliographie, des sources et des liens vers divers autres modèles de formation auxquels se référer.

Il s'agit des modèles développés par Ahmadi et al. (2017), Bärlocher et al. (2020), Brashers et al. (2020), Chris et al. (2006), Dubouloz et al. (2009), Grapczynski et al. (2015), Keshmiri et al. (2017), Lucas et al. (2019), Nadan und Scott (2014), ainsi que Wang und Hiren (2013).

Bibliographie

- Adamson, K., et al. (2018). Interprofessional Empathy. A Four-Stage Model for a New Understanding of Teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 2018 (32/6). pp. 752–761.
- Ahmadi, S., Rasouli, D., & Mirmoghtadaie, Z. (2017). Designing the Conceptual Model of Interprofessional Education. A Systematic Map. *International Journal of Scientific Study*. 2017 (5/4), pp.1068–1072.
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports*. 2017 (12/2). Consulté le 16.4.2019 sur www.samw.ch.
- Bärlocher, A., (2020). Hand in Hand für den Patienten - Erste Erfahrungen mit der Zürcher Interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation (ZIPAS) im Universitätsspital Zürich. *Krankenpflege*. 2020/09), pp. 23–25. Consulté le 25.11.2021 sur <https://www.zipas.ch/>.
- Brashers V., et al. (2020). The ASPIRE Model: Grounding the IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice within a Foundational Framework. *Journal of Interprofessional Care*. 2020 (34/1), pp. 128–132.
- Cahn, P.S., et al. (2018). Competent in Any Context. An Integrated Model of Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care*. 2018 (32/6), pp. 782–785.
- Careau, E., et al. (2014). Interprofessional Collaboration: Development of a Tool to Enhance Knowledge Translation. *Disability and Rehabilitation*. 2014 (37/4), pp. 372–378.
- Chris, A., et al. (2006). A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*. 2006 (20/3), pp. 235-45.
- CURAVIVA Suisse (2018). Description du modèle. Collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé. Éd. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, en ligne : www.curaviva.ch
- CURAVIVA Suisse (2020). Fiche d'information. Concept de logement pour seniors de CURAVIVA Suisse. Éd. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées. Tel que consulté par l'auteur (version allemande) le 2.11.2021 sur www.curaviva.ch
- Darcy, A. (2021). Interdisciplinary Leadership Council. *Nursing Management*. 2021 (52/10), pp. 51–54.
- D'Amour D., & Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005 (19/1), pp. 8–20.
- D'Angelo, M., et al. (2019). The Teamwork Model. Proposing a Model for Studying Interprofessional Healthcare Teams. *Medpublish*. 2018 (1).
- Dubouloz, C-J., et al. (2009). An Interprofessional University Clinic in Primary Health Care in Rehabilitation: A Collaborative Learning Model for Physical Therapy Students in a clinical placement. *Journal of Physical Therapy Education*. 2009 (24/1), pp. 19–24.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*. 2018 (99/44), pp. 1524–1529.
- Grapczynski et al., (2015). The Integrated Model for Interprofessional Education. A Design for Preparing Health Professions' Students to Work in Interprofessional Teams. *Journal of Allied Health*. 2015 (44/2), pp. 112–119.

- Harrington, C., et al. (2018). Troika Interprofessional (TIP) Gerontology Education Model. The Power of Three in Primary Care. *Innov Aging*. 2018 (2/Suppl. 1), p. 134.
- Iwama, M.K., (2006). The Kawa Model. Consulté le 10.11.2021.
- Kennedy, T. (2019). Strength in Age-Friendly Health Systems. An Innovative Integrated Interprofessional Model *Innovation in Aging*, 2019 (3/Suppl. 1), p. 829.
- Keshmiri et al (2017). Effectiveness of an interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2017 (31/3), p. 307–316.
- Kim, J. S., & Whitehill Bolton, K. (2013). Strengths Perspective. *Encyclopedia of Social Work*. Consulté le 10.11. 2021.
- Kirschner, M. & Reusser, A. (2021). Concepts de coordination pour des prestations centrées sur la personne. Une clarification terminologique à la lumière d'exemples choisis. Éditeur CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées.
- Lape, J., et al. (2019). Use of the Kawa Model to Facilitate Interprofessional Collaboration: A Pilot Study. *Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2019 (17/1).
- Lucas, C., et al. (2019). Development of the RIPE model (Reflective Interprofessional Education Model) to enhance interprofessional collaboration. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2019 (15/4), p. 459–464.
- Lutz, B., & Glarner, F. (2016). Jugendliche mit Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit in der Transition von der Schule zur Arbeit. Ergotherapeutische Unterstützungsmöglichkeiten zur erfolgreichen Bewältigung der Herausforderungen während der Transition. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Mulvale, G., et al. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*. 2016 (17/1), p. 83.
- Nadan, M., & Scott, P. (2014). An Innovative Interprofessional Education Model to Engage Community and Nonclinical Participants. *Journal of Interprofessional Care*. 2014 (28/4), pp. 1469–9567.
- Nelson, S., et al. (2014). Creating the Health Care Team of the Future. The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. Ithaca 2014.
- Nelson, S., et al. (2015). Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. *J Med Libr Assoc*. 2015 (103/2), pp. 110–111.
- Oetterli, M., et al. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen?. Lucerne: Interface und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Safabakhsh, L., Irajpour, A., & Yamani, N. (2018). Designing and Developing a Continuing Interprofessional Education Model. *Advances in Medical Education and Practice*. 2018 (9), pp. 456 – 467.
- Scheibli, E. (2018). CareNet+: Ein CM-Projekt mit Zukunft. Case Management an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialpolitik. *Case Management*. 2018 (2), pp. 63-67.

- Schmitz, C., Atzeni, G., & Berchtold, P. (2020). Wieso eigentlich interprofessionelle Zusammenarbeit? Schweizerische Ärztezeitung. 2020 (1010/9), pp. 292-293.
- Trageser, J., et al. (2017). Evaluation integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+). Zwischenbericht 2017. Consulté le 23.11.2021.
- Vosseler, B. (2018). „Interprofessional Health Education“ in Studiengängen der Medizin und Pflege. Ein Schweizer Modell. Public Health Forum. 2018 (26/1). pp. 39-41.
- Wang, T., & Hiren B. (2013). A new model for interprofessional collaboration at a student-run free clinic. Journal of interprofessional care. 2013 (27/4), pp. 339–40.
- Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Consulté le 05.11.21 sur Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit.

Table des illustrations

- Fig. 1: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Accès le 16.4.2019 sur www.samw.ch.
- Fig. 2: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Accès le 16.4.2019 sur www.samw.ch.
- Fig. 3: Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017 (12/2). Accès le 16.4.2019 sur www.samw.ch.
- Fig. 4: Oetterli, M., et al. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen? Lucerne: Interface und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Fig. 5: Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. Bulletin des médecins suisses. 2018 (99/44), pp. 1524–1529.
- Fig. 6: Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. Bulletin des médecins suisses. 2018 (99/44), pp. 1524–1529.
- Fig. 7: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Accès le 05.11.21 sur Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit.
- Fig. 8: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Accès le 05.11.21 sur Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit.
- Fig. 9: Zürcher Fachhochschule ZHAW (2021). Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Accès le 05.11.21 sur Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung | ZHAW Gesundheit.
- Fig. 10: Trageser, J., et al. (2017). Evaluation integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+). Zwischenbericht 2017. Consulté le 23.11.2021.

CURAVIVA Suisse (2018). Description du modèle : collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé. Éd. CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées, en ligne : www.curaviva.ch.

Fig. 12: D'Angelo, M., et al. (2019). The Teamwork Model. Proposing a Model for Studying Interprofessional Healthcare Teams. Medpublish. 2018 (1).

Fig. 13: Iwama, M. K. (2007). Kawa-(Fluss)-Modell – Überwinden kultureller Begrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie. Ergoscience. 2007 (2), pp. 107–119.

Fig. 14: Mulvale, G., et al. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Family Practice. 2016 (17/1), p.83.

Fig. 15: Kennedy, T. (2020). A New Model of Strength-Based Interprofessional Practice and Education. Consulté le 25.10.2021 sur [Scientific poster presentation printing services \(posterpresentations.com\)](http://Scientific poster presentation printing services (posterpresentations.com))

Fig.16: Nelson, S., et al. (2014). Creating the Health Care Team of the Future. The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. Ithaca 2014.

Éditeur

CURAVIVA | Zieglerstrasse 53 | 3007 Berne

Règle de citation

CURAVIVA (2022). Fiche d'information: Modélisations de la collaboration interprofessionnelle. Éd. CURAVIVA. En ligne: www.curaviva.ch.

Renseignements / Informations

info@curaviva.ch

Documents à télécharger

www.curaviva.ch

© CURAVIVA Suisse, 2022