



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

Le travail de collaboration des équipes mobiles de soins palliatifs : première phase de validation d'un modèle

The collaboration work of palliative care mobile teams: A model and its first phase of validity



**Fabienne Teike Lüthi^{a,*}, Catherine Jobin^{c,3},
Thierry Currat^{a,4}, Boris Cantin^{d,5}**

^a Service de soins palliatifs, centre hospitalier universitaire Vaudois, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Suisse

^b Centre des formations, centre hospitalier universitaire Vaudois, Bu 21/04/234, 1011 Lausanne, Suisse

^c Centre de recherches familiales et systémiques (Cerfasy), ruelle Vaucher 13, 2000 Neuchâtel, Suisse

^d Unité de soins palliatifs, HFR Châtel-Saint-Denis, place d'Armes 30, 1618 Châtel-Saint-Denis, Suisse

Reçu le 26 octobre 2012 ; reçu sous la forme révisée le 2 mars 2013; accepté le 13 mars 2013

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Équipe mobile ;
Collaboration ;
Consultance

Résumé

But de l'étude. – La collaboration interprofessionnelle est l'un des défis les plus importants que rencontrent les équipes mobiles de soins palliatifs dans leurs activités cliniques. Pour offrir un soin de qualité au patient et à sa famille, il apparaît primordial que les équipes mobiles de soins palliatifs puissent s'adapter aux besoins des autres professionnels du terrain. Une conceptualisation en trois différents modes d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (consultation pure, partenariat, suppléance) a été développée en Suisse romande et retenue à titre de modèle de l'activité. Une recherche visant à évaluer l'impact de l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs auprès des soignants de première ligne et des patients a été initiée. La première étape de cette étude est présentée dans cet article.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Fabienne.Teike-luethi@chuv.ch (F. Teike Lüthi).

¹ Photo.

² Infirmière clinicienne et chargée de formation.

³ Psychologue.

⁴ Chef de projet.

⁵ Médecin.

Méthode. – La première étape de cette étude visait à valider ces trois modes d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que leurs indicateurs. Elle a été réalisée par un focus groupe réunissant médecins et infirmières spécialistes.

Résultats. – Les participants ont pu valider les différents modes de consultation et les trois phases d'une même consultation « la demande de consultation », « l'entretien clinique » et « le retour après l'entretien clinique ». Cependant, les indicateurs spécifiques permettant d'identifier ces différents modes doivent, quant à eux, être améliorés pour être utilisés dans la prochaine phase de l'étude.

Conclusion. – Globalement, les participants ont reconnu leurs pratiques dans le modèle proposé et ont ainsi pu le valider. Toutefois, l'étape plus conceptuelle qui consistait à valider ou modifier les indicateurs s'est révélée difficile par crainte de simplifier une réalité plus complexe et mal reconnue.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Palliative care;
Mobile team;
Collaboration;
Consultation

Summary

Purpose. – Interprofessional collaboration is one of the most important challenges faced by palliative care mobile teams. The goal of the palliative care mobile teams is to improve patient care and family support through the assistance of health care professionals. Three modes of intervention (a pure consultation mode; a substitution mode; a partnership mode) represent three major ways of answering a referral request made by another health care professional.

Methods. – The model of practice is the first theoretical part of a larger study; results of the second part made in the French part of Switzerland (evaluating the validity of the modes of intervention and their indicators) will be presented in this article. It is realized by a focus group involving specialized nurses and physicians.

Results. – Participants could validate the three different modes of intervention as well as the three clinical pathway phases of a consultation: phase 1: the referral, which is the request's reception and the collection of data; phase 2: the clinical assessment, which is the period of the patient's evaluation; and phase 3: the post-assessment, corresponding to the period of deliberation or suggestion to the referring health care professional and the follow-up decision. Nevertheless specific indicators need to be improved.

Conclusion. – Participants have in general validated this theoretical approach but not completely when it gets more in details, possibly because of fear of simplifying a complex reality.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Depuis la fin du xx^e siècle, les équipes mobiles de soins palliatifs contribuent de plus en plus au développement des soins palliatifs en complément du travail réalisé au sein des unités spécialisées [1]. Leur tâche est rendue complexe par le fait qu'elles ne prodiguent pas de soins directs comme dans une unité de soins palliatifs. Elles interviennent en effet sur le territoire, et à la demande, d'autres soignants non spécialisés en soins palliatifs, dans divers milieux de soins et de vie. Le but de telles consultations est d'améliorer le soin au patient et/ou d'améliorer les compétences et la confiance des professionnels de première ligne [2].

Ce mode d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs nécessite une fine compréhension du rapport de place ainsi que des enjeux relationnels et de collaboration qui se jouent lorsqu'une situation palliative met en difficulté les professionnels dans leurs soins ou dans leur accompagnement [3].

Peu d'études ont exploré les différents types d'intervention proposés par les équipes mobiles, et par-là même, la diversité des types de collaboration possibles.

En Suisse, le cadre référentiel d'une équipe mobile de soins palliatifs repose sur la circulaire édictée par l'Office fédéral de la santé publique et par la Société suisse de médecine et de soins palliatifs. Cette circulaire clarifie la définition, l'organisation et les missions d'une équipe mobile de soins palliatifs sans aborder le thème de la collaboration [4]. En France, l'annexe n° 2 de la circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs définit le référentiel d'organisation des soins relatifs aux équipes mobiles de soins palliatifs et définit l'équipe mobile de soins palliatifs comme : « une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Ses membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge la personne malade dans le service ou qui a

Tableau 1 Indicateurs des modes d'intervention.
Indicators of three intervention modes.

| | Indicateurs | | |
|---|--|--|---|
| | Consultation pure | Partenariat | Suppléance |
| <i>Phase 1 : Demande de consultation avant l'entretien clinique par le professionnel de santé</i> | | | |
| Étape 1. Formulation de la demande de consultation (question/demande/avis) | Formulation de la demande liée à un problème spécifique | Formulation de la demande invitant à la coréflexion | Formulation de la demande vague |
| Étape 2. Objectif de la demande | Objectif de la demande dicté uniquement par le professionnel de santé | Objectif de la demande ouvert à la discussion entre le professionnel de santé et le consultant | L'objectif de la demande imprécis et laissé à l'interprétation du consultant |
| Étape 3. Caractérisation de la relation entre le professionnel de santé, le consultant et le patient | Caractérisation de la relation axée sur le professionnel de santé et le patient uniquement | Caractérisation de la relation axée sur le professionnel de santé, le consultant et le patient | Caractérisation de la relation axée sur le consultant et le patient uniquement |
| <i>Phase 2 : Entretien clinique</i> | | | |
| Étape 4. Prise en compte de la demande de consultation du professionnel de la santé par le consultant | Prise en compte par le consultant de la demande de consultation limitée à son objectif | Prise en compte du consultant de la demande de consultation avec invitation à partager points de vue et responsabilités | Prise en compte du consultant de la demande de consultation avec volonté de prise en charge directe du patient |
| Étape 5. Visite du consultant auprès du patient en présence du professionnel de santé référent (5.1) | Visite du consultant auprès du patient en présence du professionnel de santé référent avec entretien mené principalement par le professionnel de santé | Visite du consultant auprès du patient en présence du professionnel de santé référent avec entretien mené conjointement par le professionnel de santé et le consultant | Visite du consultant auprès du patient en présence du professionnel de santé référent avec entretien mené principalement par le consultant |
| Visite du consultant auprès du patient en l'absence du professionnel de santé référent (5.2) | Visite du consultant auprès du patient en l'absence du professionnel de santé référent selon la demande de consultation du professionnel de santé | Visite du consultant auprès du patient en l'absence du professionnel de santé référent après négociation avec le professionnel de santé | Visite du consultant auprès du patient en l'absence du professionnel de santé référent selon son propre jugement et sans négociation préalable avec le professionnel de santé |
| Étape 6. Évaluation et identification des besoins du patient par le consultant | Ciblées essentiellement sur la demande du professionnel de santé référent et peu sur les besoins du patient | Ciblées sur la demande du professionnel de santé référent et les besoins du patient | Ciblées sur les besoins globaux du patient quelle que soit la demande du professionnel de santé |
| Étape 7. Gestion par le consultant des attentes du patient | Gestion par le consultant des attentes du patient en lien avec l'objectif de la demande de consultation du professionnel de santé | Gestion par le consultant des attentes du patient en collaboration avec le professionnel de santé | Gestion par le consultant des attentes du patient sans tenir compte de la demande du professionnel de santé |
| <i>Phase 3 : Retour après l'entretien clinique</i> | | | |
| Étape 8. Feedback du consultant suite à l'entretien clinique | Le feedback porte seulement sur la demande de consultation du professionnel de santé référent | Feedback invitant à la coréflexion | Feedback sous forme de prescription directe ou déléguée au professionnel de santé sur la situation globale du patient |

Tableau 1 (Suite)

| | Indicateurs | | |
|---|--|---|--|
| | Consultation pure | Partenariat | Suppléance |
| Étape 9. Prise en compte des propositions du consultant par le professionnel de santé | Propositions choisies uniquement à la discrétion du professionnel de santé | Propositions discutées en consensus | Propositions choisies et entièrement reproduites sans modification par le professionnel de santé |
| Étape 10. Décision du suivi du patient suite à l'entretien clinique | Décision du suivi du patient uniquement par le professionnel de santé | Décision du suivi du patient par le professionnel de santé et le consultant | Décision du suivi du patient uniquement par le consultant |

fait appel à l'équipe mobile.» Cette définition proposée par le cadre législatif français est tout à fait similaire à la définition suisse. Les missions, objectifs et fonctionnement sont identiques, à la seule différence qu'en Suisse, l'équipe mobile peut intervenir de manière autonome sur le plan infirmier.

À notre connaissance, la littérature se limite essentiellement à des avis d'experts ou à des enquêtes de terrain [5,6] : ces données mettent en évidence que pour pouvoir travailler efficacement dans des lieux aussi différents (hôpitaux ou lieux de vie), au cœur de cultures aussi variées (milieu académique, domicile, etc.) et au travers d'interventions si diversifiées (gestion de symptômes, accompagnement de situation de crise, soutien d'équipe, etc.), il est nécessaire de pouvoir se référer à un modèle d'intervention [7,8].

Cette étude constitue l'une des étapes d'un programme de recherche global mené conjointement en Suisse et au Canada anglophone, dont le but final vise à évaluer l'impact des interventions des équipes mobiles de soins palliatifs auprès des professionnels de première ligne et des patients.

Une conceptualisation de trois modes différents d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs a été développée et retenue à titre de modèle de l'activité : la consultation pure, le partenariat et la suppléance [9].

Cette modélisation a été élaborée au centre hospitalier universitaire Vaudois sur la base d'analyses de pratiques cliniques, de supervisions hebdomadaires et d'une revue de la littérature. Rappelons de manière succincte que dans le mode d'intervention de « consultation pure », le consultant de l'équipe mobile de soins palliatifs offre essentiellement des conseils au professionnel de première ligne quant aux soins donnés au patient sur la base d'un problème ciblé et identifié par le professionnel de première ligne. Les responsabilités et les rôles dans les équipes mobiles de soins palliatifs de Suisse romande entre infirmières et médecins étant bien distinctes, sans fonctionnement hiérarchique entre eux, une demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs peut émaner d'une infirmière pour un problème infirmier ou d'un médecin pour un problème médical. Si la demande vient d'une infirmière de première

ligne, l'infirmière de l'équipe mobile de soins palliatifs peut y répondre de manière autonome. Le « partenariat » se définit en termes de négociation entre professionnels de première ligne et équipes mobiles de soins palliatifs dans le but de répondre aux besoins et au projet de patient. La « suppléance » est déterminée par la prise en charge du patient par l'équipe mobile de soins palliatifs, en remplacement des professionnels de première ligne. Suite à la phase de modélisation, il a semblé opportun d'investiguer dans quelle mesure ces trois modes d'intervention pouvaient s'appliquer à d'autres équipes mobiles de soins palliatifs, et de quelle manière les consultants en soins palliatifs de la région s'identifiaient à cette pratique. En d'autres termes, cette recherche a pour but de valider cette modélisation [10], en déterminant si le concept de consultation peut se décliner dans les trois modes identifiés, et si les indicateurs des différentes phases d'une consultation, identifiés par les auteurs au cours de ce processus de modélisation et classifiés dans le Tableau 1, sont cohérents en regard de la pratique. Permettront-ils de développer un instrument, utilisable sur le terrain, susceptible d'identifier les types de collaboration en jeu, de comprendre la diversité des pratiques, et d'analyser leur impact sur les soins prodigués aux patients ? Les résultats de validation de l'étude suisse sont présentés dans cet article.

Méthode

Devis

Cette enquête qualitative a été établie sur la base d'un focus groupe. Selon K.L. Then, le focus groupe permet de générer une diversité d'opinions et d'informations utiles, pour autant que le climat de sécurité au sein du groupe soit suffisant [11]. Les personnes peuvent exprimer et confronter leurs points de vue, dans l'optique de clarifier ainsi certaines valeurs et prises de position. La dynamique du focus groupe offre également la possibilité de stimuler l'émergence de nouvelles idées [11]. Le focus groupe est mené par un modérateur, dont le rôle consiste à faciliter les interactions, être attentif à ce que chaque participant puisse s'exprimer, valider les propos et effectuer une synthèse des éléments clés qui s'en dégagent [11]. Les comportements non verbaux, les attitudes et le type de participation de chacun ont été consignés par écrit et utilisés dans l'analyse.

Déroulement

Le modérateur (TC), spécialisé en recherche qualitative, maîtrisant les techniques d'animation et connaissant le domaine investigué, a mené le focus groupe d'une durée de 90 minutes au printemps 2010 sur la base d'un guide de questions clés. Les participants ont reçu une invitation à participer au focus groupe par le biais d'un courrier comprenant également une feuille d'information sur les buts de l'étude et son cadre de référence. Ils devaient fournir leur consentement signé pour confirmer leur participation.

Par souci de rigueur méthodologique, les discussions enregistrées, retranscrites et anonymisées, ont été relues et corrigées par les participants du focus groupe. Le verbatim a ensuite fait l'objet d'une analyse thématique [12]. Trois professionnels issus de milieux différents (FTL, CJ, BC) ont analysé le verbatim, afin de garantir une diversité des échanges suffisante et diminuer le risque de mauvaise interprétation.

L'analyse s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- lecture individuelle du verbatim à plusieurs reprises afin de dégager une perception générale de l'ensemble ;
- relecture systématique, ligne par ligne, des réponses aux questions afin d'identifier individuellement les segments de textes significatifs et de développer les thèmes préliminaires ;
- comparaison des thèmes préliminaires entre les trois chercheurs pour en déterminer la composante centrale et constituer les thèmes principaux jusqu'à obtention d'un consensus.

L'observation comportementale des participants pendant le focus groupe réalisée par le modérateur du focus groupe a permis d'enrichir l'analyse.

Échantillon

Quatre infirmières et quatre médecins ont participé au focus groupe. Tous occupaient des postes de consultants au bénéfice d'au moins 12 mois de pratique, et provenaient de cinq équipes mobiles de soins palliatifs intrahospitalières ou extrahospitalières (communautaires) d'une région d'environ 650 000 personnes. Les participants ont reçu une indemnisation sous forme d'un bon d'achat pour un livre.

La commission d'éthique de la faculté de biologie et médecine de Lausanne a approuvé le protocole de recherche (n° 133/09).

Résultats

Les thèmes sont regroupés en fonction des deux axes explorés par les chercheurs, soit le modèle avec les trois modes d'intervention et la grille des indicateurs décrivant ces modes.

Réflexion sur la consultance : une activité nécessaire au bon fonctionnement d'une équipe mobile de soins palliatifs

La plupart des participants ont relevé l'intérêt de la démarche de réflexion et de modélisation de la consultance.

Ils ont précisé que celle-ci ne constitue pas un but en soi, mais qu'elle a du sens au vu de la complexité des interventions sur le terrain. Ils ont mis en évidence l'importance de cette prise de recul pour renforcer l'identité spécifique et la reconnaissance des équipes mobiles.

« Quotidiennement on travaille dans la consultance et réfléchir à ce qu'on fait et à la manière qu'on le fait c'est important. On réfléchit beaucoup autour des patients, des situations cliniques, et peut-être moins sur la manière de faire. ».

Ils ont également estimé que ce projet pourrait favoriser la comparaison entre les équipes mobiles de soins palliatifs.

Le modèle et ses trois modes d'intervention

Tout en confirmant la pertinence des trois modes théoriques présentés, les participants ont dénoncé le fait qu'ils ne reflètent cependant pas tout à fait leur réalité. Pour eux, les consultations – tant en elles-mêmes que dans leur évolution lors d'un suivi – se déroulent dans un mouvement constant oscillant entre les trois modes. Ils souhaiteraient par conséquent qu'une notion de temporalité et de mouvement puisse être ajoutée au modèle, sans être en mesure d'en proposer une forme définie.

L'ensemble des participants a validé la définition proposée de la « consultation pure ». Ils ont suggéré de prévoir une appellation distincte pour les consultations téléphoniques et proposent la formulation « consultation *one shot* ». Pour certains, le fait de voir le patient constitue à lui seul un critère excluant le mode de « consultation pure », argumentant que dès le moment où il y a contact avec le patient, on passe à un mode de type « partenariat ».

En ce qui concerne la « suppléance », les participants ont relevé que la délégation n'est souvent pas clairement formulée dans les demandes. Certains estimaient ce mode étranger à leur pratique. Tous étaient d'accord sur le fait que ce type de consultation ne doit en aucun cas être mené par dérive ou dérapage du consultant ; certains membres du groupe se positionnaient assez fortement contre une telle pratique.

« C'est un mode de consultation, qui n'est pas forcément ce vers quoi on tend et ce qu'on aime faire, mais ça n'a pas une valeur moindre, ou ça n'est pas du moins bon boulot sauf s'il y a une dérive, oui. ».

Le mode d'intervention « partenariat » a été identifié comme central au sein de la pratique des participants, avec le souhait qu'il soit le seul mode mentionné tel une sorte de continuum entre deux extrémités ou comme le terme générique englobant les trois modes précités.

« Pour moi, il y a deux modèles caricaturaux qui se situent aux extrémités et un modèle au milieu qui est un peu simpliste comme il est défini là, parcequ'on a l'impression que c'est une ligne là, alors qu'en fait il y a des variations multiples dedans. Comme un continuum en fait. »

Grille des indicateurs

La consultation, trois phases clés

Les participants étaient tous d'accord pour valider les trois phases d'une consultation, à savoir « la demande de consultation », « l'entretien clinique » et « le retour après l'entretien clinique ».

Pour la plupart des participants, la phase d'analyse de la demande semble être une étape importante du processus d'intervention : le fait d'y prêter une attention particulière permet de comprendre non seulement l'enjeu clinique mettant en difficultés le soignant de première ligne, mais également les contours de la future collaboration.

Sens et utilité des indicateurs

La plupart des autres commentaires ont surtout signalé le manque de clarté de certaines formulations comme « caractérisation de la demande », « relation », « décider » et « prendre en compte ». Pour la plupart des consultants présents, les indicateurs n'étaient ni spécifiques, ni mutuellement exclusifs. D'autres ont cherché un sens pratique à la grille. Les participants se sont demandé si la grille d'indicateurs pourrait servir d'outil d'évaluation de type « audit », ce qu'ils craignent.

« On navigue, ce n'est pas une fois pure, une fois suppléance, une fois autre chose. On navigue. Comme ça a été dit. Une fois tu fais des propositions et tu réalises la semaine d'après que rien n'a été fait, et tu as quand même été dans un partenariat. Je trouve que c'est difficile à vraiment catégoriser ce qu'on fait ».

Discussion

Les informations et commentaires récoltés lors d'un focus groupe réalisé pour valider un mode de consultance permettent d'avancer dans un processus de clarification des enjeux relatifs à la particularité du travail des équipes mobiles.

En préambule, il est important de noter que les échanges au sein du focus groupe ont été par moment très animés, contradictoires, voire défensifs, limitant parfois l'expression de certains participants. Quelques thématiques, mettant en lumière des pratiques différentes, ont généré des débats pouvant s'apparenter à une forme de justification des pratiques. Les enjeux relationnels entre certaines personnes présentes ont pu influencer en partie la dynamique de ce groupe, en particulier en ce qui concerne la crainte d'être évalué, voire jugé, ce qui peut expliquer des remarques teintées de cynisme. Les recentrages de l'animateur ont cependant permis que ce focus groupe puisse apporter des éléments essentiels à cette démarche de validation. Le premier point important à relever concerne la motivation des participants à aborder le thème de la consultance : tous ont nommé la pertinence d'engager une

réflexion sur les modalités de leur pratique et ont relevé la difficulté d'une telle démarche, au vu de la complexité de leurs interventions en tant que consultants. Manifestement, l'un des intérêts de la recherche en elle-même consisterait à avoir offert un espace et un contenu suscitant l'échange et la réflexivité au sein des différentes équipes mobiles de soins palliatifs de la région, en particulier par rapport à la nécessité d'une bonne collaboration.

Les participants ont en effet pu souligner l'utilité de la réflexion sur la consultance dans la perspective de mesurer le résultat de leur travail auprès des équipes de première ligne, afin de mieux comprendre les interactions et renforcer ainsi les collaborations interprofessionnelles.

La collaboration interprofessionnelle est de plus en plus abordée dans la littérature comme une nécessité pour faire face à la complexification des situations de soins, à la spécialisation des tâches ainsi qu'à la diminution des ressources. La collaboration interdisciplinaire permet d'augmenter l'efficacité professionnelle, d'élargir les connaissances, de favoriser un meilleur suivi des patients, de renforcer l'adhérence thérapeutique, de gérer la douleur de manière plus optimale et d'accroître la satisfaction des patients et de tous les partenaires [13–15]. Étant donné le déploiement grandissant des équipes mobiles de soins palliatifs dans les différents systèmes de santé et leur mode de fonctionnement en seconde ligne, cet enjeu de coopération est essentiel. Comme le relèvent Gardiner et al., une bonne communication entre les professionnels constitue l'un des éléments clés de la mise en œuvre de soins palliatifs dans des milieux habituellement non confrontés à des situations de fin de vie [8]. Pour Lescarbeau et al., la compétence relationnelle et une riche expertise communicationnelle sont capitales pour que le consultant puisse voyager entre les différentes pressions, résistances et/ou impuissance des soignants de première ligne afin de se diriger vers une authentique collaboration [16]. Cette collaboration entre professionnels de différents mondes génère alors des répercussions tant sur le plan éthique, que clinique, pédagogique et économique. En effet, elle permet de respecter les choix des patients atteints de maladie incurable en garantissant un accès équitable à des soins palliatifs de qualité. Elle favorise une meilleure gestion des symptômes, un enrichissement mutuel entre professionnels et une diminution des coûts lorsque ces derniers peuvent collaborer harmonieusement [17].

Concernant le modèle en tant que tel, ses trois modes ont été reconnus valides autant par les médecins que les infirmières.

Les participants précisent qu'ils préféreraient que ceux-ci puissent être présentés dans une perspective moins réductrice et plus mobile. Dans ce sens, des notions de mouvement, de temps et de continuum ont été évoquées, pour mieux imaginer le processus de consultance. Ces apports

devraient permettre aux auteurs de poursuivre la réflexion afin d'affiner la modélisation.

Concernant la « consultation pure », un parallèle avec la réflexion d'Hamric et al. est fécond [2]. Les consultations peuvent nécessiter ou non de voir le patient, elles peuvent être uniques ou répétées, formelles ou informelles, chaque intervention se créant sur mesure en fonction de la demande et de son analyse. Roy et al. ont stipulé que cette phase clé de la demande est déterminante pour le reste du processus et que malgré son importance, elle est souvent escamotée, avec le risque de créer une mésentente sur le type de collaboration souhaitée [18]. Le mode de « suppléance » a suscité quant à lui une certaine controverse, notamment par rapport à l'idée de « remplacer » le soignant de première ligne, et au risque encouru par le consultant d'usurper son rôle. Ce mode de consultance met le doigt sur le malaise que certains soignants d'équipe mobile de soins palliatifs peuvent parfois éprouver dans ce type de situations. Ruzniewski et Zivkovic ont notamment évoqué le risque de convoiter le patient des requérants de première ligne, du fait de ne pas disposer de leur propre unité de soins [19]. Pour limiter ces risques de dérive, la seconde étape du processus, à savoir l'objectif de la demande, représente donc une phase essentielle pour clarifier le contrat de prestation soit : « le but de l'intervention, la façon de procéder et les résultats souhaités » [18].

Quant au mode « partenariat », il semble correspondre à ce que les participants identifient comme leur propre style d'intervention auprès des équipes de première ligne. En témoigne leur demande de créer un modèle comportant cette unique catégorie, sous forme de continuum, ou celle de créer une catégorie générique « partenariat », incluant tous les autres modes d'intervention tel une forme de partenariat d'intensité variable selon les situations. Ce gradient de partenariat allant d'un partenariat instrumental utilitaire à celui d'un développement mutuel d'apprentissage a déjà été proposé par Sauvé [20]. Dans le partenariat utilitaire il s'agit de travailler « pour » et non « avec » un partenaire ce qui remet en question le concept même du partenariat dont les attributs sont : l'autonomie, le partage du processus de décision, le partage du pouvoir et la relation [21]. Le mode d'intervention partenarial semble être un idéal pour les participants de cette étude comme dans la littérature. Or, sur le terrain, il n'est pas toujours possible de le mettre en œuvre vu le temps et la complexité qu'il nécessite. Les deux autres modes d'intervention (« consultation pure » et « suppléance ») peuvent ainsi se justifier en fonction de certaines circonstances parmi lesquelles la contingence des équipes, les priorités de chacun, les préférences des patients et des soignants [22].

L'étape d'analyse de la grille des indicateurs n'a pu être approfondie faute de temps disponible. Il en ressort que tous les participants se retrouvent autour des trois phases de la consultation, un accent particulier étant mis sur la définition de la demande, comme étape constitutive de la construction de la collaboration entre première et seconde ligne. L'absence de consensus sur la formulation de certains indicateurs ne permet pas de les valider comme spécifiques ni mutuellement exclusifs. À ce stade de la recherche, il sera très intéressant de comparer les résultats suisses à ceux du focus groupe similaire mené au Canada sur le même modèle (article en cours d'écriture). Ce point concernant les indicateurs a également mis en évidence certaines craintes des

participants à les utiliser à titre d'évaluation. En effet, si tous les participants ont reconnu la pertinence de la démarche de modélisation, ils ont de manière générale émis de nombreuses critiques par rapport à la grille des indicateurs. Des interrogations surgissent dès lors à divers niveaux, notamment concernant la pertinence du modèle théorique et des indicateurs retenus, l'organisation du focus groupe, la disponibilité des participants à être interpellés à un niveau aussi concret de leur pratique, ou encore la remise en question plus fondamentale sur le travail de seconde ligne des consultants en équipe mobile de soins palliatifs que cette démarche a pu susciter. Ces aspects ouvrent ainsi tout un champ de recherche sur la perception des consultants de la pertinence de leur travail et la manière dont ils s'imaginent être perçus par les soignants de première ligne.

Limites

Cette étude présente deux limites majeures, la première étant liée à l'unique focus groupe réalisé et de ce fait au nombre de participants. Il s'agissait d'une participation de spécialistes, au nombre restreint dans la région sélectionnée, et il n'a été possible d'organiser qu'une seule rencontre. La seconde limite réside dans le fait que le discours des participants correspond à une pratique régionale et qu'il faudrait pouvoir obtenir le point de vue d'autres régions de Suisse où les modes de pratique sont potentiellement différents.

Conclusion

Lors de cette première étape d'un processus de recherche visant à évaluer l'impact de l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs auprès des soignants de première ligne et des patients, il apparaît, au travers des réflexions émanant du focus groupe, que la thématique de la consultance constitue un domaine important mais qui se révèle être complexe et sensible.

Si les différents modes d'intervention ont été reconnus et acceptés, la confrontation en focus groupe de plusieurs équipes mobiles de soins palliatifs différentes a certainement exacerbé une forme de crainte du jugement et de l'évaluation au moyen d'un modèle trop théorique. Alors que le modèle se voulait concept favorisant la réflexion sur une pratique, certains participants l'ont considéré comme normatif et ont adopté une posture défensive. De plus, un positionnement personnel quasi-éthique – inhérent au sujet et très chargé affectivement – sur le bénéficiaire final de la consultance (la première ligne, le patient, ou les deux?) a sous-tendu les discussions et chargé des débats contradictoires.

Le groupe a relevé que la complexité de l'activité de consultant (qui allie des compétences cliniques, relationnelles, pédagogiques et diplomatiques, ainsi qu'une adaptation à des milieux et à des niveaux de pratique très variables) n'est pas si facile à imaginer sous forme de modèles, ni à diviser en étapes, probablement aussi par manque d'habitude d'une telle démarche. Cela confirme que la complexité du sujet, la variété des pratiques et leur confrontation, les positionnements éthiques et la charge

émotionnelle du débat ainsi que la composante relationnelle de l'activité de consultant en équipe mobile de soins palliatifs, sont autant d'éléments qui rendent la pratique réflexive sensible, mais aussi absolument nécessaire.

De plus, les réticences et craintes sous-jacentes exprimées lors du focus groupe, ne peuvent que nous questionner à nouveau si la place qui est donnée aux équipes mobiles de soins palliatifs au sein des institutions auxquelles elles sont rattachées permet aux consultants de seconde ligne de se sentir suffisamment reconnus dans leur rôle, en particulier quand leurs interventions portent sur des enjeux humains, relationnels et éthiques, au-delà des recommandations d'ordre technique et scientifique où leur posture d'experts est mieux reconnue.

Les nombreux questionnements qui ont surgi au cours de cette étape de modélisation, nous incitent à recommander de poursuivre les recherches sur cette thématique, et à enrichir le modèle de la consultance afin de pouvoir renforcer le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs et ainsi permettre aux patients en situation palliative de bénéficier d'une meilleure qualité de soins, quel que soit le lieu où ils se trouvent et quels que soient les professionnels qui s'occupent d'eux en première ligne.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. *J Pain Symptom Manage* 2008;35:340–6.
- [2] Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 4th ed Saint-Louis: Saunders; 2009.
- [3] Teike-Lüthi F, Gallant S. Entre consultance et partenariat: une relation à définir. *Rech Soins Infirm* 2007;90:67–74.
- [4] Office fédéral de la Santé publique (OFSP). *Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse*. Berne: OFSP; 2012. Consultable en ligne à l'adresse : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/11020/index.html?lang=fr>
- [5] Meier D. Palliative care as a quality improvement strategy for advanced, chronic illness. *J Healthc Qual* 2005;27:33–9.
- [6] Mino JC. Entre urgence et accompagnement, les équipes mobiles de soins palliatifs. *Sci Soc Sante* 2007;25:63–90.
- [7] Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant. *Arch Intern Med* 2007;167:271–5.
- [8] Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2012;62:e353–62.
- [9] Cantin B, Stoesser K, Teike Lüthi F. La consultance ou les coulisses d'une pratique de soins. *Rev Med Suisse* 2008;42:2542–4.
- [10] Fortin MF, Gagnon J, editors. *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. 2^e ed Montréal: Chenelière Éducation; 2010.
- [11] Then KL. Focus group research. *Can J Cardiovasc Nurs* 1996;7:27–31.
- [12] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77–101.
- [13] Martina JS, Ummenhofer W, Manserc T, Spirig R. Inter-professional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcomes. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w.13062.
- [14] Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3, <http://dx.doi.org/10.1002/1465.CD000072.pub2>. [Review].
- [15] San Martin-Rodriguez L, D'Amour D, Leduc N. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nurs* 2008;31:E18–27.
- [16] Lescarbeau R, Payette M, Saint Arnaud Y. *Profession consultant*. Montréal: Gaëtan Morin; 2003.
- [17] Daley A, Matthews C, Williams A. Heart failure and palliative care services working in partnership: report of a new model of care. *Palliat Med* 2006;20:593–601.
- [18] Roy O, Champagne J, Michaud C. La compétence de consultation. *Infirm Que* 2003;39–44.
- [19] Ruzsniowski M, Zivkovic L. Résistances des équipes soignantes face aux équipes mobiles. *Eur J Palliat Care* 1999;6:11–4.
- [20] Sauvé L. Le partenariat en éducation relative à l'environnement: pertinence et défis. *Educ Relat Environ* 2001/2002;3:21–36.
- [21] Hook ML. Partnering with patients – a concept ready for action. *J Adv Nurs* 2006;56:133–43.
- [22] Teike-Lüthi FT, Cantin B. The complex role of a palliative care consultant in a tertiary hospital: can a practice model help in this wild world? *J Palliat Med* 2010;13:1178–81.