
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "La multidisciplinarité en MR(S) :
les effets d'un travail collaboratif sur la qualité de vie au travail"**

Auteur : Fery, Laura

Promoteur(s) : Charlier, Nathan; 6319

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/11208>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

La multidisciplinarité en MR(S) : les effets d'un travail collaboratif sur la qualité de vie au travail

Mémoire présenté par **Fery Laura**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2020-2021

La multidisciplinarité en MR(S) : les
effets d'un travail collaboratif sur la
qualité de vie au travail

Mémoire présenté par **Fery Laura**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Promoteur : Pr. Nathan Charlier
Co-promotrice : Catherine Dechèvre
Année académique 2020-2021

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant apporté de l'aide, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je voulais remercier avec sincérité Mr Nathan Charlier et Mme Catherine Dechèvre respectivement promoteur et co-promotrice de cette étude, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils qui m'ont guidée durant la réalisation de ce travail et m'ont permis d'avancer.

Ensuite, je tiens à remercier Mme Sandrine Boyals, gestionnaire de projets au sein de l'AViQ pour ses nombreux conseils et sa disponibilité tout au long de ce mémoire.

Merci à tous les intervenants qui ont accepté de répondre à mes interviews et qui m'ont accordé du temps pendant cette période sanitaire très difficile. Ce travail n'aurait aucun sens et n'aurait jamais pu aboutir sans eux.

Merci à Mme Sylviane Plennevaux, directrice de la maison de repos « Résidence Sans Souci », Cécile et Axelle, psychologues au Foyer Saint-Anne ainsi que Mme Sylvie Loneux, responsable des paramédicaux au sein de la maison de repos « Saint-Joseph », pour leur accompagnement et leur aide tout au long de la réalisation des entretiens.

Merci à mes proches, amis, famille, qui m'ont aidée et motivée tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Et enfin merci à Gaétane, ma petite-amie, pour son aide à la réalisation, sa relecture, ses conseils et ses encouragements durant ce travail.

Résumé

Introduction : La Belgique fait face à un vieillissement global de sa population, se traduisant par un nombre en continuelle croissance de personnes âgées nécessitant des soins de qualité. Les établissements pour aînés ont besoin d'une approche collaborative entre les différents membres du personnel de manière à assurer des soins complexes et adéquats à nos aînés. Ce travail multidisciplinaire se doit d'être optimal afin de répondre à leurs besoins. Les mauvaises conditions de travail et la pénurie du personnel influencent la qualité des soins et également le bien-être des professionnels. Il est donc important de réétudier cette approche de manière à évaluer le bien-être des différents intervenants et la qualité de soins prodigués aux patients.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative à visée exploratoire avec une démarche interprétative. Au moyen d'entretiens individuels semi-directifs et d'observations au sein des réunions multidisciplinaires, les répercussions positives et négatives de la multidisciplinarité, ainsi que des réunions multidisciplinaires et la satisfaction des professionnels de la santé sont explorés. Ces entretiens permettent également d'explorer les facteurs liés aux réunions et influençant la qualité de vie au travail des professionnels. La population étudiée est constituée de professionnels de maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) travaillant en collaboration et participant aux réunions.

Résultats : L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence les répercussions positives et négatives du travail collaboratif sur la qualité de vie au travail des professionnels. En effet, on peut compter une diminution de la charge de travail, une meilleure compréhension des rôles et missions de chacun, un sentiment de revalorisation au travail, une adaptation continue des intervenants, des meilleurs soins prodigués aux résidents. Mais également une communication insuffisante, le désinvestissement des soignants, ainsi que certains éléments pouvant freiner le bon déroulement des réunions multidisciplinaires.

Conclusion : Cette étude s'inscrit dans une démarche du bien-être au travail et permet de comprendre, d'évaluer et d'observer les répercussions du travail collaboratif sur la qualité de vie au travail des professionnels. En effet, celle-ci est primordiale et permet de prendre conscience à quel point chaque discipline est importante et essentielle dans le prendre soin.

Mots-clés : maisons de repos, maisons de repos et de soins, multidisciplinarité, répercussions, professionnels de la santé, réunions multidisciplinaires

Abstract

Introduction: Belgium is facing an ageing of its population, resulting in a continuously growing number of elderly people requiring quality care. Senior facilities need a collaborative approach among the various staff members to ensure complex and adequate care for our seniors. This multidisciplinary work must be optimal in order to meet their needs. Poor working conditions and staff shortages influence the quality of care and the professional well-being. It is therefore important to re-examine this approach in order to assess the well-being of the various stakeholders and the quality of care provided to patients.

Material and methods: this is an exploratory sight qualitative study with an interpretative approach. Thanks to semi-structured individual interviews and observations in multidisciplinary meetings, the positive and negative impacts of multidisciplinary and the health professional satisfaction are explored. These interviews also provide an opportunity to explore factors related to meeting and influencing the quality of work life of professionals. The study population is made up of professionals from nursing homes, rest homes and care homes that work together and participate in meetings.

Results: Analysis of the results highlighted the positive and negative impacts of collaborative work on the quality of life at work professionals. Indeed, there is a reduction of workload, a better understanding of each person's roles and missions, a sense of re-evaluation at work, a continual adaptation of caregivers and better care for residents. But there is also an insufficient communication, the disinvestment of caregivers, and some factors that may hinder the smooth running of multidisciplinary meetings.

Conclusion: This study is part of a well-being-at-work approach and provides to understand, to assess and to observe the impact of collaborative work on the quality of life at work of professionals. Indeed, this is essential and allows us to realize how each discipline is important and essential in the care.

Keywords: Nursing homes, rest and care homes, multidisciplinary, impacts, health professionals, multidisciplinary meetings

Table des matières

1. Preamble :	1
1. Introduction :	2
1.1. Comment définir la multidisciplinarité ?	2
1.2. Les bienfaits de l'approche multidisciplinaire	3
1.3. Les facteurs influençant le travail d'équipe multidisciplinaire	4
1.4. Les réunions d'équipe multidisciplinaire	5
1.5. La qualité de vie au travail	6
2. Matériel et méthode	7
2.1. Type d'étude	7
2.2. Population étudiée.....	7
2.3. Méthode d'échantillonnage	7
2.4. Taille de l'échantillon	8
2.5. Paramètres étudiés	8
2.6. Méthode de récolte des données.....	8
2.6.1. Outil de la collecte des données	8
2.6.2. Organisation et planification de la collecte des données	9
2.6.3. Déroulement des entretiens et observation lors des réunions	10
2.7. Traitement et méthodes d'analyse des données.....	11
2.7.1. L'analyse thématique du contenu.....	11
2.7.2. L'analyse SWOT.....	12
2.8. Critères de qualité	12
2.9. Critères de choix.....	13
3. Résultats :	14
3.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	14
3.2. Présentation des résultats issus des entretiens individuels.....	15
3.3. Présentation des résultats issus de l'observation des réunions pluridisciplinaires.....	25
4. Discussion	27
4.1. Discussion des résultats :	27
4.2. Perspectives, limites et biais de l'étude	32
5. Conclusion	34
6. Bibliographie	36

Annexes

1. Préambule :

Aujourd'hui, le vieillissement de la population belge est un enjeu majeur. Depuis quelques années, nous assistons à une augmentation du nombre de personnes âgées et à une baisse de natalité. Ce vieillissement demande un accès aux soins spécifiques engageant de nombreux professionnels de la santé qui ont un devoir de proposer des soins de qualité et un accompagnement optimal pour nos aînés. Les modèles de soin actuels risquent de ne plus répondre aux besoins complexes des personnes âgées, c'est pourquoi travailler en multidisciplinarité est primordial. Cette multidisciplinarité se doit d'être optimale afin de garantir un accompagnement digne de ce nom de nos aînés au sein des maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins.

J'ai réalisé ma spécialisation en santé communautaire où le travail d'équipe entremêlant diverses disciplines est mis en avant. Dans ma spécialisation, cette multidisciplinarité est très importante car nous la retrouvons partout, et dans notre métier nous ne pouvons plus travailler sans elle. Il est important et intéressant de comprendre ce qu'est réellement la multidisciplinarité et les bénéfices que cela entraîne sur la qualité de vie du travailleur et la qualité du prendre soin.

Lorsque l'idée de ce travail m'a été présentée, avec comme objectif principal de favoriser le bien-être au travail des professionnels, j'ai de suite été très intéressée et curieuse d'apprendre et de découvrir le ressenti des professionnels quant à cette approche.

Nous le savons, si le travail d'équipe est bien vécu et perçu par les professionnels, les soins assurés à nos aînés ne peuvent qu'être meilleurs. C'est pour cela que je me suis lancée dans cette étude, afin d'évaluer les effets de la multidisciplinarité sur la qualité de vie au travail des professionnels et de déceler les failles de cette approche de manière à y amener des pistes de solution, car la qualité des soins est bel et bien en corrélation avec le bien-être de nos soignants.

1. Introduction :

Avec l'allongement de l'espérance de vie, les maladies chroniques ont pris de l'ampleur dans notre société et, pour garantir et favoriser l'autonomie et la qualité de vie des patients, il est nécessaire de prodiguer des soins complexes qui sont facilités par une approche multidisciplinaire impliquant divers professionnels de la santé (1)(2). Cela peut, par exemple, être un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, une logopède, une aide-soignante,... qui travaillent ensemble pour répondre à un objectif commun, celui de prendre soin. Le besoin de cette approche augmente avec le vieillissement de la population, la complexité des compétences requises et la nécessaire continuité des soins (3). En effet, au sein des maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins, l'approche multidisciplinaire est favorisée au vu de la dépendance des résidents envers les soins (4). Le travail en équipe multidisciplinaire apparaît donc comme la clé d'une prise en soin réussie (1). Il assure un suivi optimal et améliore la qualité des soins et les résultats chez les patients atteints de maladies chroniques(5)(6). Diverses études ont montré que l'approche multidisciplinaire assure également de meilleurs résultats au sein de l'établissement, en augmentant la production et les performances de celui-ci (7) et permettant la maîtrise des coûts ainsi que la réduction des erreurs cliniques (8). Tant en institution que dans les services hospitaliers, elle permet de fournir des soins rentables et représente un aspect rationnel et éthique du soin (9)(10). C'est une pratique essentielle en gériatrie car elle permet d'améliorer la compliance au traitement médicamenteux et maintient un état fonctionnel du patient (11)(12). Mais, dans le cas contraire, lorsque la collaboration est vouée à l'échec, cela se répercute tant sur la santé des soignants que sur la qualité des soins prodigués aux patients. Cela peut entraîner une source de détresse morale pour le personnel s'associant à un épuisement professionnel et à un désengagement émotionnel (13).

1.1. Comment définir la multidisciplinarité ?

Le terme multidisciplinarité est souvent confondu avec l'interdisciplinarité. En effet, ce sont des concepts assez flous et il arrive que certains auteurs substituent un terme à l'autre, c'est-à-dire qu'ils utilisent l'interdisciplinarité au lieu de multidisciplinarité et inversement. C'est pourquoi il est important de donner une définition à ces deux termes afin de clarifier la différence entre les deux. La multidisciplinarité est un partenariat entre différents

professionnels de la santé, permettant de répondre aux besoins des patients. Il leur permet de partager leurs savoirs et perspectives afin de formuler des objectifs permettant de maintenir la santé bio-psycho-sociale des individus (14). Dans les soins, ils travaillent en parallèle pour le bien-être du patient, tout en restant indépendants (5). C'est une approche par juxtaposition de points de vue éloignés les uns des autres, sans réellement dégager de liens entre les disciplines (15). L'interdisciplinarité quant à elle, croise les démarches de chaque discipline pour étudier le même objet afin d'arriver à une théorie commune. Elle se caractérise par un échange entre les différentes disciplines au vu d'un enrichissement mutuel, voire de transferts de connaissances. Les disciplines sont là pour s'enrichir l'une l'autre (15). Dans ce travail, le terme multidisciplinarité sera utilisé afin de faciliter la lecture.

1.2. Les bienfaits de l'approche multidisciplinaire

Plusieurs articles ont mis en évidence les bienfaits de l'approche multidisciplinaire tant au niveau des soins qu'au niveau de la qualité de vie au travail. En effet, selon un article issu du KCE, la multidisciplinarité permet d'avoir accès à une meilleure équipe professionnelle, elle permet de réduire le délai des traitements et favorise le transfert d'informations au sein de l'équipe (16). Où qu'elle soit réalisée, la multidisciplinarité permet une meilleure communication, coordination et prise de décision entre les disciplines concernées dans la prise en charge d'un patient (16).

Un avantage mis en évidence par Finkelman, dans l'article écrit par Samuel Ngoro (17) est que les idées proviennent de différentes personnes, ce qui permet donc d'avoir des points de vue variés concernant une problématique et donc cela tend à améliorer les idées et la prise de décision finale concernant un patient ou son traitement. L'auteur présente également d'autres avantages du travail d'équipe multidisciplinaire, à savoir qu'une meilleure familiarisation des rôles et des missions de chaque professionnel permet ainsi une meilleure communication au sein de l'équipe. Le fait de travailler en multidisciplinarité permet aux professionnels de disposer d'un plus large répertoire de connaissances et de compétences grâce à leurs collègues et donc d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les patients (17). La qualité des soins, mais aussi les rapports sociaux entre les prestataires de soins, ont également été rapportés comme des avantages au travail d'équipe multidisciplinaire. Autre exemple de nombreux avantages ont également été mis en avant dans le suivi des cancers. En

effet, les réunions multidisciplinaires, et le travail d'équipe multidisciplinaire de manière générale, permettent une prise de décision clinique optimale, procurant au patient l'opportunité de se voir offrir le traitement le plus approprié pour son état. Cette approche permet également une meilleure communication, elle aide au partage d'informations entre les différentes disciplines et contribue au bien-être du personnel de par le soutien mutuel entre les membres de l'équipe, mais également au bien-être des patients et de leur famille (16).

1.3. Les facteurs influençant le travail d'équipe multidisciplinaire

Le fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire est très complexe et est influencé par de nombreux facteurs pouvant avoir une influence positive ou négative sur certains aspects du travail multidisciplinaire. En effet, certains éléments ont été mis en avant dans la littérature comme étant des facteurs qui entravent le bon fonctionnement de l'approche multidisciplinaire, tels que le manque de communication au sein du groupe, une charge de travail excessive, un manque de soutien dans l'équipe ou encore un manque de formation (7)(18)(19). La structure de l'équipe et les processus de groupe peuvent influencer l'efficacité du travail d'équipe. Une étude a relevé qu'une structure verticale, où il y a une hiérarchie, ne permet pas aux professionnels de communiquer entre eux de manière optimale et dans le cas de cette étude, les médecins ont tendance à travailler de manière individuelle sans réellement tenir compte des autres professionnels. Les frontières et les hiérarchies peuvent compromettre ce travail (6)(7)(9). Le fait d'avoir une équipe très diversifiée peut également être un obstacle au bon déroulement de l'approche multidisciplinaire résultant de différences de connaissances, de compétences et de capacités des professionnels entraînant des obstacles à la communication.

Ce travail d'équipe collaboratif est réalisé grâce à une collaboration interdépendante et à une communication ouverte permettant l'échange d'informations et une prise de décision partagée (7)(20). De fait, la communication ouverte est une composante essentielle si elle est fréquente et respectueuse car elle favorise la cohésion de groupe, rend le travail efficace et permet la poursuite des soins au sein des équipes multidisciplinaires (6)(9)(17). Une charge de travail raisonnable, un soutien social, une autonomie dans les soins, de bonnes relations

interpersonnelles sont des éléments clés au bon fonctionnement du travail d'équipe multidisciplinaire (7)(19). La communication est facilitée par les réunions d'équipes multidisciplinaires régulières et permet de résoudre les conflits inter-équipes. Ces réunions sont également très importantes car elles permettent, en principe, à chacun d'être entendu et d'éliminer les obstacles professionnels.

1.4. Les réunions d'équipe multidisciplinaire

En Belgique, les réunions pluridisciplinaires sont organisées par le médecin coordinateur et conseillé, en concertation avec les chefs infirmiers. Les différents intervenants attachés à l'établissement y participent et les médecins traitants y sont invités. Une réunion pluridisciplinaire est organisée une fois par semaine et peut être coordonnée, depuis 2019, par une référente en démence si la fonction existe au sein de l'établissement. Elles permettent d'évaluer, en équipe, le projet de vie individualisé des résidents ainsi que les capacités résiduelles du résident, et permettent la mise en place d'objectifs individualisés. Il n'y a pas de financement particulier autre que le financement du médecin coordinateur et conseillé (21). En oncologie, les réunions d'équipe multidisciplinaire sont considérées comme des salles de machines pour des soins améliorés, où toutes les informations concernant les patients et leur traitement sont coordonnées pour permettre des soins de qualité (22).

Cependant, certains freins viennent perturber ou faciliter les réunions. Deux freins importants sont identifiés dans la littérature. D'une part, les sujets de conversation abordés lors des réunions ne sont pas toujours en lien avec les objectifs de départ. En effet, les intervenants auraient tendance à parler davantage de sujets personnels que professionnels, comme le rapporte une étude réalisée en 2006 (11)(23). D'autre part les études de Youngwerth et Twaddle et Atwal, mettent en avant le fait que les médecins ont tendance à dominer la prise de décision et l'établissement d'objectifs, ce qui ne permet pas toujours aux autres professionnels d'être à l'aise pour émettre leur opinion (7)(23). En outre, selon leurs études, les intervenants auraient tendance à communiquer davantage lorsqu'ils sont face à un médecin féminin plutôt que masculin.

1.5. La qualité de vie au travail

Au vu de l'augmentation du nombre de personnes âgées en Belgique, les MR(S) sont les institutions les plus touchées quant à la croissance des soins, car les aînés nécessitent des soins pour répondre à leurs besoins (24). Cette augmentation de charge de travail peut être associée à un épuisement professionnel, émotionnel et une dépersonnalisation entraînant une entrave au bien-être des soignants et à la bonne prise en soins des patients (25). Il est donc primordial de trouver des solutions pour permettre une meilleure qualité de vie au travail des professionnels concernés (26). C'est pourquoi il est important d'évaluer l'approche multidisciplinaire en se basant sur les critères de qualité de vie au travail de manière à évaluer le bien-être des professionnels et la qualité des soins prodigués aux patients. Plus une collaboration sera efficace, plus il y aura des avantages concernant le bien-être des soignants ainsi qu'une meilleure qualité de vie au travail (27).

La qualité de vie au travail peut se définir comme :

Un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué (28).

On peut constater dans cette définition que la qualité de vie au travail est multifactorielle : elle est en lien avec le travail lui-même, mais elle tient compte des relations sociales professionnelles et de la possibilité de s'accomplir pleinement (29)(30).

Tant en MR(S) qu'à l'hôpital, le bien-être des soignants et la qualité des soins sont deux éléments à mettre en avant. C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail, avec comme question de recherche principale : « En quoi le travail collaboratif en MR(S), entre autre au travers des réunions multidisciplinaires, a un effet sur la qualité de vie au travail des professionnels? ». L'objectif de cette étude est premièrement d'étudier/observer les répercussions de la multidisciplinarité sur la qualité de vie au travail. Et deuxièmement, d'explorer les forces et les faiblesses liés les réunions et influençant la qualité de vie au travail des professionnels. Les objectifs secondaires permettront d'analyser dans quelles mesures les intervenants sont satisfaits de cette approche et de ces réunions multidisciplinaires.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative à visée exploratoire avec une démarche interprétative où, à travers l'observation des réunions multidisciplinaire et l'analyse des différents entretiens réalisés, on cherche à comprendre la manière dont les professionnels impliqués perçoivent ce travail collaboratif. C'est une étude exploratoire avec un raisonnement inductif qui permet de faire émerger les perceptions des sujets étudiés afin d'établir des hypothèses. Dans ce cas-ci, il s'agit de comprendre les perceptions des professionnels de la santé, issus de trois maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins wallonnes, quant aux effets de la multidisciplinarité sur leur qualité de vie au travail. Il s'agit bien d'une méthode exploratoire, car la recherche a pour but d'explorer les perceptions ainsi que le vécu des professionnels face à la multidisciplinarité. L'intérêt de cette étude est d'une part, de comprendre les déterminants, les facteurs qui influencent ou facilitent l'approche multidisciplinaire et d'autre part, le retentissement sur la qualité de vie au travail. Cette recherche a donc été réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs, mais également sur base d'une observation réalisée durant les réunions multidisciplinaires.

2.2. Population étudiée

La population étudiée dans cette enquête est constituée de l'ensemble des professionnels présents au sein de trois MR(S) de la région wallonne, travaillant en collaboration et participant aux réunions multidisciplinaires.

2.3. Méthode d'échantillonnage

La méthode utilisée est celle de l'échantillon raisonné, afin de sélectionner des sujets en cherchant à obtenir des points de vue variés en fonction des profils des interviewés

Critères d'inclusion :

- Le sujet bénéficie d'une autonomie professionnelle suffisante et a assisté à plusieurs réunions. Il est donc important d'évaluer leur ancienneté au début de l'entretien ;
- Le sujet fait partie des différentes disciplines présentes au sein des réunions multidisciplinaires ;

- Il a donné son accord pour participer à l'étude ;
- Les sujets doivent parler français ;

Critère d'exclusion :

- Les professionnels ayant assisté à une ou deux réunions multidisciplinaires seulement ;
- Les intéressés refusant l'enregistrement ou le traitement des données.

2.4. Taille de l'échantillon

Un critère de qualité important pour une étude qualitative est la saturation des données. C'est un principe selon lequel l'ajout de nouvelles données (lors de nouveaux entretiens par exemple) ne permet pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. L'échantillon est considéré comme suffisant lorsqu'on obtient la saturation des données. Pour des raisons de temps, la taille de l'échantillon était fixée à 7 à 10 personnes au sein de chaque établissement étudié et trois MR et/ou MRS ont participé à l'étude. Ce nombre de personnes devrait assurer une grande diversité de points de vue et donner des données plus riches au vu des différentes professions interrogées.

2.5. Paramètres étudiés

Les principaux paramètres étudiés sont la satisfaction/insatisfaction des professionnels concernant la multidisciplinarité et les réunions multidisciplinaires, les effets ressentis par ceux-ci sur leur qualité de vie au travail, et pour finir, les facteurs positifs et négatifs de la multidisciplinarité et des réunions, afin de proposer des pistes d'amélioration concernant ces derniers.

2.6. Méthode de récolte des données

2.6.1. Outil de la collecte des données

Un **guide d'entretien** (cfr. Annexe 1) a été réalisé au préalable. Il est le même pour chaque intervenant interrogé. Ce dernier ne présente pas de questions précises à proprement parler, il s'agissait d'entretiens semi-structurés, construits de manière à pouvoir laisser la personne être en totale liberté d'exprimer son ressenti. Les questions-thèmes tournent autour des

éléments positifs et négatifs qui composaient les réunions, mais également sur le ressenti des soignants face à l'approche multidisciplinaire. Cela a permis à chaque intervenant de ressortir les qualités et les défauts de cette approche et d'expliquer leur ressenti et les effets de celle-ci sur la qualité au travail telle qu'ils la perçoivent. La seconde approche de collecte des données a été réalisée durant les réunions multidisciplinaires au moyen d'une **grille observationnelle** (cfr. Annexe 2). Cela permet d'observer les éléments qui peuvent être bénéfique ou nuire à ces réunions. La communication verbale, non-verbale, procédurale¹, le niveau de contenu et d'interaction entre les membres seront décelés également lors de ces réunions.

Une fois l'analyse des données (des entretiens et des observations lors des réunions) réalisée, l'outil « SWOT » a été utilisé pour notifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces de ces réunions et de l'approche multidisciplinaire en général. Des pistes d'améliorations ont été proposées par la suite.

2.6.2. Organisation et planification de la collecte des données

Avant de commencer la collecte des données, l'étude a été soumise au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (numéro 2020/114) en vue d'une publication, et ce dernier n'a pas émis d'objection quant à la réalisation de l'étude (cfr. Annexe 3).

Dans un premier temps, un diagramme de Gantt a été réalisé dans le protocole de recherche afin de prévoir l'organisation et la planification de la collecte des données. Suite à la COVID-19, des difficultés ont été éprouvées, car les restrictions établies par le Gouvernement ont retardé la récolte des données. Suite à cela, après concertation avec Mme Boyals, gestionnaire de projets à l'AViQ, un courrier de recommandation (cfr. Annexe 4) a été rédigé par l'AViQ afin d'appuyer la demande auprès des MR(S). En effet, suite à la pandémie et à l'interdiction des visites aux externes, il était difficile d'entrer en contact avec les directeurs des établissements pour aînés.

Début juillet, une fois la lettre de recommandation rédigée par Mme Dechèvre, co-promotrice de l'étude, et signée par Mme Baudine, administratrice générale de l'AViQ, trois MR(S) ont

¹ Le niveau procédural correspond à la façon dont l'équipe travaille sur une tâche

accepté la demande et les premiers rendez-vous se sont posés fin août. Il était difficile pour les établissements de débiter la collecte des données avant mi-septembre. Elle a donc débuté le 17 septembre et s'est clôturée le 20 novembre. La majorité des entretiens se sont déroulés dans les locaux des institutions étudiées. Cependant, durant le mois d'octobre, les rendez-vous sont devenus compliqués. En effet, la crise sanitaire s'est aggravée, les professionnels ont rapidement été débordés et avaient moins de temps à consacrer à l'étude. De plus, les établissements pour aînés ont fermé leur porte aux visiteurs externes (sauf les familles). Suite à cela, un certain nombre d'entretiens ont été réalisés via visio-conférence et appels téléphoniques, tous enregistrés via un enregistreur audio et retranscrits dans leur intégralité par la suite.

2.6.3. Déroulement des entretiens et observation lors des réunions

2.6.3.1. *Les entretiens*

Avant la récolte des données issues des entretiens, les attentes et les modalités de la recherche ont été expliquées au participant. Au préalable, un consentement a été établi entre le chercheur et le professionnel de la santé, et deux documents écrits ont été signés par ce dernier afin de marquer son accord quant au traitement et à la confidentialité des données. Comme dit précédemment, les données ont ensuite été récoltées avec un enregistreur audio et retranscrites dans leur intégralité. Elles ont été recueillies durant les entretiens au moyen d'un guide d'entretien réalisé au préalable. Le chercheur interrogeait le professionnel de la santé en se référant au guide d'entretien et laissait ce dernier répondre aux questions sans l'influencer.

La structure du guide d'entretien était présentée comme suit :

- Présentation du chercheur et de l'étude, contexte de l'étude et objectifs
- Demande de l'accord de l'enregistrement des données, principe de confidentialité
- Développement des différentes questions inscrites dans le guide
- Dernière question ouverte
- Remerciements

2.6.3.2. *Les réunions*

Avant de participer passivement aux réunions multidisciplinaires, une grille d'observation a reprenant différents critères a été construite. Le chercheur et le directeur de l'établissement

ont convenu ensemble d'une date pour la participation à cette réunion multidisciplinaire. Durant la réunion, la collecte des données était basée sur divers éléments concernant la communication verbale, non-verbale, les relations entre collègues, l'ambiance de travail, etc. En bref, la collecte reprenait tous les éléments concernant l'organisation et le déroulement de la réunion. Aucune information personnelle concernant les résidents n'a été inscrite sur la grille d'observation du chercheur. Celui-ci restait en retrait dans la salle de réunion et ne participait donc pas à cette dernière. Trois réunions devaient entrer dans la collecte des données. Une réunion était prévue à Liège fin octobre, mais pour des raisons médicales, elle a été reportée et puis annulée suite aux nouvelles mesures sanitaires.

2.7. Traitement et méthodes d'analyse des données

Pour cette étude, une analyse inductive est idéale car il s'agit d'une méthode qui se caractérise par l'observation et l'enregistrement des données et qui part des données brutes réelles et observables pour aller vers l'explication de celles-ci. L'observation est réalisée au moyen d'une grille d'observation utilisée lors des réunions et l'enregistrement des données correspond aux divers entretiens réalisés auprès des professionnels de la santé. À partir des phénomènes observés sur le terrain, un phénomène général peut être expliqué. Cette analyse inductive est réalisée au moyen de plusieurs lectures sur les données brutes récoltées afin d'en ressortir des catégories spécifiques. Pour cela, le recours à l'analyse thématique est important, car elle permet de regrouper les thèmes abordés. Une analyse thématique consiste à transformer le texte varié d'un ou de plusieurs entretiens, en une analyse du contenu autour de ses thèmes et sous-thèmes (31).

2.7.1. L'analyse thématique du contenu

Les données récoltées lors des entretiens ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio, après avoir obtenu au préalable l'accord des participants. Leur traitement a été effectué sur la base d'une approche classique : premièrement, une retranscription intégrale a été réalisée, nécessitant une phase d'anonymisation ; deuxièmement, une lecture globale des entretiens retranscrits a été réalisée, permettant de se familiariser avec les données. Une synthèse des données présentes dans les entretiens a permis d'identifier les premiers verbatims et ces derniers ont été classés en thèmes (que l'on appelle également des codes). Ces codages ont permis de réaliser un code book (cfr. Annexe 5). C'est ce que l'on appelle l'analyse thématique.

Ensuite, chacun des entretiens réalisés a été découpé en verbatims et a permis de faire émerger différents thèmes permettant une meilleure compréhension du phénomène étudié par le chercheur. Pour finir, une synthèse analytique des données utilisées et étudiées a été réalisée, proposant une description du phénomène étudié.

L'analyse de contenu est un décodage des données récoltées et comprend trois étapes pour mener à bien l'analyse des données (32);

- La retranscription des données récoltées via les entretiens avec les professionnels de la santé
- Le codage pour mettre en évidence les thèmes abordés
- La catégorisation pour organiser les thèmes

2.7.2. L'analyse SWOT

Après que toutes les informations ont été récoltées, retranscrites, traitées et analysées, deux analyses SWOT (cfr. Annexes 6 et 7) ont été établies afin de mettre en évidence les menaces, opportunités, forces et faiblesses des réunions multidisciplinaires et du travail collaboratif. Toutes ces informations ont été mises en évidence lors de l'observation des réunions multidisciplinaires et suite aux informations émises par les professionnels lors des différents entretiens. Ces deux analyses SWOT ont permis de rédiger des pistes d'amélioration.

2.8. Critères de qualité

La triangulation des informations est un critère de qualité pour cette étude. Elle correspond à une procédure qui vise la validité des savoirs ayant été produits par la démarche. Elle consiste en la superposition et la combinaison de plusieurs perspectives, outils utilisés pour récolter les données (33). Dans ce travail, la triangulation des outils de collecte des données est utilisée. En effet, ce travail utilise des entrevues réalisées auprès des professionnels, des observations lors des réunions multidisciplinaires et également une analyse de documents scientifiques pour construire le guide d'entretien et la grille d'observation.

La validité d'une recherche est également un critère de qualité. Elle est définie par Wacheux (1996) comme « la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés » (34). La validité interne est considérée comme

une force de recherche lorsqu'elle permet d'assurer une relation entre les observations réalisées sur le terrain et les concepts théoriques vus dans la littérature. Elle permet de déterminer si un événement X peut conduire à un événement Y. C'est pour cela que, sur base d'entretiens et d'analyses documentaires et d'observations, le chercheur de l'étude va essayer de conclure qu'un événement particulier résulte d'événements antérieurs (34).

2.9. Critères de choix

Pour réaliser l'étude, certains critères de choix de MR(S) ont été ciblés. En effet, une institution se trouve dans la province de Liège, une autre dans la province du Luxembourg et la troisième dans la province de Namur. Elles se situent dans trois provinces distinctes afin de visualiser une différence d'organisation en fonction de la province dans laquelle se trouve la MR(S). Un second critère est également mis en avant : la taille de l'établissement. Celui se trouvant en province de Liège comporte 194 lits MR(S), 5 lits de court-séjour, 29 logements de résidence-services et 10 places en centre d'accueil de jour. Celui de la province du Luxembourg compte 106 lits de MR(S). Et pour finir, celui de la province de Namur est plus petit et comporte 7 lits MRPA, 67 lits MRS et 3 lits de court-séjour. Ce critère a été choisi afin d'observer si le fonctionnement et l'organisation de l'équipe diffèrent en fonction de la taille de l'établissement.

3. Résultats :

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

L'étude a rassemblé 15 professionnels travaillant au sein des trois institutions wallonnes. La collecte des données a compté plus de sept heures d'enregistrement, correspondant à 90 pages de retranscription. Dans la présentation des résultats, chaque verbatim sera mentionné par un « I » suivi du numéro correspond à chaque numéro des intervenants (Intervenant n°1 = I1, etc.).

<i>Intervenants</i>	<i>Profession</i>	<i>Caractéristiques</i>
Intervenant 1 (I1)	<i>Logopède</i>	<i>1 an et demi d'ancienneté.</i>
Intervenant 2 (I2)	<i>Kinésithérapeute</i>	<i>1 an d'ancienneté.</i>
Intervenant 3 (I3)	<i>Directrice</i>	<i>Logopède de formation, elle a travaillé 17 ans au sein d'une maison de repos et est directrice depuis 1 an et demi dans un autre établissement.</i>
Intervenant 4 (I4)	<i>Médecin coordinateur</i>	<i>4 mois d'ancienneté, mais était médecin généraliste depuis 22 ans. En tant que médecin généraliste elle a suivi plusieurs résidents de l'établissement et a déjà vécu des réunions multidisciplinaires à domicile.</i>
Intervenant 5 (I5)	<i>Assistante-sociale</i>	<i>13 ans d'ancienneté.</i>
Intervenant 6 (I6)	<i>Ergothérapeute</i>	<i>5 ans d'ancienneté. Elle est responsable animation depuis 1 an au sein de la maison de repos.</i>
Intervenant 7 (I7)	<i>Logopède</i>	<i>12 ans d'ancienneté.</i>
Intervenant 8 (I8)	<i>Référente démence</i>	<i>Éducatrice depuis 1986 dans l'établissement et depuis 10 ans elle a cette double casquette d'éducatrice et référente démence.</i>
Intervenant 9 (I9)	<i>Référente démence</i>	<i>Kinésithérapeute de formation, elle travaille depuis 2000, moment auquel elle a commencé en tant qu'indépendante avant de venir travailler dans la maison de repos.</i>
Intervenant 10 (I10)	<i>Kinésithérapeute</i>	<i>12 ans d'ancienneté.</i>
Intervenant 11 (I11)	<i>Psychologue</i>	<i>3 ans d'ancienneté.</i>
Intervenant 12 (I12)	<i>Logopède</i>	<i>1 an d'ancienneté.</i>
Intervenant 13 (I13)	<i>Responsable paramédicaux</i>	<i>Psychologue de formation, elle travaille au sein de la maison de repos depuis 7 ans et est responsable des paramédicaux depuis 3 ans.</i>
Intervenant 14 (I14)	<i>Responsable nursing</i>	<i>Infirmier de formation, il travaille au sein de la maison de repos depuis 27 ans. Il est passé chef infirmier et cela fait 3 ans qu'il est responsable nursing au sein de l'établissement.</i>
Intervenant 15 (I15)	<i>Ergothérapeute</i>	<i>1an d'ancienneté.</i>

3.2. Présentation des résultats issus des entretiens individuels

Les résultats présentés ci-dessous ont émergé de l'analyse des entretiens réalisés auprès des différents professionnels. Le code book réalisé suite au travail d'analyse, mis en annexe, a été utilisé comme outil (cfr. Annexe 5). Les discours des professionnels s'articulent autour des répercussions du travail collaboratif ainsi que des réunions multidisciplinaires sur leur qualité de vie au travail et leur satisfaction ou non concernant ces dernières.

4.2.1. Connaissance des rôles et des missions de chacun

La connaissance du travail de l'autre et l'importance de faire connaître son travail sont des éléments qui ont été régulièrement repérés lors des entretiens. En effet, selon une interviewée, les réunions pluridisciplinaires sont essentielles car elles permettent une meilleure connaissance de l'autre et du résident. Encore selon elle, cela facilite la prise en soins du résident et permet d'apprendre les rôles et responsabilités de chaque personne. « *Et c'est aussi la richesse de faire découvrir ton travail aux autres, surtout des jobs comme la logopédie avec la déglutition [...], mais donner une information à mes collègues infirmiers ou aides-soignants en leur disant ce qu'est réellement une fausse route, [...] voilà les risques, les trucs et astuces* » (I1). « *On travaille tous ensemble, c'est important je trouve. C'est riche et ça nous apporte des informations, nous on en donne d'autres* » (I7). L'important, selon eux, c'est de pouvoir expliquer sa fonction aux différents professionnels, afin que les rôles de chacun soient compris et qu'ils ne se sentent pas envahis dans leur espace de travail. « *Avant c'était "qui fait quoi", "ah non ne va pas prendre mon travail, je le fais déjà", tandis que maintenant, on commence à se dire qu'on peut le faire aussi, mais qu'on va le faire différemment, avec un autre œil et un autre regard* » (I7).

Selon un second professionnel, se retrouver au sein d'une réunion permet aussi de faire un lien entre toutes les disciplines, cela permet également de se connaître au niveau du travail et de connaître les qualités et les rôles de chacun. « *Cela facilite la prise en charge des résidents, une fois qu'on connaît les qualités de chacun* » (I15). Aux yeux d'un autre intervenant, le fait que les missions de chacun soient reconnues permet de ne pas empiéter sur le travail de l'autre et de montrer son importance au sein de l'établissement et de se démarquer de certaines professions. « *Ce qui est très difficile, à la base quand on commence,*

c'est déjà de faire sa place et de montrer à l'autre qu'on n'est pas là pour prendre sa place, et c'est en connaissant les rôles et responsabilités de chacun que l'on y arrive » (I7).

4.2.2. L'apprentissage

Pour apprendre les rôles et missions de chacun, plusieurs professionnels avaient déjà mis en place diverses formations au bénéfice de leurs collègues de travail : *« Le kiné fait une formation sur ses missions et son rôle, la logopède va faire une animation pour montrer son rôle aux autres disciplines, ce qu'elle fait, ce qu'elle ne fait pas. On essaie vraiment d'informer. On avait mis ça en place pour que chacun puisse percevoir le rôle de tout le monde. » (I7)* Durant un entretien, l'importance de cet apprentissage a été mis en avant et selon les personnes interviewées, le travail en collaboration est une richesse car cela permet d'étendre son savoir et ses connaissances aux autres et d'être ouvert à la connaissance de nouvelles compétences : *« L'aide-soignante ce matin nous disait "Oh la la... j'ai appris plein de choses ce matin, c'est chouette, c'est gai". Et dans l'autre sens aussi, elle m'apporte des infos au niveau médical que je ne connaissais pas. Donc c'est pas mal. » (I7)*

Cependant, à leurs yeux, cette clarification n'est pas optimale dans chacun des établissements, pouvant amener à des frustrations et des équipes en souffrance : *« Je pense que les infirmières et les aides-soignantes sont un socle et que, souvent, elles dévalorisent leur rôle dans le relationnel et les prises de décisions. Alors qu'elles sont le socle réel, elles se désinvestissent souvent du questionnement du sens. » (I10)* Cette souffrance serait due, selon certains intervenants, à ce manque de connaissance et de compréhension du rôle de l'autre, ne voyant donc pas le bénéfice que ça pourrait leur apporter.

Deux groupes qui ont quasi la même fonction de départ, maintenant il y a un fossé entre les deux et ça crée des souffrances. C'est pour ça que je disais tantôt de recadrer et reclarifier les rôles de chacun et les missions de chacun car rien n'est clair. L'infirmière a envie de garder ses missions à elle, mais si elle voyait le bénéfice que ça pourrait lui apporter elle aurait une autre vision. (I3)

Et à l'inverse, selon le point de vue d'une autre intervenante, cette connaissance permet à chacun de se sentir plus investi dans son travail car *« quand on clarifie les missions, chacun connaît sa mission et se sent plus investi dans cette mission et « si je ne suis pas là, c'est un peu la mouise. » (I4)*

4.2.3. Diminution de la charge de travail :

Grâce à cette connaissance des rôles et des missions de chacun, le travail collaboratif permet, selon les dires des personnes interviewées, de diminuer la charge physique et mentale des professionnels. En effet, selon eux, mieux connaître les rôles et missions de chacun, permet une confiance entre les intervenants et une délégation plus facile de certains actes à leurs collègues. « *Et au final c'est vraiment un plus, car quand on commence à connaître tous ses collègues et toutes leurs qualités, c'est très enrichissant car on peut en ressortir beaucoup et ça nous aide dans notre prise en charge aussi.* » (I15) Permettant ainsi d'alléger leur charge de travail physique, car « *S'il n'y avait pas tout ça, la charge serait beaucoup plus importante.* » (I6).

D'après les professionnels, ce travail multidisciplinaire entraîne également une diminution de leur charge mentale : « *Je pense que ça diminue la charge professionnelle mais je pense aussi que ça peut diminuer la charge psychologique car on peut se sentir soutenu en équipe face à une décision et pas à devoir être tout seul.* » (I10) Les décisions sont prises et décidées en équipe, et non plus par une seule personne. C'est notamment le cas, au sein d'une MR(S), avec le « zéro contention » où la décision était prise auparavant par l'infirmière en chef, et depuis ce travail collaboratif, les décisions sont réfléchies et prises en équipe. « *Donc on décharge aussi un poids des épaules de l'infirmière chef. Ici il n'y a donc plus la responsabilité d'une seule personne, mais bien d'une équipe pluri qui décide ensemble.* » (I14) Les professionnels ont confiance en leurs collègues : « *je pense que c'est aussi la notion de confiance. Je ne suis pas toute seule, je fais confiance à ma collègue qui a ses qualités et ses compétences.* » (I8) « *Sans la multidisciplinarité, l'organisation du travail serait différente, parce que malgré tout, je sais que petit à petit j'arrive quand même à voir les qualités de chacun de mes collègues et j'en profite en quelque sorte, mais dans le bon sens quoi haha...* » (I15)

4.2.4. Sentiment de revalorisation du travail

D'après les interviewés, ce travail collaboratif permet également de (re)valoriser le travail des intervenants, « *on n'est pas sous-estimé dans notre travail, je parle de mon point de vue hein, notre avis est quand même respecté, notre participation aux repas est vue comme importante*

une fois que l'on connaît notre rôle. » (I7) À l'inverse, selon leurs dires, la méconnaissance du travail de l'autre ne permet pas de valoriser le travail de leurs collègues : « Si j'entends derrière "ah elle se balade", ce n'est pas normal, là je ne serai pas reconnue dans ce que je fais et on dévalorise mon travail. » (I8) De plus, montrer aux intervenants qu'ils ont des choses à apporter à l'équipe, fera qu'ils se sentiront plus impliqués et plus valorisés au sein de l'établissement. « C'est la valorisation du travail qui permettra de se sentir mieux, de se sentir plus intégré. » (I3) Selon eux, cette collaboration permet de voir l'importance de tous les intervenants de la maison de repos, passant du chef infirmier au personnel d'entretien, selon l'avis d'un intervenant.

En fait moi, je pense que, quelle que soit la fonction du membre du personnel, les avis de tous sont importants. Je ne peux pas me contenter que de l'avis de l'infirmière en chef, il faut l'avis de tous, et quand je dis de tous, ça va de la chef de nursing jusqu'à l'équipe de techniciennes de surface. (I14)

De plus, à leurs yeux, se sentir soutenus et écoutés par le médecin coordinateur est également très important et revalorisant : « Ici, on travaille avec prescription médicale, on a le soutien et l'appui du médecin et le médecin lui-même nous considère, il nous donne cette petite importance-là et ça fait la différence » (I7), « L'aide-soignante est écoutée par le médecin traitant et coordinateur et là, je trouve que c'est magnifique car l'ouverture d'esprit est là. » (I8)

4.2.5. Renforcement du lien social

Un autre effet de ce travail collaboratif, émis par les professionnels et favorisant cette satisfaction au travail est la qualité du lien social entre les professionnels. En effet, selon plusieurs d'entre eux, les équipes sont relativement soudées, surtout entre paramédicaux. « Et alors, je pense qu'on a vraiment la chance d'avoir cette équipe qui fait qu'on a de la chance d'avoir cette multidisciplinarité. » (I12) Cette relation inter-équipe est même une des raisons pour lesquelles un professionnel a voulu travailler au sein de l'établissement. De plus, cette multidisciplinarité, selon leurs dires, permet non seulement le partage des différents points de vue, mais apporte aussi ce soutien qui soulage les intervenants : « on a quand même des métiers lourds émotionnellement et physiquement et parfois ça fait du bien de parler de tout ça pendant les réunions. » (I1) Selon une intervenante, ce travail d'équipe collaboratif permet de se sentir soutenu par les collègues et il favorise le soutien social du groupe :

Quand parfois je suis fatiguée, rien que l'idée de retrouver mes collègues, ça me donne envie d'y aller. Parfois, quand je me sens en difficulté dans mon rôle de kiné ou que je ne me sens pas à la hauteur, et bien ils peuvent me rassurer comme je peux les rassurer et ils peuvent m'aider à trouver les meilleures solutions. (I10)

De plus, selon eux, les réunions leurs permettent de se retrouver tous ensemble et de travailler sur un projet commun en entremêlant tous les métiers (I14). « *Le fait de se retrouver ensemble durant les réunions c'est top, parce que sinon on ne se retrouve plus. C'est à ce moment-là qu'on se revoit, sinon on ne se croise plus.* » (I8) Selon eux, la multidisciplinarité a un apport positif grâce à une cohésion qui se crée entre eux et qui pousse les intervenants à s'adapter continuellement (I12). Selon une ergothérapeute, la cohésion d'équipe leur permet de se sentir plus investis, intégrés et mieux dans le travail, entraînant une meilleure prise en charge du résident.

4.2.6. Meilleure intégration des professionnels

Grâce à cette multidisciplinarité et ce renforcement des liens sociaux, certains intervenants se sentent plus intégrés dans l'équipe : « *Voilà, je suis vraiment contente d'avoir intégré une équipe comme ça pluridisciplinaire et de pouvoir participer à tout ça et de se sentir bien intégré* » (I2). De plus, depuis ce travail d'équipe collaboratif, un professionnel a fait part de sa satisfaction par rapport à sa fonction et au fait de se sentir davantage inclus dans de nombreuses cellules de réflexion (I11), et il permet également à d'autres intervenants de se sentir plus intégrés au sein de l'équipe : « *elles [les aides-soignantes], ce qu'elles nous rapportent maintenant, c'est qu'elles se sentent beaucoup plus intégrées dans l'équipe et beaucoup plus porteuses de choses positives pour les résidents.* » (I13)

4.2.7. Meilleure prise en charge des résidents

Selon les professionnels interviewés, ce travail d'équipe est bénéfique s'il y a cette complémentarité entre les métiers, ce partage d'informations et de points de vue. C'est de cette manière que l'accompagnement et la prise en soin des résidents sont optimaux. Cette approche, à leurs yeux, permet de maximiser les soins et d'améliorer la qualité de vie de la personne (I9). « *Si je n'ai pas les informations nécessaires du point de vue du kiné, je ne sais pas travailler avec mon patient (...). Moi je trouve que l'un sans l'autre, on ne sait pas fonctionner.* » (I7) Les professionnels ont mis en avant l'importance de cette

multidisciplinarité et selon eux, il ne serait pas possible de travailler sans elle, ni sans prendre en compte l'avis des autres, car ils travaillent en collaboration en permanence pour le bien-être du résident et pour lui assurer une prise en soin optimale : « *On aura chacun une approche différente qui viendra compléter un peu plus le résident et cela va s'enrichir pour trouver au final la meilleure solution.* » (I10) Selon une kinésithérapeute, il est important de pouvoir parler avec son monde à soi, en fonction de ses compétences et qualités mais également de transposer cette communication au monde de l'autre afin qu'il puisse en ressortir un bénéfice et que ça lui soit utile dans sa prise en soin. De plus, d'après eux, chercher les avis de chacun permet d'ouvrir des portes à une meilleure prise en charge des résidents. Selon elle, cette collaboration, notamment au travers des réunions multidisciplinaires, permet de se pencher sur un problème, de réfléchir tous ensemble et d'y apporter une solution commune, après l'écoute de chaque avis : « *La réunion que l'on a faite la semaine dernière a été très riche car il y a plein de choses qui sont venues se mettre et les équipes de terrains ont toutes donné leurs avis et c'est très important.* » (I14) Selon une intervenante interviewée, le but premier des réunions est de soulever des problèmes et de les solutionner tous ensemble, toutes disciplines confondues. En effet, d'après une autre professionnelle, toutes les disciplines discutent entre elles, en y entremêlant leur métier pour trouver une solution concernant les résidents : « *Vu qu'on connaît tous les résidents, on aura chacun une approche différente qui viendra compléter un peu plus le résident et cela va s'enrichir pour trouver au final la meilleure solution.* » (I10) Aux yeux des intervenants, ces réunions sont organisées comme telles afin de permettre l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents.

4.2.8. Adaptation des intervenants

D'après une logopède interviewée, la multidisciplinarité demande de la flexibilité, que ce soit avec les résidents ou avec les collègues, il faut pouvoir s'adapter continuellement. En effet, ces derniers doivent s'adapter aux changements des habitudes de travail, mais également à la manière dont travaille chaque professionnel. Selon un intervenant, ce travail collaboratif est une nouveauté car ce n'était pas dans les habitudes de l'institution de travailler en collaboration. Mais, selon lui, il faut pouvoir les changer afin de réaliser un travail multidisciplinaire adéquat (I14). Un autre intervenant mentionne : « *Oui, voilà, c'est une nouvelle façon de travailler, complètement. Travailler en équipe s'adresser aux aides-soignantes, aux infirmières, chez la directrice, chez les chefs. Voilà, ça change vraiment*

énormément. » (I2) Outre cette adaptation aux changements d'habitude, les professionnels doivent également s'adapter à leurs collègues et leur manière de travailler, car selon l'une d'entre eux, la manière dont le travail est réalisé va dépendre de la sensibilité que chacun peut avoir. Certains d'entre eux auront besoin de structure alors que d'autres n'aimeront pas du tout avoir ce cadre, par exemple (I1). Ce travail d'équipe collaboratif demande une adaptation continue et, pour certains, il peut être difficile de travailler avec ses collègues car chacun travaille à sa manière et cela peut entraîner certaines frustrations : « [...] *évidemment, quand tu travailles à plusieurs, les choses ne sont pas faites de la même manière que toi. Donc ça peut amener à des frustrations. D'autant plus quand tu as des problèmes de compréhension entre le personnel* » (I9), « *Je trouve que ce qui m'ennuie, c'est quand tout le monde ne travaille pas de la même façon et que certains travaillent un peu qu'à leur tête.* » (I1)

4.2.9. Les éléments positifs des réunions pluridisciplinaires

Les réunions pluridisciplinaires sont essentielles en MR(S) et permettent la mise en place d'objectifs pour les résidents. Aux yeux des intervenants, le temps de parole lors des réunions était égal à chaque intervenant : « *moi je ne suis pas une grande timide et comme tu vois, j'ai la langue bien pendue donc quand j'ai un truc à dire, je le dis.* » (I1) Selon l'avis d'une assistante sociale, les réunions sont très ouvertes et chacun a un temps de parole qui lui est consacré. C'est d'abord l'infirmier en chef qui prend la parole, et puis chaque intervenant intervient sur le résident lorsqu'il a des informations à donner. « *Parfois ça peut être en fin de réunion si on a pas parlé des résidents, la responsable va nous demander si on a pas quelque chose à dire sur le résident* », a-t-elle rajouté (I5). Un autre intervenant mentionne que

Celui qui mène un peu la réunion, c'est souvent le responsable du nursing, et il fait toujours un tour de table pour s'assurer que chacun ait bien communiqué les informations. Et moi je trouve ça super chouette car on se sent vraiment impliqué dans la réunion (I7).

Selon les dires de deux intervenantes, un autre point positif des réunions est le fait d'avoir une synthèse, un PV rédigé par une secrétaire, une infirmière sociale ou autre et transmise par mail à chaque intervenant : « *à la fin de chaque réunion, l'infirmière nous transmet le compte-rendu, la petite synthèse par mail et ça nous permet d'aller relire les notes, ou quand on est malade de pouvoir se mettre à jour* » (I15), permettant à chacun d'avoir un retour sur la réunion.

4.2.10. *Insatisfaction des professionnels concernant la communication*

La communication peut parfois poser problème au sein de la maison de repos : « *je trouve qu'il manque un maillon dans le point de la communication. C'est tellement nouveau de travailler avec plein d'intervenants dans leurs différences qu'il est difficile d'avoir un accès avec elles.* » (I6) En effet, en fonction du nombre de professionnels au sein de l'institution, il y a cette difficulté de pouvoir communiquer correctement avec tous les intervenants : « *Maintenant, je reviens toujours au problème de "on est beaucoup" et il y a cette difficulté de communiquer avec tout le monde.* » (I6) Selon leurs dires, la communication au sein des réunions n'est pas optimale non plus, il y a des discussions parasitées qui ne sont pas toujours utiles pour la prise en charge des résidents ainsi qu'un manque d'écoute car « *parfois il y a des tensions, certaines n'accordent pas de valeurs aux dires de l'autre, donc la première le dit, puis forcément la deuxième le redit, une qui parle plus fort.* » (I4) Par ailleurs, selon les interviewés, la communication se déroule suffisamment bien au sein de l'équipe paramédicale, mais pour qu'elle se transmette au personnel soignant étant réellement sur le terrain avec les résidents, c'est plus difficile et l'échange est moins parfait. Selon une intervenante, les soignants ne voient peut-être pas suffisamment l'intérêt de l'approche pluridisciplinaire ou n'en tiennent peut-être pas assez compte et cela peut entraîner des quiproquos ou des communications manquantes : « *ça bloque souvent au niveau des soignants quand on vient avec des idées, on sait que les changements font toujours peur et au niveau de l'équipe soignante ça bloque un peu.* » (I15) Selon l'une d'elles, la communication serait également à revoir entre les intervenants. Il faudrait, toujours selon elle, des réunions du personnel pour discuter de certaines choses concernant les professionnels, car il y a des choses un peu personnelles qui se passent et qui ne sont pas toujours satisfaisantes. De cette manière, les bruits de couloir pourraient cesser :

[...] *"ce collègue-là, il ne fait pas ça, celui-là ne fait pas ça etc.", tout ce que l'on peut entendre dans les bruits de couloir. Je trouve que ça serait tellement mieux de se poser et de se dire voilà on peut communiquer. Je trouve qu'il y en a qui n'ont "pas le courage", parfois d'affronter les personnes qui ont du caractère.* (I2)

4.2.11. Désinvestissement du personnel soignant

Selon les dires de certains intervenants, l'équipe soignante a l'impression qu'on ne lui fait pas confiance dans certaines situations ne correspondant pas aux soins, « *quand on leur demande si elles sont acteurs, elles nous disent qu'avant oui, mais que maintenant non, parce qu'elles se sentent moins écoutées. Les KEL² eux, se sentent très acteurs.* » (I4) Par ailleurs, l'un des intervenants pense que l'équipe soignante ne se sent pas assez écoutée : « *quand on ne tient pas compte de leur avis, ils se désinvestissent progressivement, et ça, c'est malheureux* » (I4), alors qu'à leurs yeux, la qualité de vie au travail est plus qu'importante pour favoriser le bien-être des professionnels. S'il y avait plus d'écoute et que chacun se sentait plus investi et acteur-moteur, la qualité de vie au travail serait déjà meilleure, a-t-elle ajouté. Comme écrit plus haut dans le travail de recherche, certaines infirmières et aides-soignantes dévalorisent leur rôle et se désinvestissent petit à petit. Si elles voyaient le sens de leur mission, elles seraient ravies de participer à ce sens global, selon une professionnelle.

4.2.12. L'insatisfaction des professionnels concernant les réunions multidisciplinaires

Tout d'abord, les réunions sont redondantes aux yeux des professionnels. En effet, un intervenant a signalé qu'ils ont parfois l'impression de répéter certaines choses sans réellement en apprendre davantage et qu'il arrivait que les réunions n'apportent pas d'éléments constructifs pour les soignants : « *mais il faut vraiment que les équipes du terrain puissent retrouver quelque chose et en retirer quelque chose de constructif.* » (I13) Et pour finir, selon une professionnelle, il y a des thèmes abordés qui parfois, ne sont pas pluridisciplinaires mais très fortement infirmiers, « *larfois on nous explique comment soigner une plaie, c'est très intéressant, mais ça n'intéresse que les infirmiers et personne d'autre qu'eux.* » (I13) Mais justement, selon elle, il faudrait faire des réunions axées sur tout le monde afin que tous les intervenants puissent en ressortir quelque chose de bénéfique et d'utile à leur travail.

De plus, dans certaines institutions étudiées, **le nombre de participants au sein des réunions est trop important** : « *Mais parce que là elles sont 9, 10, 11... Ça fait beaucoup pendant une réunion.* » (I3) Selon l'une d'entre elles, il serait préférable de réaliser les réunions avec des

² KEL: Kinésithérapeute, ergothérapeute et logopède

personnes référentes, car lorsque la réunion est composée de 10-12 personnes, cela ne permet pas toujours un échange favorable. De plus, un autre élément négatif perçu par différents intervenants d'une maison de repos est le fait que les infirmiers et aides-soignants ne soient pas présents au sein de la réunion : « *Je trouve vraiment que le fait que tout le monde ne soit pas représenté est assez négatif, ça manque quand même le point de vue des soignants* » (I11), « *il nous manque ces deux éléments-là de manière super importante. [...] Même si on les fait parler avant, il nous manque leur approche de manière spécifique.* » (I10) Selon les dires de nombreux intervenants, il est nécessaire d'avoir l'approche des soignants pour avoir cette vision du soin plus complète et qu'il y ait une meilleure prise en soin du résident.

Le manque d'organisation et de structure des réunions peuvent entraîner une insatisfaction auprès des intervenants : « *il faudrait mettre une ligne de conduite pour tout le monde, il n'y a pas vraiment de coordination puisqu'ici on va au plus pressé et au plus vite.* » (I4) De plus, les réunions présentées comme telles au sein de l'établissement correspondent davantage à un rapport de transmission plutôt qu'à une réunion multidisciplinaire où il pourrait y avoir un suivi correct des objectifs mis en place auparavant :

Pour moi, c'est plus un rapport de transmissions et non plus un rapport multidisciplinaire. En plus, on ne met pas d'objectif aux résidents. [...] Et la semaine suivante, on va refaire cette réunion là mais on ne va pas revoir le rapport de la réunion précédente pour voir si il y a eu un suivi correct par rapport à ça (I3).

Le manque de temps est également un problème au sein des trois établissements : « *On manque de temps. On fait la réunion à 11h, puis on regarde l'horloge, on se rend compte que l'on doit donner les dîners etc.* » (I1) Selon une logopède, le réel soucis c'est le timing, ce n'est jamais le moment pour faire des réunions car il y aura toujours des soins ou activités à réaliser. Il y a aussi cette notion de ponctualité, d'après plusieurs interviewés, certains professionnels n'arrivent pas toujours à l'heure, entraînant une perte de temps inutile et un temps de réunion qui est raccourci et qui devient donc trop court : « *Pour moi la plus grosse contrainte c'est quand la réunion commence plus tard et que du coup on a moins de temps.* » (I11)

Et pour finir, les **comportements de certains intervenants** peuvent aussi poser problème : « *un deuxième problème serait peut-être que toutes les disciplines n'osent pas toujours donner*

leur avis ou émettre des observations concernant un résident et qui, pourtant, est parfois très constructif. » (I1) Selon un sujet, il y a des professionnels qui ont un plus fort caractère et d'autres un plus faible et ces personnes-là se mettent dans un coin et personne ne les entend alors qu'elles peuvent avoir plein de choses intéressantes à dire :

Je pense qu'il y a des gens qui n'ont pas l'occasion de parler suffisamment, qui n'arrivent pas à s'imposer, ce qui est dommage car on perd bcp de temps parfois sur des détails et on en oublierait d'autres choses qui sont certainement aussi importantes. (I9)

Un second élément négatif mis en avant pendant les entretiens est le manque de respect au sein des réunions « *mais quand j'adresse la parole à quelqu'un qui ne me regarde même pas, ce n'est pas un manque de temps, il faut arrêter. Il faut garder le respect.* » (I9) « *J'aime pas trop ces réunions. Je trouve qu'il y a une façon de parler qui ne me plaît pas, chez certaines personnes.* » (I8)

3.3. Présentation des résultats issus de l'observation des réunions pluridisciplinaires

Suite à la situation sanitaire actuelle, le chercheur n'a pu assister qu'à deux réunions à la place de trois initialement prévues. La collecte des données a été synthétisée et présentée ci-dessous, et les résultats ont été utilisés pour suggérer quelques pistes d'amélioration concernant les réunions et le travail collaboratif. Les observations ont été réalisées sur base des critères de la qualité de vie au travail, notamment à travers la qualité du contenu du travail, de l'organisation du travail, de l'environnement physique et des relations sociales.

Critères QVT ³	MR(S) 1	MR(S) 2
La qualité du contenu du travail	<p>Chaque discipline prend-elle la parole ? Selon les observations réalisées, cela dépend des caractères de chaque personne. Certaines professions ont tout de même plus tendance à parler et à prendre la parole que d'autres. Les soignants (infirmières et aides-soignantes) sont plus nombreux, et la conversation est très orientée vers les soins.</p> <p>Comment l'équipe travaille-t-elle sur une tâche ? Au sein de cet établissement, selon les observations faites, l'infirmière en chef guide la réunion. La discussion se construit selon les résidents dits</p>	<p>Chaque discipline prend-elle la parole ? Selon les observations du chercheur, une discipline était très en avant, au détriment des autres professions.</p> <p>Comment l'équipe travaille-t-elle sur une tâche ? Selon les observations faites au sein de la réunion, il y avait peu d'organisation, la réunion était peu structurée et les sujets déviaient à certains moments. Selon le chercheur, il y avait un manque structuration entre les intervenants, chacun discutait des</p>

³ QVT : Qualité de vie au travail

	<p>« problématiques ». Il y a une secrétaire qui prend note et envoie le PV à tous les professionnels attachés à l'établissement. À certains moments de la réunion, il manque un fil conducteur et de l'organisation.</p> <p>Quel est le contenu des réunions ? La réunion se concentre principalement autour des résidents problématiques, il n'y a pas de conversations personnelles.</p>	<p>résidents qu'ils pensaient problématiques et il y avait peu de cohérence entre les discussions sur chaque résident.</p> <p>Quel est le contenu des réunions ? Les discussions sont orientées résidents, puis les professionnels parlent des activités et reviennent aux problèmes des résidents. Selon le chercheur, il faudrait une personne qui mène un peu la réunion afin de rester centrés sur les résidents dits « problématiques ».</p>
<p>La qualité de l'organisation du travail</p>	<p>Quel est le nombre de participants ? Dix professionnels étaient présents ainsi que le chercheur</p> <p>À quel moment de la journée ? La réunion se déroule le mardi matin à 11h.</p> <p>Quel est le comportement des intervenants ? Selon les observations faites, chaque intervenant voulait expliquer ses faits et parfois au détriment des autres disciplines. Il n'y a pas de tour de table pour récolter les informations de tout le monde.</p> <p>Quelle discipline est la plus présente ? Les soignants.</p>	<p>Quel est le nombre de participants ? La réunion est composée de neuf personnes : deux psychologues, deux infirmiers en chefs, une ergothérapeute, une logopède, le médecin coordinateur, une stagiaire et le chercheur.</p> <p>À quel moment de la journée ? La réunion se déroule le mardi après-midi de 14h à 16h</p> <p>Quel est le comportement des intervenants ? Selon les observations réalisées par le chercheur, il y avait un manque d'écoute entre les professions.</p> <p>Quelle discipline est la plus présente ? Les infirmiers en chefs et les psychologues, mais selon les observations, ce n'était pas eux qui parlaient le plus.</p>
<p>La qualité de l'environnement physique</p>	<p>La réunion s'est déroulée dans le bureau des infirmières, une salle équipée d'ordinateurs. Selon le chercheur, c'est une salle relativement petite pour le nombre de professionnels présents. La réunion ne se déroule pas dans une salle adaptée selon le chercheur, car la disposition des tables ne permet pas d'avoir une vision sur tous les professionnels présents. Cependant, la réunion se déroule dans une pièce très lumineuse.</p>	<p>La réunion s'est déroulée dans la petite chapelle, toutes les professions étaient placées en cercle, il n'y avait pas de table. Tous les intervenants étaient assis sur une chaise, certains sur des tables. L'endroit où étaient conviés les professionnels n'était, selon les observations du chercheur, pas un endroit adapté à une réunion pluridisciplinaire.</p>
<p>La qualité des relations sociales</p>	<p>Selon les observations, on ne peut pas vraiment donner d'information à ce sujet, car les discussions sont centrées sur les résidents. L'écoute et le respect sont très présents durant la réunion.</p>	<p>Selon les observations, on ne peut pas vraiment donner d'information à ce sujet, car les discussions sont centrées sur les résidents. L'écoute et le respect sont très présents durant la réunion.</p>

4. Discussion

4.1. Discussion des résultats :

Il convient maintenant, sur base des résultats présentés, de répondre à la question de recherche : « En quoi le travail collaboratif en MR(S), entre autres au travers des réunions multidisciplinaires, a un effet sur la qualité de vie au travail des professionnels? ». Deux analyses SWOT ont été rédigées et placées en annexe. L'une porte sur l'approche multidisciplinaire et l'autre sur les réunions multidisciplinaires. Ces deux analyses ont permis de réaliser la discussion et de faire émerger des pistes d'amélioration pour favoriser la multidisciplinarité et la qualité de vie au travail des professionnels.

Tout d'abord, dans le discours des professionnels rencontrés, le travail d'équipe collaboratif permet de **diminuer la charge physique et mentale** des professionnels. En effet, il permet une meilleure connaissance des rôles et des missions de chacun, amenant à une confiance mutuelle entre les disciplines et à une délégation plus facile de certaines tâches, permettant ainsi d'alléger la charge de travail des professionnels. Dans leur étude, Youngwerth et Twaddle (7) mettent en avant cette **confiance** comme indicateur le plus important pour un travail d'équipe collaboratif réussi. Selon Finkelman, cité par Samuel Ndoro (17), les intervenants sont plus familiers avec les missions de chacun et ceci améliore la communication au sein du personnel. Les professionnels sont plus à même de collaborer ensemble et cela mène à une **meilleure prise en soin des patients**. Comme l'indique l'étude de Shaw et al., les conflits dans ce travail collaboratif peuvent être causés par une mauvaise compréhension des rôles de chacun et une description des missions et des fonctions peu claires (35). Lorsque ceux-ci ne sont pas suffisamment compris par l'équipe, cela peut entraîner une souffrance chez certains intervenants, selon les dires d'une logopède.

Pour qu'une institution ait un fonctionnement positif et sain, il est primordial que cette différence de fonction professionnelle soit opérante (36). De plus, cela permet à chacun de percevoir les différentes disciplines comme complémentaires afin qu'aucun ne se sente menacé dans son travail et c'est là que cette clarification a toute son importance. Une réunion ne pourrait pas être suffisante si elle n'est pas accompagnée d'une démarche permettant de différencier chaque fonction (36). Cette connaissance des différents rôles amène un plus large

éventail des compétences, augmentant ainsi l'accès aux soins (19)(23). D'après les intervenants interviewés, les infirmières et aides-soignantes se désinvestissent progressivement suite à un manque de connaissance et de compréhension des rôles et missions de chacun. Selon Wiles et Robinson cités par Xyrichis et al., le manque de compréhension des rôles constitue un obstacle au bon déroulement du travail d'équipe et favorise les conflits professionnels et les différences entre les membres du personnel (20).

La multidisciplinarité permet également de favoriser le **soutien mutuel** au sein de l'équipe, entre autres, par la prise de décision commune et non plus individuelle. Cette responsabilité collective permet de décharger la responsabilité sur toute l'équipe et non plus sur une seule personne, impliquant tous les membres du groupe dans cette prise de décision. De cette façon, cela permet d'alléger la charge mentale des professionnels. Cependant, elle peut amener à une responsabilité non désirée de certains intervenants qui n'étaient peut-être pas présents le jour de cette décision.

Un point supplémentaire relevé des réunions est le **partage d'informations**, visant une richesse et un partage de points de vue pour soulever les problèmes rencontrés et y amener une solution en équipe. Comme le mentionne l'article du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, cette communication vise à aider au partage d'informations entre les professionnels de santé afin d'améliorer les voies d'orientation concernant la prise de décision (16). Les équipes s'entraident et se soutiennent dans la prise de décision, mais il y a également le soutien du médecin coordinateur qui est perçu comme très important. Selon la littérature, si un médecin s'implique correctement dans un travail d'équipe, cela peut être un puissant levier pouvant faire avancer le travail (9). À l'inverse, un médecin qui est très imposant au sein d'un groupe, peut entraîner certaines rétractions des professionnels. Ceux-ci n'osant pas communiquer correctement avec l'équipe car ils sont face à un médecin « big boss » qui ne laisse pas nécessairement de la place aux autres intervenants (9).

Cette confiance accordée aux prestataires permet à ceux-ci de se **sentir plus valorisés** au sein de leur fonction et de l'équipe. Comme l'a mentionné une professionnelle interviewée, l'aide-soignante qui a fait trois fois la toilette de Mr X, est enfin écoutée par le médecin traitant et coordinateur de l'établissement. Comme mentionné par Harris et al. dans leur étude, les

relations interprofessionnelles se sont renforcées et améliorées. Au début, le médecin généraliste ne faisait pas entièrement confiance aux praticiens, il faisait tout le travail lui-même. Aujourd'hui, ils sont plus à même de faire référence aux différentes disciplines et peuvent voir la valeur de leur participation (6). Selon les intervenants et la littérature, cette valorisation au travail, perçue comme essentielle aux yeux des personnes interviewées, est due également à cette clarification des rôles de chacun, permettant à chaque prestataire de soin de connaître les responsabilités de leurs collègues et leur utilité au sein des établissements. Dans l'étude d'Harris et al., un médecin a dit : « *Le travail d'équipe rend la pratique durable, cela veut dire que tout ne repose pas sur les épaules du généraliste. Cela signifie que tous les membres de l'équipe sont appréciés pour ce qu'ils font, ce qui engendre le bonheur du personnel.* » (6)

Les personnes interviewées mettent en évidence **l'importance de chaque professionnel** au sein de la prise en soin des patients : « *En fait moi, je pense que, quelle que soit la fonction du membre du personnel, les avis de tous sont importants.* » (I14) Dans le discours des interviewés, les professionnels sont considérés comme uniques et il est primordial que tous les intervenants soient impliqués dans la prise de décision afin de fournir les meilleures décisions concernant les soins aux patients : « *je vais surtout dire que tout d'un coup l'avis d'une aide-soignante [...], d'une technicienne de surface est important et pas seulement de l'infirmière chef quoi. De ce côté-là, c'est hyper important* » (I14). En effet, selon une interviewée, cette **maximisation des soins** amenés par la multidisciplinarité ne pourrait pas avoir lieu sans la collaboration permanente des différents membres de l'équipe. Selon la littérature, des études de cas publiées soutiennent l'idée que ce travail collaboratif conduit à de meilleurs résultats pour la santé tant des patients que des professionnels de la santé. En effet, cette collaboration entre les différents membres de l'équipe améliore le transfert de connaissances, le partage d'informations et la prise de décision, pouvant améliorer les processus de soins ainsi que les résultats cliniques, et permet également de favoriser la satisfaction des professionnels de la santé quant aux processus de soins (1)(7).

Cependant, le **désinvestissement des soignants** est également à souligner. Selon certains intervenants, les soignants pensent qu'ils ne sont pas écoutés ou qu'ils ne peuvent pas s'exprimer et donc dévalorisent leur rôle au sein du travail d'équipe. La littérature met en

évidence que certaines infirmières ne se considèrent pas toujours comme ayant un rôle ou un pouvoir égal à celui des autres membres de l'équipe, surtout face aux membres médicaux. Ceci pourrait entraîner une atmosphère dans laquelle les soignants ne seraient pas écoutés et ne pourraient pas exprimer leur opinion (23).

La **communication inter-équipe** pose également problème, tant au sein des réunions qu'au sein de l'équipe. Certains professionnels mettent en avant ce maillon manquant suite à un nombre trop important d'intervenants au sein de la réunion, ou tout simplement à des difficultés de communiquer au sein de l'équipe. Or, selon l'étude de Youngwerth et Twaddle, la communication est le facteur prédominant qui facilite ce travail collaboratif. Selon ces deux auteurs, elle est facilitée via des réunions multidisciplinaires, mais comme énoncé dans les résultats, cette communication n'est pas optimale dans chaque MR(S) et peut parfois entraîner une forme d'insatisfaction des intervenants (7). En effet, une kinésithérapeute s'est penchée sur ce problème et a émis la solution de réaliser davantage de réunions inter-équipes pour arrêter certains bruits de couloir. C'est ce que met en avant leur étude : les réunions permettent d'éliminer les obstacles professionnels, de résoudre les conflits entre collègues et d'améliorer cette communication inter-équipe. Cette dernière est au cœur de ce travail d'équipe et si elle est manquante ou insuffisante, cela peut amener à une collaboration inefficace et peut également affecter les soins prodigués aux patients. La littérature montre que le manque de communication peut être responsable jusqu'à 70% des erreurs dans les soins de santé (7).

En outre, l'insatisfaction concernant certains points de la réunion est à mettre en avant. Tout d'abord, la **manière dont se comportent et communiquent** certains professionnels ne permet pas à d'autres de s'épanouir au sein des réunions. En effet, selon leurs dires, les réunions ont cette faiblesse, que les personnes plus timides et aux caractères plus faibles n'oseront pas toujours donner leur avis et seront peut-être plus en retrait face à des caractères beaucoup plus forts. De plus, entre la **contrainte de temps** et les **contraintes organisationnelles**, le **personnel soignant manque** également aux réunions. Au sein d'un établissement, les infirmiers et aides-soignants ne sont pas présents, ils sont représentés par les chefs infirmiers, mais les intervenants jugent nécessaire leur présence au sein des réunions multidisciplinaires car selon eux, il manque leurs points de vue. Un autre élément mentionné ci-dessus est la

contrainte temporelle des réunions, car soit la réunion est organisée à une heure qui n'est pas favorable à la venue et à la concentration de chaque intervenant, soit la réunion est très courte et le temps manque.

Et pour finir, le **nombre important de professionnels** présents au sein de la réunion marque également une insatisfaction auprès de certains d'entre eux. En effet, pour certains, se retrouver à dix ou douze ne rend pas la communication facile, il serait plus intéressant selon eux qu'il y ait un représentant par discipline au sein des réunions. Pour d'autres intervenants, le temps de parole semble équilibré, chacun prend la parole au besoin et le chef infirmier mène un tour de table auprès des différentes disciplines pour s'assurer que chaque membre du personnel ait émis son idée et donné son avis.

Pistes d'amélioration

Ces recommandations sont issues des différentes observations faites sur le terrain lors des réunions multidisciplinaires, ainsi qu'au travers des différents entretiens réalisés.

Suggestions quant à la gestion des réunions multidisciplinaires :

- Afin de ne plus se retrouver à dix ou douze professionnels autour d'une table, il serait intéressant de diminuer le nombre de personnes qui participent à la réunion. Selon une interviewée, il faudrait prévoir un représentant pour chaque fonction, pouvant être différent chaque mois. Les professionnels auraient le devoir de noter sur une feuille de réunion, les points qu'ils aimeraient que l'on aborde pendant la réunion ;
- Une rencontre par étage pourrait également être envisagée afin de rassembler les professionnels impliqués dans la prise en soin des résidents occupant l'étage intéressé. Ce qui permettrait de cette façon de réaliser une réunion avec un nombre adéquat de professionnels ;
- Pour qu'une réunion pluridisciplinaire soit complète et optimale, il est nécessaire d'inclure le personnel soignant, d'entretien et de cuisine. Comme l'ont mentionné plusieurs intervenants durant leur interview, ces disciplines peuvent avoir des informations importantes à transmettre pour favoriser le bien-être des résidents ;
- Pour éviter de perdre du temps inutilement au cours des réunions, il serait bénéfique de les préparer. Quelques jours avant celles-ci, les représentants auraient le devoir de

s'interroger sur les résidents ainsi qu'auprès de leurs professionnels afin de déceler les aspects à discuter ;

- La multidisciplinarité nécessite un chef d'orchestre qui puisse garantir une place pour chacun au sein des réunions, des limites et des missions précises ainsi qu'une place au sein de la structure pour chaque intervenant. De plus, ce leadership imposerait un temps de parole obligatoire à chacun durant les réunions, afin de déceler et de récolter les avis de toutes les personnes présentes ;
- Un aspect négatif des réunions multidisciplinaires est le lieu de la réunion. Selon les observations réalisées durant deux réunions multidisciplinaires, ces dernières ne se passent pas dans un endroit convivial. Il serait préférable de réaliser cette réunion dans une salle appropriée et destinée aux réunions, avec notamment des boissons telles que du café ou de l'eau et des petites confiseries ou autres ;
- Selon les dires d'une intervenante, il serait jugé nécessaire de mettre en place des réunions où les sujets seraient d'ordre plus éthiques, où tout le monde pourrait y apporter son savoir et ses compétences afin de trouver une solution riche au travers de tous ces métiers ;

Suggestions pour favoriser la multidisciplinarité

- Pour éviter qu'il y ait des problèmes inter-équipes, il est important que les missions, rôles et responsabilités de chacun soit connus. Pour cela, il sera intéressant de réaliser des formations en équipe afin que ces missions soient connues ;
- Il serait également opportun de mettre en place l'apprentissage de ce système collaboratif, au moyen de formations, dès le début des stages afin de familiariser les stagiaires à ce travail d'équipe collaboratif.

4.2. Perspectives, limites et biais de l'étude

Cette étude permet de mettre en évidence une tendance qui ouvre des perspectives d'avenir sur l'importance d'améliorer le travail collaboratif pour favoriser la qualité de vie au travail des professionnels. Il serait pertinent de réaliser une étude à plus grande échelle en recrutant plus de soignants que dans l'étude initiale, cela afin d'établir et de confirmer les effets apportés par cette approche sur la qualité de vie au travail des différents intervenants.

La limite principale de l'étude est la taille de l'échantillon qui s'est vu réduire de moitié suite à la crise sanitaire et le manque de temps. Avant la mise en place de nouvelles mesures gouvernementales, l'échantillon devait comporter entre 25 et 30 entretiens. Cependant, au vu des mesures prises et de la fermeture des établissements étudiés, l'échantillon a dû être réduit de moitié. Ce dernier devait être composé d'infirmières et aides-soignantes, mais au vu de l'ampleur des dégâts de la deuxième vague au sein des établissements pour aînés, les soignants se sont vite retrouvés dans une situation de débordement.

Une seconde limite à citer concerne le codage des données qui a été réalisé uniquement par le chercheur. Idéalement, une ou deux personnes supplémentaires auraient dû coder ces données avec le chercheur afin de mettre en commun les données et de cette manière, d'augmenter la validité interne de l'étude.

Les biais méthodologiques

- Le premier biais identifiable est le biais de sélection. En effet, la participation est faite sur base volontaire, et en ces temps de crise sanitaire, les infirmières et aides-soignantes ne répondaient pas à la demande. Seuls les professionnels acceptant la demande ont été interviewés ;
- Un second biais à citer est le biais d'admission. En effet, au début de la recherche, l'étude devait se composer de trois MR(S), une au pouvoir associatif, une privée et une commerciale. Cependant, au vu de la crise sanitaire qui nous touche depuis mars 2019, seulement trois réponses positives ont été reçues et il n'était donc pas possible de choisir dans quel pouvoir se trouvaient les établissements ;
- Un biais supplémentaire identifié est le biais d'échantillonnage. En effet, la méthode d'échantillonnage initialement prévue par le projet s'est vue compromise suite à cette pandémie de Covid-19. L'échantillon devait être composé de tous les professionnels participant aux réunions multidisciplinaires, mais les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s n'ont pas pu faire partie de l'étude. Malgré cela, l'échantillon présentait une belle variété de profils, permettant une récolte de données riches et variées.
- Un dernier biais est celui lié aux entretiens. En effet, les entretiens devaient se dérouler en face à face au sein des établissements pour aînés. Cependant, suite à l'arrivée

importante de la deuxième vague de la Covid-19, les établissements ont fermé leurs portes aux externes et les entretiens ont dû se dérouler par appels téléphoniques et via des plateformes telles que Skype et What'sApp, amenant une approche et un contact différents avec la personne interviewée.

Cette recherche s'articule entre autres, autour du bien-être des professionnels au travail. Le contexte inhabituel dans lequel les entretiens se sont déroulés est également à prendre en considération. La pandémie, le confinement, les décès au sein des établissements pour aînés, le manque de personnel dû à cette crise sanitaire, constituent une période stressante, insolite et éprouvante pour les professionnels rencontrés.

5. Conclusion

Au fil du temps et de l'importance des maladies chroniques, il a fallu trouver des techniques pour prendre soin des patients plus efficacement, afin de garantir le bien-être et l'accompagnement qu'ils méritent. Les personnes âgées ayant de multiples pathologies nécessitent dorénavant un travail de collaboration entre diverses disciplines pour maximiser les soins et le confort des personnes. C'est en travaillant tous ensemble, en collaboration que le prendre soin est alors favorisé. Tant en maison de repos qu'à l'hôpital, le bien-être des soignants et la qualité des soins sont deux éléments qui vont de pair. C'est pour cette raison que l'étude s'est portée sur les répercussions de ce travail collaboratif sur la qualité de vie au travail des professionnels.

À l'unanimité, ce travail d'équipe multidisciplinaire permet de réduire la charge de travail physique et mentale des intervenants. Cet allègement est amené par une compréhension des rôles et des missions de chacun qui semble primordiale pour les professionnels. De par cette connaissance et cette clarification, cela amène à une confiance mutuelle et une délégation plus aisée des tâches. Cette recherche permet de comprendre et de prendre conscience à quel point toutes les disciplines sont importantes et peuvent apprendre les unes des autres. Une complémentarité des métiers doit être mise en avant afin de fournir une approche et une vision du soin optimales. Elle doit être réalisée dans un esprit de collaboration, d'entraide, de soutien et de respect mutuel. Ce travail d'équipe collaboratif, notamment au travers des

réunions, permet à chacun d'être entendu et d'être écouté, permettant une revalorisation de certaines disciplines et favorise le sentiment d'utilité au sein du groupe.

Les réunions apportent le bien-être des professionnels car elles permettent à chacun d'être entendu et compris dans sa fonction. Cette connaissance des rôles et des missions de chacun amène à une complémentarité des métiers étant bénéfique et essentielle tant pour les professionnels que pour la prise en soin des résidents. Ces réunions apportent également un soutien à tous les professionnels et renforce les liens inter-équipe. Cependant, il arrive que les soignants ne se rendent pas réellement compte du bénéfice que cela pourrait leur rapporter et se désinvestissent donc doucement.

6. Bibliographie

1. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2017; 48: 207-216. DOI: 10.1016/j.jmir.2017.02.071
2. Van Dongen J.J.J., Van Bokhoven M.A., Daniëls R, Lenzen S.A., van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Family Practice*. 2016; 34: 98106. DOI:10.1093/fampra/cmw106.
3. Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 2013 ; 11 :19. Viewed on 14 December 2019, < <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19>>.
4. Verbeek H, Van Rossum E, Zwakhalen SMG, Kempen GIJM, Hamers JPH. Small, homelike care environments for older people with dementia: A literature review. *International Psychogeriatric*. 2009 ; 21(2) : 252-64. DOI : 10.1017/S104161020800820X.
5. Fauquert B, Drielsma P, Prévost, M. Pluri-,multi-,inter-,trans- ou in-disciplinarité ? *Fédération des maisons médicales*. 2016. Viewed on 18 March 2020, < <https://www.maisonmedicale.org/Pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite.html>>.
6. Harris M.F., Advocat J, Cabtree B.F., Levesque J-F, Miller W.L. Gunn J.M., Hogg W, Scott C.M., Chase S.M., Halma L, Russell G.M. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016; 9: 35-46. DOI : 10.2147/JMDH.S97371.

7. Youngwerth J, Twaddle M. Cultures of interdisciplinary teams: how to foster good dynamics. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(5): 650-4. DOI: 10.1089/jpm.2010.0395
8. Mahdizadeh M, Heydari A, Moonaghi H.K. Clinical interdisciplinary collaboration models and frameworks from similarities to differences: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science*. 2015; 19;7(6): 170-80. DOI: 10.5539/gjhs.v7n6p170.
9. O'reilly P, Hwa Lee S, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, 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). DOI : 10.1371/journal.pone.0177026.
10. Tremblay D, Roberge D, Touati N, Maunsell E, Berbiche D. Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care. *BMC Health Services Research*. 2017; 17: 218. DOI: 10.1186/s12913-017-2166-7.
11. Bokhour B. Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about? *Journal of Interprofessionnel Care*. 2006; 20: 349-363. DOI : 10.1080/13561820600727205.
12. Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodriguez D, Sanchez-Reilly, S.E. Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaboration Practices and Barriers. *Sage Journals*. 2010; 20(1): 93-104. DOI : 10.1177/1049732309355287.
13. Papathanassoglou E, Karanikola M, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran J.J. Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care-American Association of Critical-Care Nurses*. 2012; 21(2): 41-52. DOI : 10.4037/ajcc2012205

14. Van Dongen J.J.J., Gerarda I, Beurskens A, van Bokhoven M.A. Successful participation of patients in interprofessional team meetings: a qualitative study. *Health Expectations*. 2016; 20(4). DOI: 10.1111/hex.12511

15. Dupuy L. Co, mult,inter, ou trans-disciplinarité ? La confusion des genres. *Université de Pau et des Pays de l'Adour*. Viewed on 18 March 2020, < <https://web-new.univ-pau.fr/RECHERCHE/CIEH/documents/La%20confusion%20des%20genres.pdf>>.

16. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives. *Health services research*. 2015. Viewed on 20 May 2020, <<https://biblio.ugent.be/publication/5812104/file/5812105>>.

17. Ndoro, S. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*. 2014. Viewed on 10 May 2020, <https://www.researchgate.net/publication/316856604_Effective_multidisciplinary_working_the_key_to_high-quality_care>.

18. Fewtser-Thuente L. Working Together Toward a Common Goal: A Grounded Theory of Nurse-Physician Collaboration. *Medsurg Nurs*. 2015; 24(5): 356-62. Viewed on 3rd January, < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26665873> >.

19. Bronstein L. Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work - Oxford Academic*. 2003; 48(3^o): 297-306. DOI :10.1093/sw/48.3.297.

20. AViQ. Règlementation : applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie. Viewed on 26 December 2020, < http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf >.

21. Xyrichs A, Lowton F. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Journal internationale d'études infirmières*. 2008 ; 45(1) : 140-153. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015.
22. Pype P, Mertens F, Belche JL, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, Deveugele M. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. *Journal européen de pratique Générale*. 2017 ; 23(1) : 156-164. DOI: 10.1080/13814788.2017.1323081
23. Inconnu. Soins aux personnes âgées. *Belgique en bonne santé*. 2019. Viewed on 20 December, <<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees> >.
24. Atwal A. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*. 2006 ; 12(6). DOI : 10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x.
25. Harrad R et Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Act Biomed for Health Professions*. 2018 ; 89(7) : 60-69. DOI : 10.23750/abm.v89i7-S.7830
26. Leonard J-M. Les conditions de travail du personnel soignant. *Fédération Maisons Médicales*. 2019. Viewed on 10 May 2019, <<https://www.maisonmedicale.org/12-Les-conditions-de-travail-du.html> >.
27. Dimitriadou A, Theofanadis D, Lavdaniti M, Psychogiou M. Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. 2008. Viewed on 4 January 2020, <https://www.researchgate.net/publication/47374428_Interprofessional_collaboration_and_collaboration_among_nurses_in_Northern_Greece >.

28. Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail. 10 questions sur la qualité de vie au travail. 2016. Viewed on 20 March 2019, < <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail> >.
29. Brunault P, Fouquereau E, Gillet N. Qualité de vie au travail. 2012. Viewed on 26 March 2019, < <https://www.researchgate.net/publication/236329969> Qualite de vie au travail >.
30. Filion J, Mercier C. La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*. 1987 ; 12(1) : 135-143. DOI : doi.org/10.7202/030380ar
31. Houbre B, Kivits J. Inverstigation en santé publique : méthodes qualitatives – Principes et outils. Viewed on 16 July 2020, < https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyser_sens.html >.
32. Pétré B, Voz B. Séminaires méthodologiques intégratifs - Approche qualitative. Notes de cours. 2020. Viewed on 16 July 2020, < https://my.uliege.be/portail/MPDIV/infosCoursForEtudiant.do?as_anacad=20192020&as_codCoursDecl=MMEM0750-1&as_tabCur=NOLI >.
33. Baribeau C, & Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. 2012. Viewed on 16 July 2020, < <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar/> >.
34. Ayerbe C, Missonier A. Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. 2007. Viewed on 25 July, <<https://apprendre.auf.org/wp-content/opera/13-BF-References-et-biblio-RPT-2014/Validité%20interne%20et%20validité%20externe%20de%20l'étude%20de%20ca.pdf>>.

35. Shaw M, Heyman B, Reynolds L, Davies J, Godin P. Multidisciplinary teamwork in a UK regional mental health unit: a matter for negotiation ? *Social Theory & Health*. 2007 ; 5(4) : 356-377. Doi:10.1057/palgrave.sth.870010.
36. Gibowski, C. Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place. *Revue clinique*. 2012 ; 3(1) : 84-95. Viewed on 12 December 2020, < <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-1-page-84.htm> >.