

---

## L'organisation de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile - Étude de cas au sein d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Ware

**Auteur :** Degroede, Florine

**Promoteur(s) :** Jemine, Grégory

**Faculté :** Faculté des Sciences Sociales

**Diplôme :** Master en gestion des ressources humaines, à finalité spécialisée en "politique et management RH"

**Année académique :** 2022-2023

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/17660>

---

### *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.*

---

NOM : DEGROEDE

Prénom : Florine

Matricule : s213202

Filière d'études : Master en Gestion des Ressources Humaines à finalité Politique et Management RH

## Mémoire de fin d'études

L'organisation de la collaboration interprofessionnelle  
dans le secteur de l'aide et des soins à domicile

-

Etude de cas au sein d'Aide & Soins à Domicile  
Liège-Huy-Waremme

Promoteur : JEMINE Grégory

Lectrice interne : KUBURAS Indira

Lecteur externe : PRÉVOT Timothy

## Remerciements

Avant toute chose, je tiens particulièrement à remercier Monsieur Grégory Jemine, mon promoteur, pour ses relectures, son écoute, ses judicieux conseils ainsi que ses pistes de réflexion tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je remercie Madame Indira Kuburas, ma lectrice, et Monsieur Timothy Prévot, Directeur Général d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, pour leurs relectures et leurs conseils.

Je suis également reconnaissante envers les collaborateurs d'Aide & Soins à Domicile qui m'ont consacré de leur temps pour les divers entretiens et pour me faire part de leurs suggestions. Sans eux, la construction de ma partie empirique n'aurait pas été possible.

En outre, je remercie ma maman, mon grand-père, ma cousine Roxane et Julie qui ont pris le temps de relire consciencieusement mon mémoire.

Enfin, je souhaite adresser mes remerciements à mes parents, mes grands-parents et mon petit-ami pour leur soutien tout au long de ce travail et, plus globalement, tout au long de mon parcours scolaire qui touche à sa fin.

Par la même occasion, j'exprime toute ma gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

*« Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite. »*

Henry Ford [1863 - 1947]

## Table des matières

Liste des abréviations .....	5
Introduction .....	6
1. Revue de la littérature .....	9
1.1. Origine de la collaboration interprofessionnelle .....	9
1.2. Clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle .....	11
1.3. Enjeux de la collaboration interprofessionnelle .....	11
1.4. Obstacles liés à la collaboration interprofessionnelle .....	12
1.5. Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux .....	14
1.6. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle .....	17
2. Méthodologie .....	23
2.1. Présentation du cas : Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme .....	23
2.2. Collecte de données .....	28
3. Partie empirique .....	32
3.1. Projet Aide & Soins à Domicile .....	32
3.2. Acteurs impliqués au sein de la CIP à l'ASD .....	35
3.3. Mise en place et organisation de la CIP à l'ASD .....	39
3.4. Enjeux de la CIP .....	47
3.5. Obstacles rencontrés durant la CIP .....	49
4. Analyse des données empiriques .....	54
4.1. Les pratiques de collaboration .....	54
4.2. Les facteurs qui impactent la collaboration interprofessionnelle .....	55
5. Discussion .....	60
Conclusion .....	64
Bibliographie .....	66
Annexes .....	70

## Table des figures

Figure 1 – Schéma illustrant les difficultés rencontrées par les membres d'une équipe dans le cadre du travail en équipe interprofessionnelle (Kvarnström, 2008) traduit par l'étudiante .....	13
Figure 2 – Continuum des pratiques de CIP en santé et services sociaux (Careau et al., 2014) .....	15
Figure 3 - Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle (Gerber et al., 2018).....	18
Figure 4 - Le modèle à quatre dimensions de collaboration (D'Amour et al., 2008) traduit par l'étudiante le 02/04/2023 .....	20
Figure 5 - Carte des centres d'Aide & Soins à Domicile .....	23
Figure 6 - Territoire couvert par l'ASD Liège-Huy-Waremme .....	24
Figure 7 – Schéma illustrant l'unité technique d'exploitation de l'ASD réalisé par l'étudiante le 05/05/2023.....	25
Figure 8 - Organigramme de l'ASD Liège-Huy-Waremme réalisé par l'étudiante le 03/05/2023 .....	27
Figure 9 - Description de l'échantillon .....	31
Figure 10 – Schéma illustrant les acteurs impliqués au sein de la CIP à l'ASD réalisé par l'étudiante le 20/04/2023.....	35
Figure 11 - Schéma illustrant les personnes concernées par le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire .....	43

## Liste des abréviations

AF	aide familiale
AMS	aide ménagère sociale
AS	assistante sociale
ASD	Aide & Soins à Domicile
AVJ	Aide à la Vie Journalière
CIP	collaboration interprofessionnelle
CJB	Croix Jaune et Blanche
FASD	Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
GAD	garde à domicile
GLS	Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile
SI	Soins Infirmiers
UTE	unité technique d'exploitation

## Introduction

Aujourd'hui, nous devons faire face à un vieillissement croissant de la population. Il en résulte que les individus sont parfois victimes d'une accumulation de pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'arthrose et les troubles mentaux ; nombre de pathologie qui peuvent diminuer leur autonomie et, ainsi, générer un besoin d'aide et de soins (Nguyen, 2019 ; Paulus et al., 2012). Dans le but d'améliorer la situation et l'état de santé du patient, plusieurs professionnels disposant de compétences diverses sont sollicités et amenés à fournir un intense travail de collaboration dans le but d'optimiser sa prise en charge et son suivi. Les professionnels de la santé poursuivent leur travail dans un but commun qui est d'assurer un suivi cohérent du patient. Cette collaboration entre en jeu dans le contexte d'une prise en charge de la situation globale du patient et non uniquement d'une pathologie ou d'un problème spécifique. De plus, par la mise en place de cette collaboration, plus de dimensions sont prises en compte et permettent la prévention de certaines maladies. Grâce à leurs échanges et contacts, les professionnels s'enrichissent perpétuellement (Somasse et al., 2012).

Quant à la volonté des bénéficiaires, la plupart souhaitent rester dans leur environnement, c'est-à-dire à leur domicile le plus longtemps possible. Par conséquent, en cas de besoin, ils ont recours aux aides et aux soins à domicile. D'après l'enquête de santé Sciensano, en 2013, 8,6% et en 2018, 11,2% de la population Belge de 65 ans et plus ont eu recours aux services de soins et d'aide à domicile<sup>1</sup>. Leur domicile est un lieu rassurant et rempli de souvenirs, leur laissant leur liberté, ce qui est bénéfique notamment pour leur santé mentale. Certains s'épanouissent au sein d'institutions telles que les maisons de retraite alors que d'autres sont déboussolés dès leur arrivée, cela dépend des envies et des besoins de chacun. Puisque les soins à domicile sont effectués sur demande, ils sont adaptés aux besoins des bénéficiaires contrairement aux institutions régies par de nombreuses réglementations (Tarricone & Tsouros, 2008). La possibilité d'être maintenant hospitalisé à domicile explique, de facto, l'augmentation des demandes. Le choix du domicile peut être également une volonté de leurs proches car la société évolue, les carrières sont de plus en plus longues ce qui ne permet pas aux familles de s'occuper de leurs aînés comme par le passé. De plus, le montant mensuel d'hébergement en maisons de retraite ne cesse de croître et les places sont limitées. En raison de ces différentes évolutions sociétales, les demandes ne cessent d'augmenter auprès des prestataires d'aide et de soins à domicile. Ces derniers sont ainsi amenés à revoir leur manière de s'organiser tout en maintenant un équilibre entre des soins de qualité et une certaine efficacité (Eckenschwiller et al., 2022). Une des réponses possibles à cette problématique est la collaboration interprofessionnelle, car elle propose « *une approche novatrice face aux schémas classiques d'organisation du travail* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p.2). Cette collaboration permet aux travailleurs d'innover et de résoudre des problèmes complexes. Plusieurs

---

<sup>1</sup> Toutes ces informations sont expliquées plus en détail dans le rapport « Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile » de Sciensano : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-services-a-domicile-et-daide-a-domicile>



auteurs ont souligné que créer des équipes de travail n'étaient pas suffisants pour améliorer les compétences ou l'efficacité collective. C'est une construction collective du travail qui entre en jeu et se révèle plus complexe, il s'agit de la collaboration interprofessionnelle (MacIntosh & McCormack, 2001 ; D'amour et al., 2005). Cependant, malgré les avantages qu'elle propose, sa mise en place reste parfois complexe en fonction des conceptions du patient, des besoins et des pratiques parfois diverses, portées par les acteurs de la collaboration interprofessionnelle (González-Martínez & Bulliard, 2018). Les difficultés rencontrées sont également liées à la taille de l'équipe, au choix des métiers, à sa durée dans le temps, à l'entente entre les professionnels ainsi qu'à la complexité d'atteindre un compromis. De plus, les obstacles résident également dans le respect des limites professionnelles de chacun (Kvarnström, 2008).

Vu la complexité de la mise en place de cette dynamique de travail, nous avons voulu comprendre comment la collaboration interprofessionnelle était instaurée dans le milieu de la santé et, plus particulièrement au sein du secteur de l'aide et des soins à domicile, au travers de l'étude du cas d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. Cette étude nous a ainsi permis de répondre à la question de recherche suivante : « Comment s'organise la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile ? ». Pour tenter d'y répondre, nous avons élaboré une revue de la littérature et nous avons mené des entretiens avec des travailleurs d'Aide & Soins à Domicile concernés directement ou indirectement par cette thématique en vue de construire notre partie empirique. Cette récolte d'informations sur la collaboration interprofessionnelle nous a permis de cerner les différents acteurs impliqués, leur rôle, leurs objectifs ainsi que les moyens de communication utilisés, les enjeux, les facteurs favorables mais également les obstacles rencontrés. La particularité des centres d'aide et de soins à domicile est que les travailleurs en charge du maintien à domicile des bénéficiaires ne sont pas seulement des prestataires de soins tels que des infirmiers et des aides-soignants. D'autres métiers tels que des aides familiales, des gardes à domicile et des aides ménagères sociales contribuent de manière significative au bien-être des bénéficiaires. L'appui et l'encadrement des infirmiers chefs, des assistantes sociales, des coordinatrices et de l'entreprise sont des éléments importants, sans oublier la collaboration inévitable avec les prestataires externes à l'organisation (médecin traitant, kinésithérapeute, etc.).

Ce travail s'articule en cinq parties<sup>2</sup>. La première porte sur la revue de la littérature. Les points initiaux de celle-ci sont consacrés à une approche globale de la collaboration interprofessionnelle avec ses enjeux et ses obstacles. Les points suivants ciblent des théories qui permettront notamment de comprendre les interactions entre les personnes entourant les bénéficiaires et les facteurs qui influencent cette collaboration. Ensuite, la deuxième partie de ce travail est dédiée à la présentation du terrain d'analyse, Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, ainsi qu'à la méthodologie suivie pour réaliser ce travail. La troisième partie concerne la présentation des données empiriques recueillies sur le terrain.

---

<sup>2</sup> Pour des raisons d'ergonomie de lecture, ce travail n'est pas rédigé en écriture inclusive mais il s'adresse néanmoins tant aux hommes qu'aux femmes ainsi qu'aux personnes non-binaires.

Par la suite, dans la quatrième partie, les différents éléments présentés dans la revue de la littérature seront analysés et confrontés aux données et propos recueillis sur le terrain, en vue d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Pour clore ce travail, diverses suggestions par rapport à l'étude de cas et des pistes de recherches futures sur le sujet seront présentées et discutées.

## 1. Revue de la littérature

Nous avons choisi de débiter cette revue de la littérature par un contexte historique de la collaboration interprofessionnelle (CIP) et les raisons liées à la mise en place de cette CIP aujourd'hui. Afin d'éviter toute confusion, nous avons clarifié la notion de collaboration interprofessionnelle. Par la suite, seront abordés les enjeux et les obstacles en regard avec la CIP. Enfin, cette revue de la littérature se clôturera par une présentation des différents concepts qui ont été mobilisés dans les prochaines parties dans le but d'analyser nos données empiriques. Ces concepts nous ont permis de comprendre les différentes interactions qui peuvent se produire entre les professionnels et de cerner les facteurs qui influencent la CIP. L'objectif de l'ensemble de ces lectures était d'appréhender ce concept afin de récolter des données empiriques pertinentes par la suite, sachant que « *les lectures aident à faire le point sur les connaissances concernant le problème de départ* » (Van Campenhoudt et al., 2017, p. 82).

### 1.1. Origine de la collaboration interprofessionnelle

Tout d'abord, en ce qui concerne le terme « collaboration interprofessionnelle », son origine est la suivante : le préfixe « inter » met en avant la collaboration entre plusieurs professionnels de domaines différents qui se complètent par le partage de leurs savoirs et savoir-faire dans la poursuite d'un objectif commun (MacIntosh & McCormack, 2001) Tandis que le mot « collaboration » provient du latin « cum laborare » qui signifie « travailler avec » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Le terme « professionnel » étant inhérent à cette étude, il nous semblait judicieux de le définir d'emblée. Notre attention s'est portée sur cette définition :

*« Par professionnel nous entendons toute personne cadre, qu'elle appartienne au groupe de gestionnaire, de médecins, d'infirmières ou des professions paramédicales (pharmacien, psychologue, physiothérapeute, ...). Il s'agit d'une personne porteuse d'une culture professionnelle et organisationnelle qu'elle tente de faire prévaloir dans son milieu de travail. »*  
(Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 3)

Les premières apparitions de la notion de collaboration interprofessionnelle sont datées d'avant le XXe siècle. Le Docteur DeWitt Baldwin, psychiatre américain, avait relaté dans ses travaux qu'avant 1900, en Inde, des équipes, regroupant diverses professions telles que des médecins, des infirmières, des auxiliaires, étaient envoyées par des hôpitaux de mission dans des communautés reculées (DeWitt Baldwin, 2007 ; Solomon, 2010). Ensuite, dans un de ses articles paru en 1915, il mentionnait l'existence d'équipes composées de médecins, d'éducateurs et de travailleurs sociaux. Quelques années plus tard, en 1920 déjà, en Grande-Bretagne, le *Consultative Committee on Medical and Allied Services* avait notamment suggéré la création de centres de santé qui regrouperaient des services sociaux et médicaux. De même, aux Etats-Unis, durant la Seconde Guerre mondiale, les équipes médicales pluridisciplinaires ont fait leur preuve, particulièrement pour le secteur de la chirurgie, de la réadaptation et de la santé

mentale. L'objectif était de proposer une continuité au niveau des soins et donc un service global (DeWitt Baldwin, 2007).

Ces changements ont impacté les programmes de formations. En effet, en 1969, l'Université de la Colombie-Britannique a été la première à proposer des cours relatifs à l'interprofessionnalité. Ensuite, la Charte d'Ottawa (1986) a également mis l'accent sur l'importance de la formation à l'interprofessionnalité dans le but de suivre cette évolution sociétale. En 2001, l'Interprofessional College of Health Disciplines a été créé par l'Université de la Colombie-Britannique. Il s'agit d'un centre de recherche universitaire sur la thématique de l'interprofessionnalité. Par la suite, d'autres universités canadiennes ont suivi le mouvement (Solomon, 2010).

De plus, en 2010, Solomon avançait notamment comme argument que la collaboration interprofessionnelle était indispensable pour assurer la sécurité des patients car de nombreuses erreurs avaient déjà été commises suite à des quiproquos ou problèmes de communication. Cela n'a pas engendré seulement des problèmes de santé, des patients ont perdu la vie suite à certains malentendus entre les professionnels (Solomon, 2010). Ces derniers sont dus au fait que les professionnels ont tendance à travailler en silo, ce qui génère des prestations de soins fragmentés et donc une barrière pour atteindre des soins optimaux. Par conséquent, les besoins des patients ne sont pas comblés de manière optimale alors que les valeurs prônées au sein des soins de santé sont la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

Aujourd'hui, la collaboration interprofessionnelle est spécialement mise en place pour affronter les situations de santé complexes, fournir une réponse globale à une situation qu'un professionnel n'aurait pu accomplir seul et également faire face à la pénurie de personnel. De plus, les prises en charge des patients en dehors des hôpitaux ont augmenté suite au vieillissement de la population, la courte durée des séjours en milieu hospitalier, les maladies chroniques, etc. (González-Martínez & Bulliard, 2018). De plus, les travailleurs sont de plus en plus spécialisés ce qui engendre une fragmentation des soins (Morin, 1994). La CIP permet à chacun de revoir sa manière de travailler et principalement d'exercer avec d'autres professionnels (González-Martínez & Bulliard, 2018). Les professionnels sont ainsi amenés à collaborer avec des professionnels de leur discipline ou d'une autre discipline. Ainsi, leur complémentarité permet de gérer au mieux ces situations (Benoit et al., 2017 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Ainsi les personnes concernées par la collaboration interprofessionnelle sont les patients, leurs proches, le personnel soignant, les services sociaux ainsi que d'autres prestataires. Les moyens de communication dont ils disposent sont souvent les échanges téléphoniques, les échanges en face à face, les messages écrits et la transmission de documents. Toutefois, les nouvelles technologies permettent d'élargir les possibilités de communication (González-Martínez & Bulliard, 2018).

## 1.2. Clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle

Cette notion de collaboration interprofessionnelle reste parfois vague car il n'existe pas de définition univoque sur le sujet mais une multitude. Cependant, elles se rejoignent en regroupant certains points comme le mentionnent Eckenschwiller et al. (2022) « *elles englobent les notions-clés suivantes : processus évolutif, dynamisme, aspect tacite, relations interpersonnelles, interdépendance, objectifs communs, temporalité, volonté, affects, partage et ressources* » (p. 19).

Par ailleurs, D'amour et Oandasan (2005) définissent la collaboration interprofessionnelle de la manière suivante :

*« L'interprofessionnalité se définit comme le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de différentes disciplines. C'est le processus par lequel les professionnels réfléchissent et développent des façons de pratiquer qui fournissent une réponse intégrée et cohérente aux besoins du client/de la famille/de la population. »* (p. 9)

Ce processus permet aux professionnels d'échanger leurs savoirs et leurs pratiques dans le but de répondre aux besoins et aux attentes des personnes concernées lors de situations complexes. Ces professionnels ont donc une vision différente des besoins et des attentes des patients étant donné qu'ils disposent de connaissances et de pratiques variées. De plus, les professionnels ne sont pas les seuls acteurs impliqués, le patient est également un élément central de ce processus ainsi que leurs supérieurs hiérarchiques de ces professionnels. En ce qui concerne les patients et leurs proches, ils sont considérés comme de véritables partenaires et non simplement comme des individus recevant les soins prodigués. Pour que cette collaboration soit efficace, l'ensemble des participants doivent agir en synergie et de façon continue. Cette manière de procéder leur permettra d'apporter une réponse cohérente pour assurer la continuité des soins et éviter leur fragmentation (D'amour & Oandasan, 2005). Dans le même contexte, la notion de synergie peut être définie comme suit : « *la notion de synergie est apparentée aux notions d'organisation, d'activité coopérative et de comportement collectif* » (Turvey, 2007, p. 679).

Lors de nos recherches sur la thématique de la collaboration interprofessionnelle, nous avons pu constater que cette dernière était principalement présente dans les soins de santé, plus particulièrement dans les hôpitaux. Kosremelli Asmar et Wacheux (2007) soulignent que, « *ce concept prend une importance particulière si l'on considère que la dispensation des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels* » (p. 1). Tous ces éléments rejoignent la raison première de cette étude : la collaboration interprofessionnelle a un impact dans le secteur de l'aide et des soins à domicile.

## 1.3. Enjeux de la collaboration interprofessionnelle

D'après Eckenschwiller et al. (2022), la collaboration interprofessionnelle est bénéfique à trois niveaux, c'est-à-dire, pour le patient, pour les professionnels et pour l'organisation.

Concernant les patients, la collaboration interprofessionnelle leur procure des soins efficaces et de qualité par la concertation entre les professionnels et la coordination des soins (Simonet, 2017). Par conséquent, la fragmentation des soins est réduite, le suivi de ceux-ci est optimisé et les effets sur les résultats de santé sont positifs. Cette qualité impacte positivement leur bien-être et leur satisfaction. Les bénéficiaires sont donc entourés d'une équipe composée de professionnels qui rassemblent leurs compétences dans le but de se compléter pour proposer de nouvelles pistes de solution dans le suivi de leurs bénéficiaires communs (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). De plus, la collaboration interprofessionnelle permet de mettre en place un suivi sécuritaire pour le bénéficiaire et d'utiliser les ressources disponibles de manière optimale (González-Martínez & Bulliard, 2018).

Quant aux professionnels, la CIP leur confère une certaine responsabilité, à savoir celle de transmettre les informations pertinentes concernant le bénéficiaire aux collègues concernés. Ils sont également impliqués comme personne à part entière dans la situation du patient en ce sens qu'ils participent aux prises de décisions, ils se sentent ainsi efficaces et reconnus. Le sentiment d'agir en tant que groupe face à la situation du patient réduit leur stress et ainsi le risque de burn-out. De plus, ils s'enrichissent par le partage d'expériences et de connaissances des autres collaborateurs. Ces échanges leur permettent d'innover leurs pistes d'action. Grâce à cela, leur bien-être, leur motivation et leur satisfaction sont influencés de manière positive (Eckenschwiller et al., 2022 ; Deneckere et al., 2013). Cette manière de travailler a permis aux professionnels d'établir une relation de confiance entre les différentes professions et d'améliorer leur communication. De plus, cela leur permet également de progresser face à certaines situations pour lesquelles la solution n'aurait peut-être pas pu être trouvée par une seule personne (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

Enfin, au sujet de l'organisation, la collaboration interprofessionnelle a un impact positif sur la satisfaction du personnel et par conséquent diminue le taux de turnover<sup>3</sup> (González-Martínez & Bulliard, 2018). En outre, les cadres préconisent cet esprit collaboratif car cela permet une meilleure productivité et ainsi une diminution des coûts (Jacob & Poitras, 2015).

#### 1.4. Obstacles liés à la collaboration interprofessionnelle

Même si la collaboration interprofessionnelle est censée engendrer une meilleure qualité au niveau du travail fourni auprès des patients, elle n'est pas toujours évidente. Les professionnels rencontrent notamment des difficultés en ce qui concerne le travail en équipe. La figure 1 ci-dessous en présente un exemple typique.

---

<sup>3</sup> Hayes et al. (2006) expliquent que le turnover « englobe les roulements volontaires et involontaires [du personnel], ainsi que les roulements internes et externes » (p. 238).

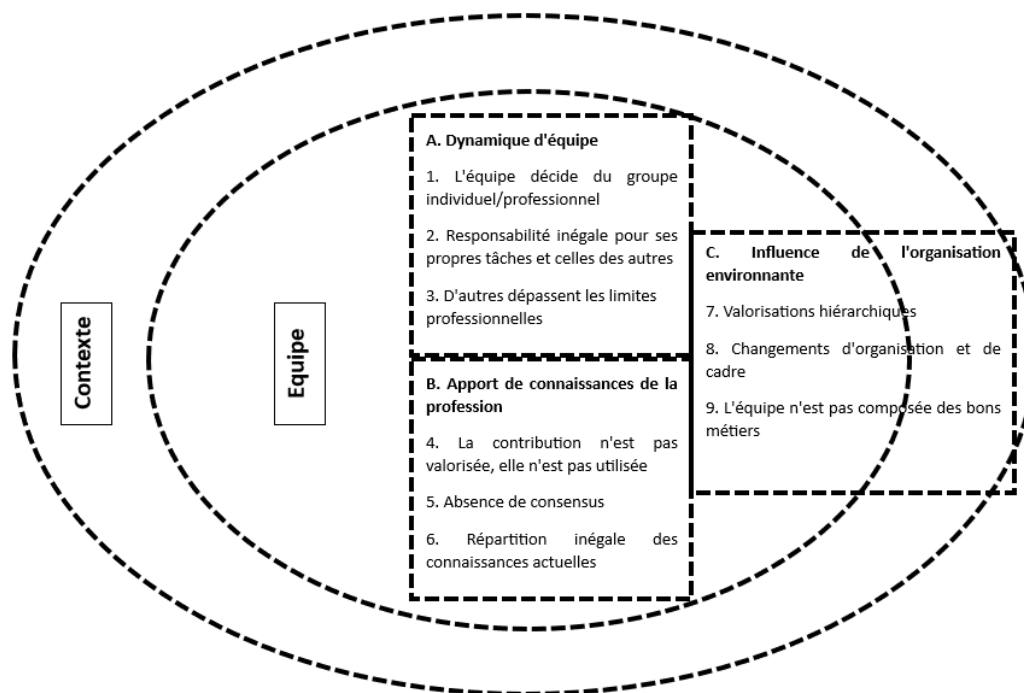


Figure 1 – Schéma illustrant les difficultés rencontrées par les membres d'une équipe dans le cadre du travail en équipe interprofessionnelle (Kvarnström, 2008) traduit par l'étudiante

Sur ce schéma, le thème A « dynamique d'équipe » et le thème B « apport de connaissances de la profession » sont représentés dans le cercle intérieur qui désigne l'équipe et le thème C « influence de l'organisation environnante » est situé entre les deux cercles. Le cercle extérieur représente le contexte de l'équipe. Les pointillés montrent la non étanchéité entre ces différentes notions.

Tout d'abord, les équipes ne sont pas toujours fixes, elles peuvent être éphémères et les membres de celles-ci changent régulièrement. La taille de l'équipe est aussi un élément important. Lors de la composition des équipes, les métiers choisis ne sont pas toujours adéquats, il est indispensable de cerner la problématique du patient dans le but de composer une équipe avec des professionnels pertinents pour gérer cette situation (Kvarnström, 2008). D'après plusieurs chercheurs, il serait opportun de former des équipes interdisciplinaires composées de personnalités compatibles pour collaborer. Cependant, la réalité du terrain ne permet pas cette option et les personnes sont plutôt sélectionnées selon leurs disponibilités (Headrick et al., 1998). De plus, les professionnels ne respectent pas toujours les limites de leur travail et empiètent sur le travail des autres.

En outre, certains professionnels ne montrent pas toujours beaucoup d'intérêt aux connaissances et aux éléments rapportés par leurs confrères, ce qui peut refléter un manque de respect du rôle de chacun. Toutes les personnes concernées par une situation n'ont pas toujours l'opportunité de faire part de leur avis à son sujet, ce qui ne permet donc pas d'avoir une représentation complète du cas du patient. Comme le précise Simonet (2017), les tâches à réaliser liées à la profession de chacun leur laissent finalement que peu de temps pour communiquer les informations concernant la prise en charge du patient, que ce

soit aux autres soignants ou au patient lui-même. Une autre difficulté rencontrée est l'atteinte d'un compromis entre les confrères. Il n'est pas toujours évident d'aboutir à un accord commun, ce qui engendre un manque de coalition de l'équipe face aux patients.

De plus, les membres des équipes interprofessionnelles ne se sentent pas toujours soutenus par leur hiérarchie ou leur organisation (Kvarnström, 2008). D'autres auteurs soulignent l'importance des managers et de leur management de proximité avec les collaborateurs. Ils occupent une place importante au sein de la collaboration car ils ont comme principale mission de gérer leurs équipes en organisant et en coordonnant les soins ainsi qu'en leur transmettant les informations nécessaires. Tout cela ne se réalise pas sans difficulté car les managers sont confrontés à diverses contraintes telles que des restrictions budgétaires, une surcharge de travail, du stress, une demande d'adaptation permanente, etc. Ils sont susceptibles d'être confrontés à des conflits de rôles car ils doivent répondre aux attentes de la hiérarchie mais également aux attentes du terrain qui sont parfois divergentes (Eckenschwiller et al., 2022). De fait, la collaboration interprofessionnelle est parfois complexe car les professionnels ont des connaissances, des perspectives, des besoins, des modes d'organisation, des conceptions du patient, des pratiques et des besoins différents. La communication peut également être impactée par le manque de connaissances des autres métiers et en fonction de l'interlocuteur. Le fait que les rôles et les responsabilités de chacun ne soient pas toujours reconnus par l'ensemble des membres de l'équipe constitue également un obstacle (González-Martínez & Bulliard, 2018). Suite à cela, un esprit compétitif et des conflits pourraient s'installer entre les personnes et ainsi entraver la collaboration (Simonet, 2017). Un autre obstacle apparaît lorsque les professionnels veulent avoir le monopole de la situation, qu'ils sont portés pour leur intérêt personnel et non dans l'intérêt du patient (Gerber et al., 2018). Kosremelli Asmar et Wacheux (2007) précisent que « *la création de valeur ne pourra se réaliser tant que les différents professionnels ne seront pas prêts à collaborer et à se coordonner pour permettre une meilleure prise en charge des patients* » (p. 2). Simonet (2017) ajoute que les professionnels travaillent en silo car cela est le fondement de leur identité professionnelle. Cette dernière peut être déstabilisée par la collaboration interprofessionnelle si les autres professions sont méconnues.

Afin de surmonter ces difficultés multiples, un élément intéressant à mobiliser est la discussion. Cependant, cette technique ne permet pas de résoudre tous les problèmes rencontrés. L'ensemble de ces obstacles affaiblissent les résultats escomptés et ne permettent donc pas toujours d'atteindre les attentes des membres de la collaboration qui sont d'obtenir une vision complète du patient et ainsi lui prodiguer les soins et lui fournir les services adéquats (Kvarnström, 2008).

### 1.5. Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Nous avons trouvé opportun de présenter « le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux » de Careau (2014). Il s'agit d'un schéma mentionnant cinq types de collaborations interprofessionnelles différentes (Gerber et al., 2018). Celui-ci nous permet



de comprendre les divers types d'interactions entre les professionnels présents autour des patients ainsi que le type de collaboration à mettre en place en fonction du contexte. De plus, cette théorie met également en avant les intentions et les objectifs fixés par type d'interactions. Dans la partie « analyse des données empiriques », cette figure 2 nous donnera l'opportunité d'identifier les types d'interactions présents au sein de l'Aide à la Vie Journalière et des Soins Infirmiers.

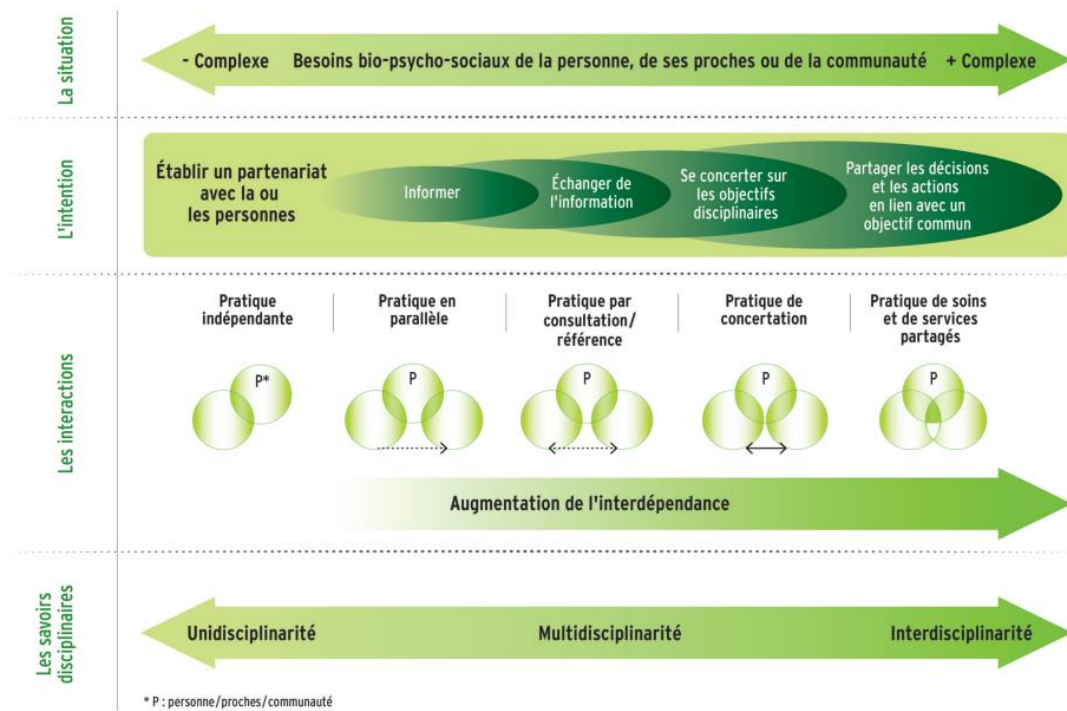


Figure 2 – Continuum des pratiques de CIP en santé et services sociaux (Careau et al., 2014)

Ce schéma propose d'appréhender la collaboration interprofessionnelle selon quatre dimensions. La première de ces dimensions, intitulée « situation », détermine le niveau de complexité des besoins des patients<sup>4</sup>. Si la situation du patient est complexe, dans le but d'atteindre de bons résultats dans son suivi, il est conseillé aux professionnels de travailler ensemble. Inversement, si elle est relativement simple, l'intervention d'un seul professionnel peut, normalement, être suffisante. Lors de l'évolution positive ou négative de l'état du patient, il serait judicieux de revoir, à des moments clés, leur manière de collaborer. En fonction de la complexité des besoins et des attentes des personnes concernées, cette première dimension influence les trois dimensions suivantes (Careau et al., 2014).

La deuxième dimension, « l'intention », concerne la détermination de la nature de l'objectif de la collaboration. Cet objectif peut aller de l'échange d'informations à la prise de décision partagée concernant le patient (Careau et al., 2014).

<sup>4</sup> Dans cette théorie, lorsque nous faisons référence à la personne / au patient, nous incluons également ses proches ou la communauté.

La troisième dimension, nommée « les interactions », aborde les interactions entre les patients et les professionnels qui sont représentées par des cercles. Plus la collaboration entre les professionnels est forte, moins les cercles sont éloignés. Les professionnels choisissent de s'inscrire dans une de ces cinq pratiques de collaboration en fonction de la situation du patient (Careau et al., 2014 ; Gerber et al., 2018). Tout d'abord, la pratique indépendante est appliquée lorsque la situation du patient est relativement simple et n'implique qu'un seul professionnel auprès de la personne et de ses proches. Cette pratique porte également le nom d'une pratique unidisciplinaire. Par ailleurs, dans une situation où un professionnel collabore indirectement avec, au minimum, un autre professionnel exerçant une fonction différente, dans le but d'en savoir davantage sur ce que ce dernier met en place pour leur patient commun, il s'agit de la « pratique en parallèle ». Il y a peu d'échanges et d'interactions entre les différents professionnels car cela peut se réaliser par la lecture de rapports et non un échange direct, ils ne sont pas interdépendants. En troisième position de ce Continuum, nous pouvons retrouver la « pratique par consultation/référence » dont le but est de recueillir des informations auprès d'un autre professionnel ayant une meilleure connaissance du domaine concerné. Les interactions et l'interdépendance entre les professionnels sont faibles même si la multidisciplinarité est naissante. Ensuite, lorsque la complémentarité des divers professionnels qui encadrent le patient permet d'assouvir les besoins bio-psycho-sociaux des patients, il s'agit de la « pratique de concertation ». Afin de prodiguer des soins cohérents, ceux-ci s'organisent en conséquence. Enfin, à l'extrémité droite du schéma, nous pouvons retrouver la « pratique de soins et de services partagés ». Cette forme de pratique a lieu lorsque le degré de complexité de la situation requiert « *une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune de la situation nécessaire à l'élaboration d'un plan d'action commun* » (Careau et al., 2014, p. 16). Une cohésion entre les professionnels concernés est essentielle car leurs savoirs, leurs responsabilités et la prise de décision sont partagés avec le patient dans le but de répondre à un objectif commun. De plus, leurs interactions sont fortes dans la mesure où ils sont dans une situation d'interdisciplinarité (Careau et al., 2014). Ce type de collaboration est le seul à correspondre précisément à la collaboration interprofessionnelle (Gerber et al., 2018). Comme le souligne González-Martínez et Bulliard, « *l'interprofessionnalité ne vise donc en aucun cas à lisser les points de vue, mais à les mettre en débat afin de parvenir à une prise en charge négociée, dans l'intérêt du patient/de la famille/de la communauté* » (2018, p. 18). La pratique peut parfois changer lors de l'évolution de la situation. Careau et al. (2014) précisent que « *le niveau d'interactions entre les professionnels est tributaire de la complexité des besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté* » (p. 11). Durant la collaboration, les rencontres et interactions entre les professionnels sont adaptées selon l'état de santé du patient (Careau et al., 2014).

La quatrième et dernière dimension, « les savoirs disciplinaires », concerne la combinaison des savoirs des professionnels qui permet d'évaluer et de répondre au mieux aux besoins définis pour le patient (Careau et al., 2014). Trois formes de savoirs sont présentées sur ce Continuum. Tout d'abord, nous

parlons de savoirs unidisciplinaires lorsque les savoirs d'un seul professionnel peuvent en l'occurrence suffire. Ensuite, certaines situations dépassent les savoirs des professionnels. Ils sont donc amenés à se concerter et à partager leurs connaissances afin de comprendre ensemble les besoins de la personne dans le but de lui procurer des soins de qualité. Il s'agit ici des savoirs multidisciplinaires. Par contre, nous parlerons de savoirs interdisciplinaires lorsque la manière d'agir entre les professionnels est similaire à la multidisciplinarité mais la situation du patient est plus complexe et engendre des décisions partagées autour d'un objectif commun (Careau et al., 2014).

En conclusion, l'état de la personne détermine si l'intervention de plusieurs professionnels est nécessaire. Les professionnels se fixent ainsi des objectifs communs qui, par conséquent, les font interagir et devenir progressivement interdépendants. Un échange de savoirs entre les différentes professions devient alors essentiel pour répondre au mieux aux soins que requiert la personne. Ces quatre axes s'influencent mutuellement et donc, selon l'évolution des nécessités, le type de collaboration peut être ajusté (Careau et al., 2014).

D'après Milot et al. (2017), l'application de ce Continuum impliquerait deux défis. En premier lieu, les professionnels éprouvent des difficultés à choisir et à justifier le type de collaboration à mettre en place en fonction de la complexité du contexte et de leur intention au niveau de cette collaboration. De plus, ils reconnaissent difficilement les circonstances qui devraient entraîner un changement de type de collaboration. Le second défi concerne la complexité de créer et de conserver une relation avec la personne car plus la situation devient complexe, plus il y a de risques que la personne soit moins impliquée dans son processus de soins.

#### 1.6. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle

La CIP est influencée par trois types de facteurs. Ces derniers sont des facteurs interactionnels, des facteurs organisationnels et des facteurs systémiques. Ils peuvent, parfois, rendre la situation de collaboration interprofessionnelle complexe (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Selon les circonstances, certains facteurs sont plus importants que d'autres (Gerber et al., 2018). Le schéma ci-dessous illustre les éléments impactant majoritairement la collaboration interprofessionnelle et nous permettra, dans la partie « analyse » de notre travail, d'identifier les facteurs internes et externes qui influencent la collaboration interprofessionnelle à l'ASD.

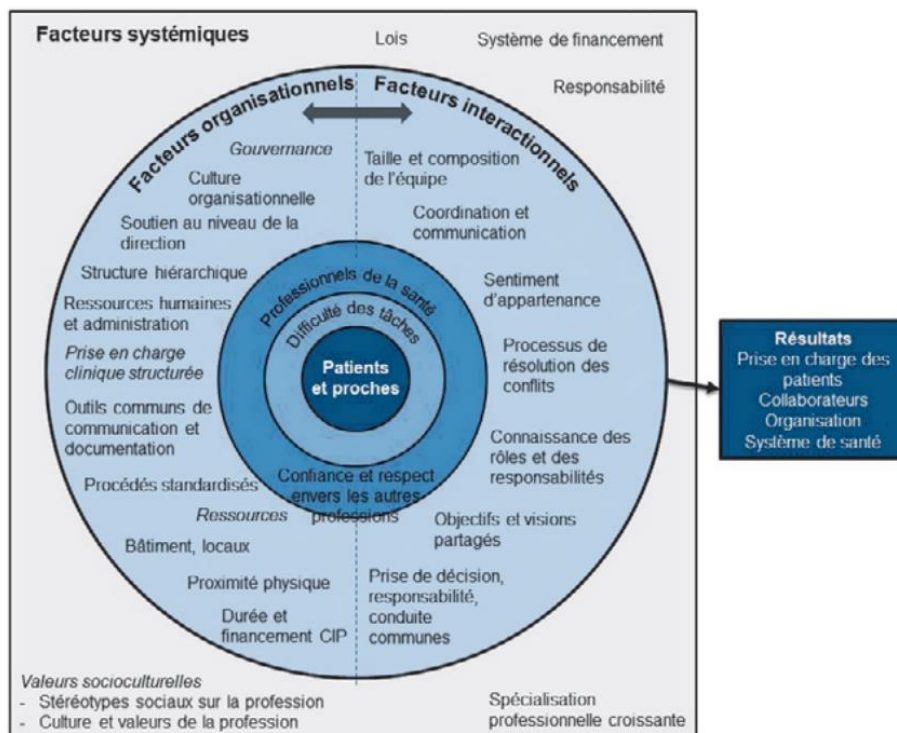


Figure 3 - Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle (Gerber et al., 2018)

Les facteurs interactionnels (micro) sont les éléments liés aux relations interpersonnelles entre les membres en situation de collaboration. Parmi les facteurs interactionnels, Henneman et al. (1995) identifient des éléments-clés qui permettent d'obtenir une collaboration optimale. Parmi ceux-ci, nous pouvons notamment constater que la volonté de collaborer entre les personnes concernées est primordiale. Romelaer (2002) précise que « la plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes » (p. 42, cité par Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 1). Cette détermination doit venir de l'ensemble des personnes concernées pour que la CIP fonctionne au mieux. Cette intention peut émaner notamment des expériences antérieures similaires, de leur cursus académique ainsi que de la maturité des travailleurs. Un deuxième élément essentiel à cette CIP est une relation de confiance entre les différentes parties. Ces dernières pourront créer et entretenir cette confiance via leurs rencontres et échanges (Henneman et al., 1995). Ce sentiment découle des connaissances et des compétences de chacun étant donné qu'elle impacte de manière conséquente la définition et ainsi le respect des rôles de chaque acteur (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). En effet, « le manque de confiance constitue un obstacle insurmontable au développement de la collaboration » (Henneman et al., 1995, p. 107). La communication, qui occupe une place importante au sein de la CIP, consiste à partager les différentes informations en notre possession avec les autres acteurs et à donner notre point de vue tout en écoutant et en respectant celui d'autrui. Sa présence ou son absence impacte donc la collaboration. En plus du partage d'informations, le partage des responsabilités touche également la CIP (Henneman et al., 1995). D'Amour et Oandasan (2005) relèvent notamment l'influence du partage d'objectifs communs et d'une

vision commune. Les éléments cités précédemment forment un tout indissociable. Henneman et al., (1995) ajoutent que « *la communication est un antécédent essentiel par le fait qu'elle sert de véhicule pour articuler d'autres précurseurs importants de la collaboration, tels que le respect, le partage et la confiance* » (p. 106).

Ensuite, les facteurs organisationnels (méso) font référence aux éléments présents sur le lieu de travail. Il est préférable que ceux-ci soient en concordance avec la collaboration interprofessionnelle afin de faciliter et de favoriser sa mise en place (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Henneman et al. (1995) ont relevé différents facteurs. Tout d'abord, la structure organisationnelle appropriée serait plate avec peu d'échelons hiérarchiques afin de donner libre cours à une communication fluide et faciliter la prise de décision. Ensuite, il est judicieux que la culture ainsi que les valeurs de l'organisation soient en accord avec la CIP car elles influencent l'intensité de la collaboration (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; González-Martínez & Bulliard, 2018). Ce type d'organisation devrait instaurer « *une philosophie qui favorise la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 5). Un élément également positif pour la CIP est le fait que les différents acteurs disposent de temps pour se rencontrer et échanger diverses informations. Afin de faciliter ces rencontres, partager des espaces communs constituerait donc un atout non négligeable (Mariano, 1989, cité par Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 6).

D'après D'Amour et Oandasan (2005), le choix du type de leadership à appliquer au sein de l'organisation est important car celui-ci doit instaurer une ambiance de travail qui permet la mise en place de la CIP. Klein (2012) précise que « *plus qu'un facteur important, le leadership est une condition sine qua non : pas de leadership approprié, pas de succès* » (p. 1). Dans le schéma ci-dessus, le leadership fait référence au terme « gouvernance ». Dans le cadre de la thématique de la collaboration interprofessionnelle, deux types de leadership sont pertinents. Il s'agit du leadership collectif et du leadership interprofessionnel (D'Amour & Oandasan, 2005).

Le leadership collectif se construit autour d'un objectif commun. Le fait de permettre à chacun de contribuer à l'évolution d'une situation favorise la créativité. Il est important de laisser place à des échanges top-down mais également bottom-up. Les personnes doivent agir en tant que partenaires. Cependant, le leadership individuel a tout de même son importance car il permet, parfois, de prendre les premières initiatives d'un projet (Klein, 2012). Klein (2012) énonce qu'« *il ne faut donc pas opposer le leadership individuel et le leadership collectif mais plutôt les considérer comme complémentaires, interdépendants et interagissant* » (p. 2). Quant au leadership interprofessionnel, son objectif est de permettre à un ensemble de professionnels de compétences diverses de partager leurs savoirs et leurs compétences afin de mieux se coordonner et ainsi optimiser leurs pratiques (Smith, 2018). En ce qui concerne l'organisation du travail, la formalisation est un mode de travail adéquat qui permet de préciser

les attentes de chacun (D'Amour & Oandasan, 2005). Celui-ci nécessite notamment l'instauration de procédures, de standards, de rencontres formelles, etc. (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

Dans le schéma de Gerber et al. (2018) inspiré de celui de D'Amour et Oandasan (2005) présent ci-dessus, les facteurs systémiques (macro) englobent les éléments externes, lesquels influencent chacun à leur niveau la CIP. Premièrement, les valeurs véhiculées au sein de la société et au sein des systèmes éducatifs influencent les individus via notamment des idées préconçues à l'encontre d'autres professions. Par exemple, des valeurs comme l'autonomie sont mises en avant dans certaines professions, d'autres estiment avoir plus de pouvoir que leurs collègues. Cela pourrait donc freiner la collaboration (D'Amour & Oandasan, 2005 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Au sein de ces facteurs systémiques, un second point est relevé. Il s'agit de protocoles d'accord, de documents législatifs, d'accords politiques ou tout autre moyen impactant l'orientation des différents intervenants vers le choix d'une collaboration interprofessionnelle (D'Amour & Oandasan, 2005 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

Ces trois catégories de facteurs sont étroitement liées car les facteurs systémiques influencent les facteurs organisationnels et interactionnels. De plus, ces deux derniers s'influencent réciproquement (D'Amour & Oandasan, 2005).

Dans la même idée, les facteurs qui impactent la CIP ont également été représentés ci-dessous dans ce modèle à quatre dimensions de la collaboration de D'Amour et al. (2008). Il nous permet de cerner les facteurs qui influencent la collaboration et ainsi une vision plus complète du schéma précédent (figure 3).

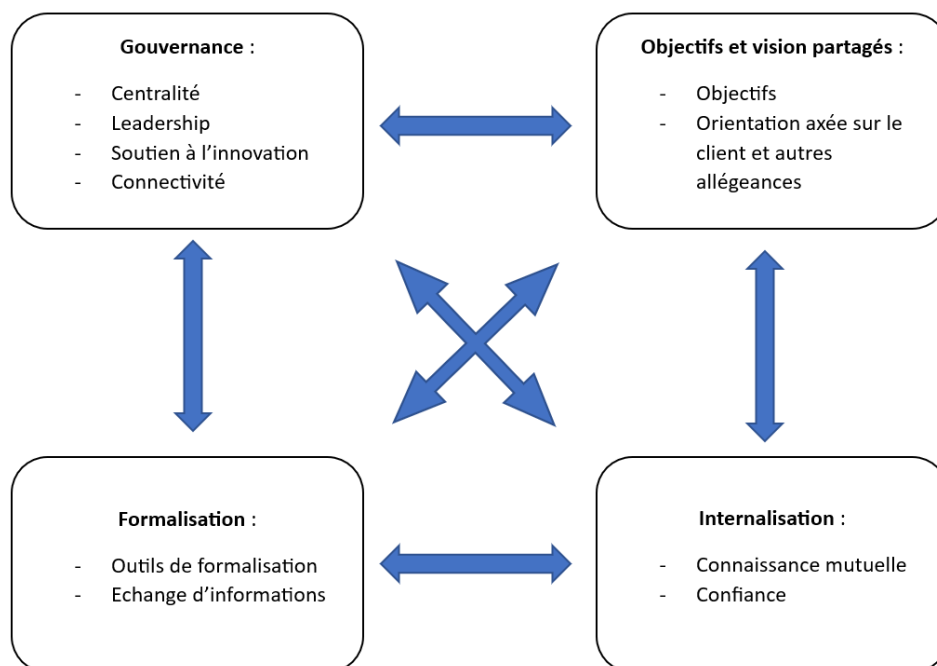


Figure 4 - Le modèle à quatre dimensions de collaboration (D'Amour et al., 2008) traduit par l'étudiante le 02/04/2023

Pour créer ce modèle, les auteurs se sont inspirés du modèle de « structuration de la collaboration » de D'Amour (1997) réalisé dans le cadre de sa thèse s'intitulant « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec ». Il s'était lui-même basé sur la théorie des quatre dimensions de l'action organisée de Friedberg (1992) pour la transposer à la thématique de la collaboration (D'Amour et al., 2008). Ces quatre dimensions de Friedberg (1992) sont : le degré de formalisation de la régulation (codification, définition de règles, etc.), le degré de conscience qu'en ont les participants (prise de conscience collective des règles, buts, missions, etc.), le degré de finalisation de la régulation (intégration des codifications, etc.) et le degré de délégation explicite de la régulation (responsabilisation de certains acteurs qui ont pour mission de porter cette action collective, etc.).

En suivant la logique de cette théorie de Friedberg, la collaboration interprofessionnelle est considérée comme action collective. Il est ainsi possible de l'analyser sur base de ce concept (D'Amour et al., 1999).

Ce schéma (figure 4) représente les quatre dimensions du modèle de la collaboration ainsi que leurs indicateurs. Les différentes flèches montrent l'interdépendance présente entre ces quatre dimensions. Ces dernières peuvent être séparées en deux catégories : les dimensions relatives au cadre organisationnel et les dimensions relatives aux relations entre les individus. La première dimension se rapportant au cadre organisationnel est « la gouvernance ». Celle-ci porte sur le leadership qui permet de maintenir la collaboration en soutenant et guidant les professionnels. La seconde dimension de cette catégorie est « la formalisation » qui concerne les procédures, les documents ou tout autre moyen qui permet de définir les objectifs et implications de chacun. Ensuite, dans la seconde catégorie portant sur les relations entre les individus, nous retrouvons la dimension « les objectifs et la vision partagés » qui concerne les objectifs communs fixés par l'équipe ainsi que les motivations et les attentes de chacun. La dimension « internalisation » fait également partie de cette catégorie. Elle se rapporte au moment où les professionnels s'aperçoivent qu'ils sont interdépendants et de l'importance de cette interdépendance. Les professionnels développent ainsi un sentiment d'appartenance et une relation de confiance. De plus, ils connaissent le métier des autres professionnels ainsi que les valeurs qui y sont associées (D'Amour et al., 2008).

Ce schéma renforce donc les éléments influençant la CIP présentés dans la figure 3 en y ajoutant notamment la notion de soutien à l'innovation. Cela signifie que les travailleurs peuvent trouver de nouvelles pistes de solution grâce à leurs interactions et par leurs échanges de savoirs comme mentionné sur le Continuum des pratiques de la collaboration interprofessionnelle (figure 2).

Après ces différentes recherches et analyses, nous avons pu constater que la thématique de la collaboration interprofessionnelle fait débat depuis de nombreuses années et qu'elle serait pertinente

pour répondre aux divers enjeux actuels tels que, par exemple, les situations de santé de plus en plus complexes des patients. Cette revue de la littérature a alimenté nos réflexions tout au long de ce mémoire.



## 2. Méthodologie

Nous allons aborder dans ce deuxième point intitulé « méthodologie », la présentation de notre terrain d'analyse, en l'occurrence Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, ainsi que la méthodologie poursuivie dans le but de récolter des données empiriques pertinentes dans le cadre de la thématique de la collaboration interprofessionnelle.

### 2.1. Présentation du cas : Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme

Ce premier sous-point reprendra la présentation de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) ainsi que notre terrain d'analyse.

En 1995, la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile voit le jour. Sa création est le résultat du rassemblement de la Croix Jaune et Blanche (CJB) (partie francophone), de la Fédération Nationale Aide Familiale et de la Coordination nationale des Centres de Soins et Services à Domicile. La FASD a un rôle de représentation, elle coordonne les activités des neuf centres Aide & Soins à Domicile (ASD) que vous pouvez observer sur la figure 5 ci-dessous. Elle les soutient dans leur développement en organisant annuellement de nombreuses formations pour l'ensemble des travailleurs et leur apporte entre autres un support juridique et un support informatique. En Belgique, neuf centres Aide & Soins à Domicile sont répartis sur Bruxelles, en Wallonie et sur Eupen. Actuellement, l'ensemble des ASD emploie près de 5 000 travailleurs et s'occupe quotidiennement de plus de 65 000 bénéficiaires. Les valeurs de la FASD sont le sens de l'humain, l'accessibilité & l'équité pour tous, le professionnalisme et la solidarité d'équipe (annexe 1)<sup>5</sup>.



Figure 5 - Carte des centres d'Aide & Soins à Domicile

<sup>5</sup> Toutes ces informations sont expliquées plus en détail sur le site de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile : <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr>

Plus précisément, en ce qui concerne Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, il s'agit d'une ASBL qui centralise et fournit toute l'aide dont ont besoin des personnes en perte d'autonomie, afin de continuer à vivre sereinement à leur domicile. L'organisation occupe aujourd'hui environ 750 collaborateurs dont une trentaine d'encadrants qui voyagent au sein des trois entités comme le montre la carte ci-dessous<sup>6</sup>.



Figure 6 - Territoire couvert par l'ASD Liège-Huy-Waremme

La structure Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme regroupe quatre ASBL. Nous y retrouvons l'ASBL Croix Jaune et Blanche qui englobe les soins infirmiers prodigués aux bénéficiaires tels que des prises de sang, des injections, des perfusions, des soins palliatifs, des toilettes, etc. L'ASBL Aide Familiale englobe les services de l'aide à la vie journalière. Son personnel soutient les bénéficiaires afin de les soulager ainsi que leurs proches dans diverses activités quotidiennes. L'ASBL Aide & Soins à Domicile–Coordination englobe l'assistance fournie aux bénéficiaires devant mettre en place et/ou coordonner différents soins et services à domicile. Enfin, l'ASBL Aide & Soins à Domicile englobe certains travailleurs comme certains membres de la Direction, la Consultante RH et certains encadrants.

<sup>6</sup> Toutes ces informations sont expliquées plus en détail dans le Rapport d'activité 2021 sur le site d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme : [https://liege.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/rapport\\_dactivite\\_2021\\_-\\_asd\\_lhw.pdf](https://liege.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/rapport_dactivite_2021_-_asd_lhw.pdf)



Figure 7 – Schéma illustrant l'unité technique d'exploitation de l'ASD réalisé par l'étudiante le 05/05/2023

La particularité de l'ASD Liège-Huy-Waremme est qu'elle rassemble quatre ASBL distinctes réunies au sein d'une seule unité technique d'exploitation (UTE) qui se base sur des critères économiques et sociaux. Cela signifie qu'elles sont économiquement interdépendantes car leurs activités, les aides et les soins à domicile, coïncident. Ces ASBL ont le même siège social, leur organigramme est commun et elles partagent également des services supports (informatique, téléphonie, ...). De plus, une cohésion sociale est existante car les travailleurs de ces quatre ASBL sont présents au sein du même siège administratif, ont le même Directeur Général, le même Conseil d'Administration, la même Assemblée Générale et une politique de formation commune.

Quant à la structure institutionnelle de l'ASD Liège-Huy-Waremme, elle s'organise en trois départements. Il s'agit du département des Soins Infirmiers (SI), du département de l'Aide à la Vie Journalière (AVJ), du département Administratif et Financier ainsi que d'un Centre de coordination.

Premièrement, le département des Soins Infirmiers se compose d'infirmiers chefs, d'infirmiers et d'aides-soignants. En plus de prester des actes médicaux, les infirmiers chefs organisent également les horaires et les tournées des infirmiers et des aides-soignants. Les infirmiers prodiguent des soins relatifs à l'art infirmier comme des prises de sang, des pansements, des injections, des perfusions, ... Pour exercer leur fonction, les infirmiers doivent disposer du diplôme d'infirmier bachelier ou breveté. Les aides-soignants apportent des soins d'hygiène et de confort (toilette d'hygiène, habillage, ...), ils doivent disposer du diplôme d'aide-soignant et détenir l'attestation concernant l'extension des actes. Les équipes sont formées en fonction des secteurs géographiques à couvrir. Les horaires des infirmiers et des aides-soignants sont des services coupés, c'est-à-dire qu'ils ont des prestations en matinée et en fin de journée. Ils effectuent également des prestations certains week-ends. Quant aux infirmiers chefs, ils ont des horaires de jour mais sont toujours joignables.

Deuxièmement, le département de l'Aide à la Vie Journalière se compose d'aides familiales (AF), de gardes à domicile (GAD), d'aides ménagères sociales (AMS) et d'assistantes sociales (AS). Les AF<sup>7</sup> réalisent des tâches de la vie quotidienne telles que des tâches ménagères comme laver et repasser le

<sup>7</sup> Les compétences et les diplômes requis pour exercer cette fonction sont en annexe 2.

linge, ... Ces tâches ménagères ne doivent pas être les tâches principales des aides familiales sinon elles empiètent sur le travail de l'aide ménagère sociale. Elles réalisent aussi des toilettes d'hygiène, des repas, des courses et des démarches administratives comme fournir une aide pour la gestion du courrier, le paiement des factures, la résolution de problèmes administratifs, etc. tout en stimulant l'autonomie du bénéficiaire. Elles prestent des horaires de jour, leurs prestations peuvent durer entre une et quatre heures. Les GAD<sup>8</sup> assurent une présence de jour et/ou de nuit et stimulent les bénéficiaires dans leur autonomie. Elles peuvent effectuer des soins corporels, préparer les repas, assurer une présence auprès des bénéficiaires, ... Leurs prestations peuvent durer jusqu'à 9 heures. Leur rôle est complémentaire à celui des aides familiales et des infirmiers. Quant aux AMS<sup>9</sup>, elles sont chargées de l'entretien des pièces de vie et peuvent apporter un soutien moral aux bénéficiaires par leur présence. Leurs prestations durent 4 heures. Ces trois métiers sont encadrés par des assistantes sociales qui sont chargées de réaliser un état des lieux de la situation des bénéficiaires afin de cerner leurs besoins, de leur proposer les services adéquats et transmettre la demande à d'autres services de l'ASD si cela est nécessaire. De plus, elles sont chargées d'établir les plannings des aides familiales, des gardes à domicile et des aides ménagères sociales dont elles s'occupent ainsi que d'assurer un suivi des différents dossiers notamment par des visites de révision dans le but d'adapter les services fournis par l'ASD. Les équipes sont formées par métier et en fonction des secteurs géographiques à couvrir. Les assistantes sociales peuvent être responsables de plusieurs équipes et pour exercer leur fonction, elles doivent disposer d'un diplôme d'assistante sociale. Quant à leur horaire, elles le prestent de jour mais disposent d'un jour de garde sur base d'une tournante.

Troisièmement, on retrouve le département Administratif et Financier qui est composé de cinq services. Ces derniers sont la comptabilité, l'administration des SI, l'administration de l'AVJ et de la coordination, la Cellule Achats et Logistique, l'accueil et la téléphonie.

Enfin, le centre de coordination est composé de coordinatrices qui analysent les besoins des bénéficiaires à leur demande ou à la demande des services sociaux (les hôpitaux, les mutualités, ...) mais les demandes peuvent également venir du médecin traitant, des encadrants de l'AVJ et des SI de l'ASD, des proches, etc. Les aides pouvant être mises en œuvre comprennent, mais ne se limitent pas aux éléments suivants : les soins infirmiers, les aides familiales, la biotélévigilance, les gardes, les transports, les repas, l'ergothérapie, le service de santé mentale, la kinésithérapie, le service de soutien de l'entourage, la logopédie, la pédicure, le coiffeur, le dentiste, ... Pour occuper la fonction de coordinatrice, il faut disposer du diplôme d'assistante sociale. Ces professionnelles prestent des horaires de jour et sont de garde sur base d'une tournante.

---

<sup>8</sup> Les compétences et les diplômes requis pour exercer cette fonction sont en annexe 3.

<sup>9</sup> Les compétences et les diplômes requis pour exercer cette fonction sont en annexe 4.

Ces trois départements et le service de coordination sont chapeautés par le Directeur Général à qui sont rattachées la Consultante RH, la Chargée de projets et de communication ainsi que la Conseillère en Prévention.

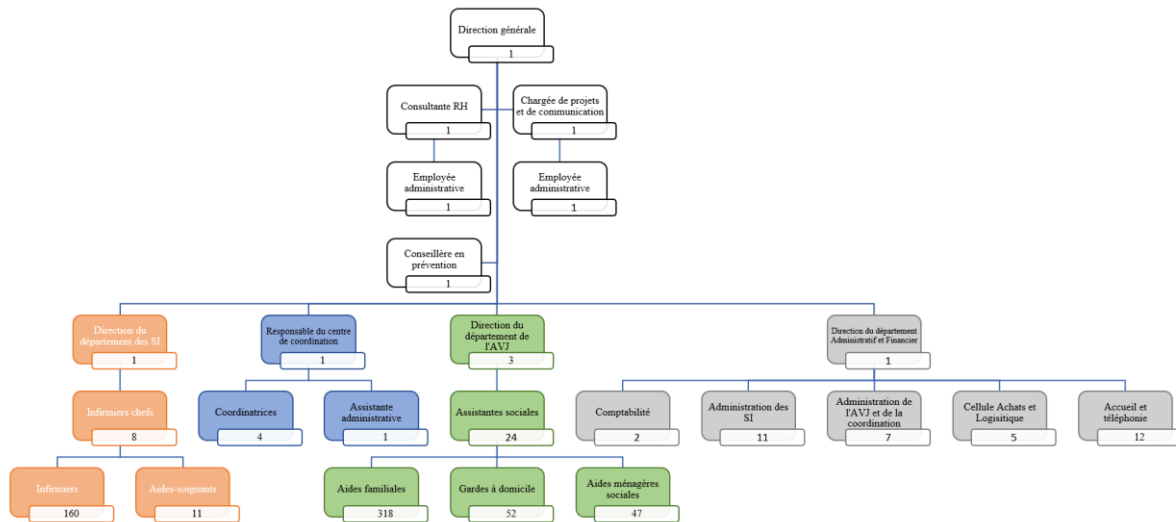


Figure 8 - Organigramme de l'ASD Liège-Huy-Waremme réalisé par l'étudiante le 03/05/2023

Parmi ces différents métiers, les métiers principalement concernés par la collaboration interprofessionnelle sont les métiers des Soins Infirmiers, de l'Aide à la Vie Journalière et de la coordination car il s'agit des professionnels qui entourent directement les bénéficiaires dans leurs besoins au quotidien. Notre recherche portera ainsi sur ces métiers.

Jusqu'en février dernier, le personnel de l'ASD Liège-Huy-Waremme était réparti sur trois sites dont Liège, Huy et Aywaille. Sur chaque site étaient présents les infirmiers chefs, les assistantes sociales, les coordinatrices et les employées administratives des secteurs les plus proches. En ce qui concerne les secteurs, il s'agit de la zone Liège-Huy-Waremme divisée en plusieurs zones géographiques. Ces secteurs permettent de former les différentes équipes des SI et de l'AVJ. Actuellement, l'ensemble du personnel est rassemblé sur le nouveau site de Bierset.

Les notions développées dans ce paragraphe permettront d'éviter toute confusion dans les prochaines parties. Nous pouvons distinguer trois types de travailleurs au sein de l'ASBL. Les travailleurs de terrain sont ceux qui passent la majorité de leur temps chez les bénéficiaires comme les infirmiers, les aides-soignants, les aides familiales, les gardes à domicile et les aides ménagères sociales. Le personnel de bureau est qualifié de « personnel administratif ». Les encadrants sont les employés qui supervisent une équipe telle que les assistantes sociales et les infirmiers chefs, par exemple. L'ensemble de ces travailleurs sont engagés sous contrat à durée indéterminée, déterminée ou de remplacement. Aucun d'entre eux n'est sous un statut d'indépendant.

Etant donné que les ASD ont été créées dans le but de fournir un service global de soins et de services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, nous avons pensé qu'il s'agirait d'un terrain riche

pour analyser la collaboration interprofessionnelle. D'après des documents de terrain réalisés par la FASD, nous avons pu remarquer que la collaboration interprofessionnelle faisait partie de leurs préoccupations depuis une vingtaine d'années. Notre objectif était d'étudier comment la collaboration interprofessionnelle s'organise à l'ASD Liège-Huy-Waremme. De la sorte, nous avons eu l'opportunité de récolter un ensemble d'informations notamment sur les travailleurs concernés, plus précisément sur leur rôle et leur vision de la collaboration interprofessionnelle. Par la même occasion, ils nous ont fait part des objectifs et des valeurs de celle-ci ainsi que les moyens mis à leur disposition à telle fin de collaborer. De même, ils ont également pu nous donner leur vision des compétences nécessaires pour collaborer de manière efficace, les enjeux liés à cette CIP ainsi que les obstacles qu'ils peuvent rencontrer.

De plus, cette CIP ne se déroule pas seulement au niveau des collaborateurs de terrain de l'ASD mais s'étend également aux encadrants concernés, aux coordinatrices ainsi qu'à de nombreux métiers externes gravitant autour du patient avec pour objectif commun de lui fournir les aides et soins adaptés à ses besoins, lui permettant en définitive de rester le plus longtemps possible à son domicile.

## 2.2. Collecte de données

Pour débiter notre recherche, nous avons parcouru la littérature scientifique existante portant sur le sujet de la collaboration interprofessionnelle et notre attention s'est portée sur un ensemble d'articles scientifiques (francophones et anglophones) qui nous paraissaient intéressants dans le cadre de notre recherche. Ces derniers proviennent d'auteurs de nationalités diverses et ont été écrits à des moments différents. Ces lectures nous ont permis de structurer nos entretiens et nos données empiriques.

Après avoir construit notre revue de la littérature, nous avons opté pour une méthode de récolte de données qualitatives dans le but de récolter des données empiriques pertinentes au sujet de la collaboration interprofessionnelle. Pour cela, nous avons mené trois entretiens exploratoires et 22 entretiens semi-directifs. Par rapport aux personnes interrogées, nous nous sommes tournée vers des témoins privilégiés ainsi que vers notre public cible. En effet, la méthode qualitative porte aussi le nom de démarche compréhensive (Dumez, 2013). La méthode qualitative est pertinente notamment lorsque les données à recueillir ne sont pas mesurables. Une des techniques utilisées pour ce type de méthode est de mener des entretiens avec les personnes concernées (Aubin-Auger et al., 2008). Aubin-Auger et al. soulignent que « *la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative* » (2008, p.143).

Dans cette recherche, nous devons recueillir des données sur la collaboration interprofessionnelle. Ces dernières ne sont pas mesurables, il est alors nécessaire d'avoir un échange verbal avec les personnes concernées dans le but de comprendre leurs propos. De plus, une méthode de recherche quantitative basée sur un ensemble de questions fermées n'aurait pas permis aux différentes personnes interrogées

d'exprimer leur ressenti. Par conséquent, la méthode qualitative nous semblait donc être la plus pertinente.

En ce qui concerne les entretiens menés, nous avons opté pour des entretiens exploratoires et des entretiens semi-directifs, afin d'avoir un aperçu de la collaboration interprofessionnelle en privilégiant des échanges directs avec les collaborateurs liés à cette CIP à l'ASD. Afin d'en apprendre davantage en matière de collaboration interprofessionnelle en général mais aussi particulièrement au sein d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, nous avons décidé de mener en premier lieu trois entretiens exploratoires. Ces derniers portent également le nom d'entretiens non-directifs car pour ce type d'entretien, il n'y a pas de cadre défini par l'enquêteur et il est principalement constitué d'une série de questions ouvertes (Guiglione & Matalon, 1985). Ces entretiens étaient structurés par un guide d'entretien exploratoire (annexe 5) dont les thèmes étaient les objectifs de la collaboration interprofessionnelle à l'ASD, les acteurs impliqués, les facteurs qui l'encouragent, etc. Nous avons mené ces trois entretiens exploratoires avec un infirmier chef, la responsable du centre de coordination et une assistante sociale. Nous avons choisi ces trois personnes car elles appartiennent au middle management, ce qui nous a permis d'obtenir un point de vue intermédiaire entre celui des directions et des travailleurs de terrain. De plus, par ce cadre peu défini, les personnes interrogées étaient relativement libres pour nous faire part de leurs propos, ce qui nous a permis de recueillir leur point de vue et leur expérience en matière de CIP en plus des informations demandées.

Ensuite, une fois que nous avons obtenu plus d'informations sur le sujet, nous avons mené 22 entretiens semi-directifs aux fins de vérifier et d'en apprendre davantage sur certains points plus précis de la collaboration interprofessionnelle en général et au sein de l'ASD tels que les objectifs et l'évolution de celle-ci, les acteurs concernés, les différents moyens de communication utilisés, les compétences nécessaires pour collaborer au mieux, les facteurs favorables à la mise en place d'une CIP, les freins à une CIP efficace, etc. Ce type d'interview se situe entre l'entretien non-directif/exploratoire et l'entretien directif, il est structuré par un guide d'entretien composé de thèmes et de sous-thèmes dont l'ordre a peu d'importance (Guiglione & Matalon, 1985). Ce guide d'entretien semi-directif (annexe 6) comprenait tout d'abord différentes formalités (explication du RGPD, timing, présentation des personnes présentes et des objectifs de la rencontre). Par ailleurs, l'entretien débutait par une question d'ouverture qui était la suivante : « Que pouvez-vous me dire sur la collaboration interprofessionnelle entre les Soins Infirmiers et l'Aide à la Vie Journalière ? ». L'objectif de cette question était de lancer la conversation sur le sujet à aborder mais également de récolter un ensemble d'informations sommaires. Afin d'en apprendre davantage sur ces informations, nous avons prévu des thèmes et sous-thèmes comme, par exemple, notre thème était « les moyens de communication », nos sous-thèmes étaient « outils (logiciels, carnet, ...), rencontres (réunions, appels téléphoniques, ...), ... Ces entretiens se sont déroulés en majorité en présentiel mais certains furent réalisés par téléphone ou via l'application Teams.

Afin de récolter des éléments pertinents, nous avons rencontré deux types d'acteurs. Il s'agit de témoins privilégiés et de notre public cible. En ce qui concerne les témoins privilégiés, « *il s'agit de personnes qui, par leur position, leur action ou leurs responsabilités ont une bonne connaissance du problème* » (Van Campenhoudt et al., 2017, p. 84). Ils sont directement ou indirectement concernés par la thématique ciblée (Van Campenhoudt et al., 2017), en l'occurrence, la collaboration interprofessionnelle. Nous avons interrogé trois témoins privilégiés, il s'agit de l'adjointe à la direction de l'Aide à la Vie Journalière, de la directrice des Soins Infirmiers de l'ASD Liège-Huy-Waremme et du directeur des Soins Infirmiers de la FASD. Nous nous sommes adressée à ces trois personnes car il s'agit de personnes de référence faisant partie de l'organisation depuis de nombreuses années. De plus, par leur position centrale à l'ASD ou la FASD, elles ont pu nous apporter une vision globale et historique de la situation. Nous avons également contacté notre public cible, il s'agit des personnes « *qui constituent le public directement concerné par l'étude* » (Van Campenhoudt et al., 2017, p. 82). Les acteurs constituant notre public cible, pour l'Aide à la Vie Journalière, sont les assistantes sociales, les aides familiales, les gardes à domicile et les aides ménagères sociales. Pour les Soins Infirmiers, il s'agit des infirmiers chefs, des infirmiers et des aides-soignants. Mais également les coordinatrices. Pour obtenir des visions variées de la CIP à l'ASD, nous avons interrogé des travailleurs ayant des fonctions et des niveaux hiérarchiques différents. Les détails de chaque membre de l'échantillon sont détaillés dans le tableau ci-après.

Numéro de l'entretien	Date de l'entretien	Fonction	Département / Equipe
<b>Entretiens exploratoires</b>			
1	07/02/2023	Infirmier chef	SI
2	20/02/2023	Assistante sociale	AVJ
3	20/02/2023	Responsable de l'équipe coordination	Coordination
<b>Entretiens semi-directifs</b>			
4	21/02/2023	Infirmier	SI
5	23/02/2023	Adjointe à la Direction AVJ	AVJ
6	27/02/2023	Direction des Soins Infirmiers	SI
7	03/03/2023	Infirmier	SI
8	07/03/2023	Assistante sociale	AVJ
9	13/03/2023	Infirmier chef	SI
10	13/03/2023	Aide familiale	AVJ
11	14/03/2023	Coordinatrice	Coordination
12	16/03/2023	Infirmier chef	SI
13	22/03/2023	Aide-soignante	SI



14	27/03/2023	Garde à Domicile	AVJ
15	27/03/2023	Direction des SI à la FASD	SI
16	30/03/2023	Aide-soignante	SI
17	04/04/2023	Garde à domicile	AVJ
18	04/04/2023	Assistante sociale	AVJ
19	06/04/2023	Aide familiale	AVJ
20	11/04/2023	Infirmière	SI
21	14/04/2023	Aide ménagère sociale	AVJ
22	20/04/2023	Aide ménagère sociale	AVJ
23	20/04/2023	Aide ménagère sociale	AVJ
24	24/04/2023	Garde à domicile	AVJ
25	25/04/2023	Aide familiale	AVJ

Figure 9 - Description de l'échantillon

Dans le but de compléter notre récolte de données, nous avons eu recours à de l'observation participante (annexes 7 et 8). Nous avons eu l'opportunité d'assister à une réunion de centre ainsi qu'à une réunion de coordination. Les réunions de centre rassemblent la coordinatrice, les infirmiers chefs et les assistantes sociales d'un même secteur dans le but de discuter des nouvelles demandes ou des situations complexes afin de mettre en place les services adaptés. Quant aux réunions de coordination, elles rassemblent le bénéficiaire et l'ensemble des intervenants qui l'entourent. Leur objectif peut porter sur la révision du rôle de chaque intervenant mais également de trouver ensemble de nouvelles pistes d'action. Ces diverses observations nous ont donné l'opportunité d'analyser les interactions entre les différents intervenants, leur détermination et particulièrement leur volonté d'atteindre un compromis dans l'intérêt du bénéficiaire qui est au cœur de leurs échanges.

Grâce à notre méthodologie de recueil de données empiriques basée sur des entretiens exploratoires, des entretiens semi-directifs et de l'observation participante, nous avons pu récolter un ensemble d'informations au sujet de la collaboration interprofessionnelle à l'ASD Liège-Huy-Waremme. Dans les parties suivantes, nous aurons l'occasion de traiter les informations recueillies mais également de les analyser grâce à la revue de la littérature, ce qui nous permettra de proposer quelques recommandations. Concernant le traitement des données recueillies, une certaine vigilance éthique a été respectée par l'anonymat des personnes et la neutralité des entretiens.

### 3. Partie empirique

Suite à la récolte de données empiriques menée auprès d'un ensemble de travailleurs concernés directement ou indirectement par la collaboration interprofessionnelle à l'ASD Liège-Huy-Waremme, le choix a été fait de les structurer en cinq catégories. En premier lieu sera abordé le projet Aide & Soins à Domicile suivi de la présentation des acteurs impliqués. Ensuite, un développement de sa mise en place et de son organisation sera développé. Cette partie se clôturera par les enjeux et les obstacles rencontrés au sein de cette collaboration.

#### 3.1. Projet Aide & Soins à Domicile

Grâce aux entretiens<sup>10</sup> menés au sein d'ASD Liège-Huy-Waremme, un constat a pu émerger. Ce dernier porte sur la collaboration qui est au cœur même du projet Aide & Soins à Domicile. Rappelons que celui-ci est de regrouper les trois ASBL Croix Jaune et Blanche, Aide Familiale et Aide & Soins à Domicile–Coordination dans le but qu'elles collaborent afin de fournir un service et un suivi complet aux bénéficiaires. Avant leur rassemblement en 1996, les trois ASBL travaillaient de manière indépendante.

*« Pour moi, c'est le projet ASD, c'est mettre en place tous les services nécessaires que ce soit en interne ou en externe pour le maintien à domicile de nos bénéficiaires en respectant chacun ses limites professionnelles. Il ne faut pas que tout le monde fasse tout. Voilà, c'est le projet de l'ASD, sinon on ne serait qu'un service d'aides familiales. »* (Entretien n°5, adjointe à la direction AVJ)

Ensuite, elles se sont rassemblées dans le but de faciliter la collaboration entre les différents métiers de l'aide et des soins à domicile. Cette centralisation des différents métiers et services pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie permet de leur apporter un service global pluridisciplinaire. De plus, les liens créés avec d'autres partenaires tels qu'un service de téléassistance (Vitaltel), des fournisseurs de matériels médicaux (Qualias), ... permettent de compléter les services proposés. L'importance de ce projet, parfois à contre-pied des réalités de terrain en Belgique, a été souligné au cours des entretiens, comme le montre l'extrait de l'entretien n°15 ci-dessous.

*« Depuis la création des ASD et du concept ASD, le but a été de proposer à la population des prises en charge intégrées puisque malheureusement en Belgique, on travaille trop en silo et je dirais même que les politiques nous poussent à travailler en silo et même à avoir une réflexion en silo. »* (Entretien n°15, directeur des Soins Infirmiers à la FASD)

Unaniment, les travailleurs interrogés s'accordaient sur les objectifs de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'ASD. Leur vision consiste à mettre tout en œuvre, que ce soit avec des

---

<sup>10</sup> Au sein de cette partie ont été sélectionnés des verbatims jugés judicieux et apportant une vision concrète du terrain par rapport à notre thématique.

prestataires internes ou externes pour assurer, dans les meilleures conditions, le maintien à domicile des bénéficiaires.

*« Le patient est au centre. Si les personnes qui entourent professionnellement le patient collaborent bien, le patient devrait être gagnant. »* (Entretien n°8, assistante sociale)

Les personnes interrogées mettent également en avant l'importance de connaître leurs limites professionnelles. Cela consiste à ne pas empiéter sur les missions de leurs collègues mais également de savoir déterminer quand le maintien à domicile n'est plus la solution adéquate pour le bien-être du bénéficiaire, comme l'explique le directeur des Soins Infirmiers de la FASD.

*« Cette collaboration, elle est existante mais doit pouvoir être ... quelque part ce n'est pas parce qu'on décide de le faire qu'elle se fait automatiquement. Derrière ça, il faut avoir une volonté de vouloir avancer et faire cette collaboration interprofessionnelle mais comme je le dis souvent, pour avoir cette collaboration interprofessionnelle, il faut pouvoir se connaître. Se connaître, c'est vraiment connaître le rôle, les actions et les limites de chaque professionnel : quelles sont les compétences de la personne, que peut-elle faire dans la prise en charge d'un bénéficiaire ? »* (Entretien n°15, directeur des Soins Infirmiers à la FASD)

Nous pouvons exposer un exemple concret qui nous a été relaté par une aide ménagère sociale :

*« Parfois, les gens nous demandent « vous ne savez pas me mettre des gouttes ? ». Donc, je dis non, ce n'est pas mon rôle et parfois, les bénéficiaires ne le comprennent pas. Pour eux, c'est des simples gouttes dans l'œil. Donc, je leur explique que ça peut être dangereux, qu'il faut demander à une infirmière. Le fait que chacun reste bien dans les limites de son métier, ça permet de le faire correctement. »* (Entretien n°22, aide ménagère sociale)

De plus, dès le recrutement, les candidats sont sensibilisés à la collaboration interprofessionnelle par, notamment, des mises en situation. En voici un exemple pour le personnel infirmier : « Vous vous rendez chez un patient diabétique chez qui vous devez réaliser une injection d'insuline. Vous réalisez, au moment de faire l'injection, que le patient n'a rien à manger chez lui. Que faites-vous ? » Cela permet aux personnes impliquées dans le processus de recrutement, comme les RH et les encadrants, d'identifier si le candidat est en capacité et a la volonté de collaborer avec d'autres métiers, mais également s'il perçoit l'intérêt de cette collaboration.

*« Ma fonction ne suffit pas, donc j'ai besoin de l'autre pour travailler dans de bonnes conditions. Moi, à l'entretien d'embauche, je pose des questions, je fais des mises en situation pour arriver à leur faire dire ça. S'ils ne le disent pas, c'est moi qui leur dis et je leur dis que c'est vraiment super important. Ils ont une mission à réaliser mais il faut qu'ils la fassent dans de bonnes conditions. Pour la faire dans de bonnes conditions, ils ne font pas l'aide familiale, ils font appel à une aide familiale. Donc, je ne sors pas de mon cadre mais j'élargis le cadre*

*avec les métiers qui sont autour de moi. J'essaie vraiment qu'ils aient cette vision-là mais je pense qu'elle est relativement bien partagée. » (Entretien n°6, directrice des Soins Infirmiers)*

Comme cité dans l'extrait ci-dessus, il est important d'élargir le cadre à d'autres métiers. A cet effet, les travailleurs de terrain doivent connaître les différents métiers du domicile. Concernant la nécessité de maîtriser une relative connaissance des services offerts par les autres métiers de l'ASD, les travailleurs en sont informés lors de leur engagement. La maîtrise de ces métiers leur permet, lorsque c'est nécessaire, de proposer aux bénéficiaires ou aidants proches d'autres services qui pourraient répondre à leurs besoins.

En outre, dans la continuité de l'accueil des nouveaux travailleurs de terrain, un programme de tutorat est mis en place. Au cours de ce dernier, la collaboration est également abordée dans le but de sensibiliser les nouveaux engagés à cette philosophie et pratique de travail. Une tutrice nous l'a mentionné durant son interview.

*« C'est important d'avoir cette mentalité d'esprit d'équipe. On travaille en équipe, on n'est pas toute seule sur le terrain même si on a l'impression de l'être parce que physiquement, on l'est. Mais non, on est en équipe. Quand je rencontre des nouvelles engagées, c'est une de mes questions : « Comment te sens-tu en équipe ? Dans ton équipe ? ». C'est une de mes questions majeures parce que j'estime que c'est important. Parce que si la fille ne relaie rien du tout, qu'elle travaille vraiment comme une indépendante dans son coin et qu'elle n'a pas cet esprit d'équipe, c'est un problème. » (Entretien n°25, aide familiale)*

De plus, faisant partie d'une même entreprise, l'ASD leur permet d'intégrer une équipe même si les travailleurs sont seuls sur le terrain pour effectuer leurs prestations. Ils ont conscience, qu'en cas de problème, ils peuvent se tourner vers un encadrant, un collègue, un autre professionnel qui entoure le bénéficiaire. Le verbatim suivant est un parfait exemple des bénéfices d'une telle collaboration.

*« Pour moi, c'est vraiment comme une bulle. On fait tous partie de la même société et quelque part, on défend aussi cette société. Et le fait de faire partie de cette bulle, ça n'exclut pas non plus qu'on peut travailler avec la CSD par exemple. Mais, le fait d'être dans une bulle, de savoir que chacun fonctionne comme ça au sein de la société, de tout bien définir, pour moi c'est beaucoup plus pratique. » (Entretien n°22, aide ménagère sociale)*

Les données récoltées lors des interviews ont également souligné que le partage de communications internes communes permet aussi de découvrir les autres métiers de l'ASD par la revue Contact, par exemple, qui publie souvent des témoignages de divers travailleurs. Il en va de même pour les formations interdisciplinaires qui permettent aux travailleurs d'échanger sur leurs pratiques et leur réalité de terrain. Des travailleurs ont également lié la collaboration interprofessionnelle aux valeurs de l'ASD. Parmi les quatre valeurs de l'ASD, les deux valeurs mises en lien avec la CIP sont le professionnalisme qui

souligne le respect des limites professionnelles, de la communication avec le bénéficiaire, ses proches ainsi que les responsables et les professionnels internes et/ou externes qui entourent le bénéficiaire. La seconde valeur est la solidarité d'équipe qui met en avant l'entraide entre les professionnels, le partage de connaissances et d'expérience dans le but de favoriser les décisions partagées.

Tous les éléments soulignés dans cette partie semblent refléter que le travail en interdisciplinarité et en collaboration est au cœur de la philosophie de l'ASD.

### 3.2. Acteurs impliqués au sein de la CIP à l'ASD

Sur base des informations récoltées grâce à nos entretiens, un schéma illustrant la CIP au sein de l'ASD et les interactions entre les différents acteurs a pu être construit. Il est important de tenir compte qu'il n'y a pas de hiérarchie entre les professionnels présents sur ce schéma, à l'exception des infirmiers chefs qui sont les encadrants des infirmiers et des aides-soignants ainsi que des assistantes sociales qui sont les encadrantes des aides familiales, des gardes à domicile et des aides ménagères sociales.

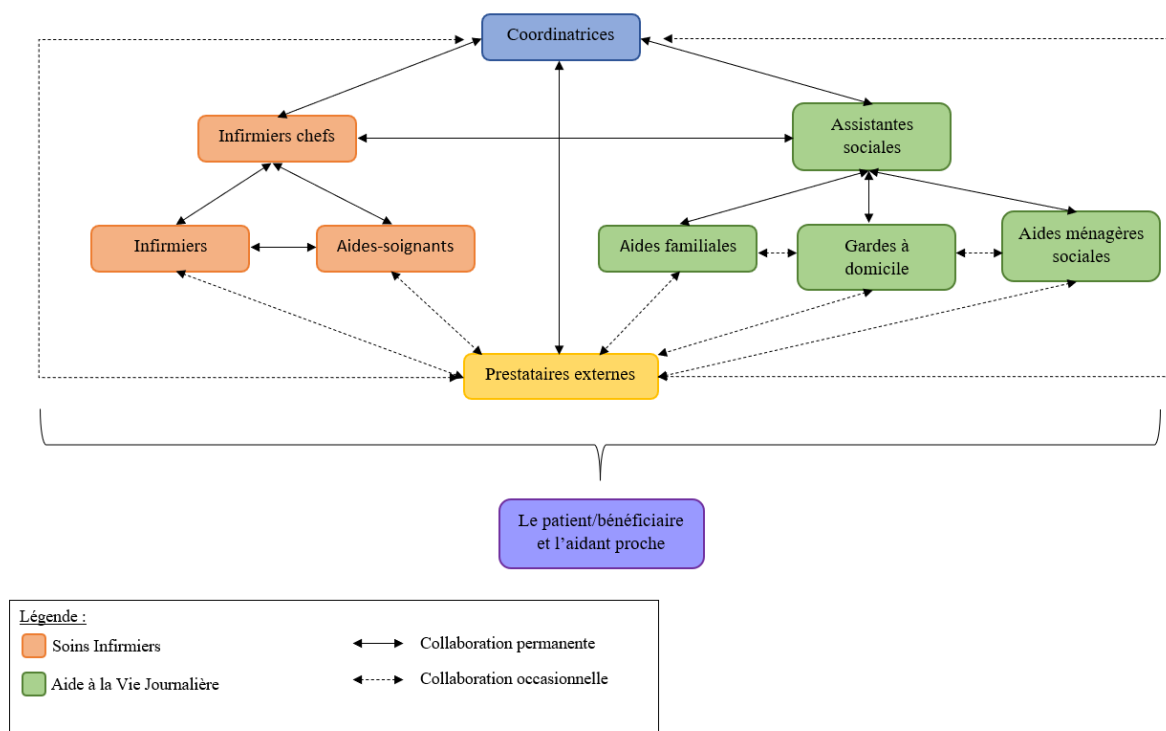


Figure 10 – Schéma illustrant les acteurs impliqués au sein de la CIP à l'ASD réalisé par l'étudiante le 20/04/2023

Chez Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, la collaboration interprofessionnelle entre les Soins Infirmiers et l'Aide à la Vie Journalière peut impliquer les personnes suivantes en fonction des besoins des bénéficiaires.

L'élément central de cette collaboration interprofessionnelle est le bénéficiaire car celui-ci a toujours le dernier mot concernant la mise en place de nouveaux services. Il reçoit l'aide de l'ensemble ou d'une partie des personnes mentionnées sur le schéma ci-dessus (figure 10). Il est au centre des différentes

relations et participe donc, dans la limite du possible, à cette collaboration avec ses proches et les professionnels en charge de son bien-être en exprimant ses besoins et ses envies. Les bénéficiaires ont bien conscience de la collaboration entre les différents professionnels principalement lorsque des réunions de coordination sont organisées en leur présence. Même si leur situation personnelle ne nécessite pas ce type de réunion, la collaboration interprofessionnelle est tout de même organisée en arrière-plan et leur est expliquée. Lorsque les bénéficiaires ne sont plus aptes, ces explications sont transmises à leur aidant proche. De plus, ils ont accès à tous les moyens de communication écrits présents à leur domicile et peuvent ainsi constater les échanges permanents entre les travailleurs. Le bénéficiaire est pour la plupart du temps entouré de ses proches et plus particulièrement de son aidant proche. Cependant, il ne faut pas généraliser ce cas car beaucoup de personnes sont seules. L'aidant proche peut être un membre de la famille du bénéficiaire ou non, un voisin ou un ami par exemple. Ces personnes s'occupent régulièrement du bénéficiaire d'une manière ou d'une autre.

*« Il ne faut jamais perdre de vue qu'on peut aider l'aidant proche et lui apprendre à poser des actes. Il ne sera jamais considéré comme prestant des actes illégaux, alors que si j'apprends à l'aide familiale à faire quelque chose qui n'est pas de sa prérogative, je serai en tort et elle aussi. »* (Entretien n°6, directrice des Soins Infirmiers)

Ainsi, l'aidant proche peut fournir des informations sur la santé et l'autonomie du bénéficiaire aux professionnels. Son rôle est de lui apporter un appui et de prendre diverses décisions lorsque celui-ci n'en est plus capable. De cette manière, l'aidant proche prend ainsi le relai auprès des professionnels qui entourent le bénéficiaire dont il s'occupe en échangeant verbalement ou par écrit lorsque cela est nécessaire. Une assistante sociale illustre la collaboration interprofessionnelle et particulièrement l'importance des proches :

*« La famille c'est un peu comme un croque-monsieur. Si tu veux faire ta recette et que tu as ton jambon, ton fromage et ton pain mais que tu ne rassembles pas le tout, tu n'auras jamais ton croque. Il faut tous les ingrédients pour faire ta recette et si tu ne rassembles pas tout en même temps, ça n'ira jamais. Par exemple, si tu n'as pas de fromage, tu ne sais pas faire ton croque. »* (Entretien n°18, assistante sociale)

Quant aux coordinatrices, elles peuvent rechercher, sur demande, et contacter les services souhaités par le bénéficiaire en vue de les mettre en place. Lors de l'ouverture de nouveaux dossiers coordonnés, elles se rendent également à son domicile pour affiner l'analyse de sa situation et cibler plus précisément ses besoins. De plus, lorsque cela s'avère nécessaire, elles se chargent de rassembler les personnes impliquées (bénéficiaire, aidant proche, professionnels internes ou externes à l'ASD) dans la situation d'un bénéficiaire pour organiser des réunions de coordination qu'elles animent. Après chaque réunion, elles rédigent un PV de réunion mentionnant les décisions prises à la suite de cette rencontre et définissent ainsi les nouveaux rôles et responsabilités de chacun. Ce PV est transmis aux invités de la

réunion. L'objectif de ces réunions est d'ajuster, si nécessaire, les aides et services mis en place. Elles collaborent donc principalement avec le bénéficiaire et ses proches, les infirmiers chefs, les assistantes sociales et les prestataires externes. Il revient alors aux encadrants d'assurer un retour des informations pertinentes à leurs travailleurs de terrain. Les coordinatrices ne sont pas présentes dans toutes les situations, uniquement à la demande des bénéficiaires qui ne parviennent plus à coordonner les différents services dont ils ont besoin.

*« On a souvent des soucis avec des infirmiers extérieurs qui ne connaissent pas le métier d'aide familiale. Je pense que le rôle d'une coordinatrice, c'est de reclarifier le rôle de chacun. »*

(Entretien n°18, assistante sociale)

En ce qui regarde les acteurs présents au sein de la collaboration interprofessionnelle du côté des Soins Infirmiers, nous pouvons y retrouver les infirmiers chefs, les infirmiers et les aides-soignants. Les infirmiers chefs organisent les horaires et les tournées de soins de leurs infirmiers et aides-soignants. Durant cette tâche, ils doivent prêter attention au cas de chaque patient puisqu'il peut arriver que deux professionnels doivent être au même endroit au même moment. Afin de se coordonner pour l'élaboration des horaires, ils sont amenés à collaborer avec leurs collègues assistantes sociales. Dans le but de compléter leurs tournées, ils sont régulièrement amenés à aller sur le terrain, ils connaissent donc aussi globalement les situations des patients. Les infirmiers chefs collaborent principalement avec le patient et ses proches, leurs infirmiers et aides-soignants, les assistantes sociales et les coordinatrices. Leur rôle au sein de la CIP est de recueillir les informations fournies par leurs travailleurs de terrain et de les relayer aux personnes concernées (infirmiers et aides-soignants de la tournée, coordinatrice, assistantes sociales, médecin traitant, ...).

De plus, le personnel infirmier réalise différents actes infirmiers sur base d'une prescription principalement (injections, toilettes nécessitant un acte infirmier, alimentation entérale/parentérale, perfusion, gestion des piluliers, prélèvements, ...). Grâce à leurs expériences et leurs connaissances médicales, les infirmiers peuvent observer et déceler certaines évolutions positives ou négatives du patient. Dans un premier temps, ils partagent leurs constats avec leurs collègues infirmiers et aides-soignants ainsi que leur infirmier chef. Leurs échanges permettent d'adapter la manière de réaliser les prestations. Dans un second temps, ils collaborent avec les métiers de l'AVJ ainsi que d'autres prestataires externes comme, par exemple, le médecin généraliste lorsqu'ils se croisent sur le terrain ou en réunion de coordination quand ils y sont invités. Quant aux aides-soignants, la seule différence relevée avec les infirmiers est qu'ils effectuent des missions d'hygiène et de confort et non des actes médicaux. Ils collaborent donc avec les mêmes personnes et de la même manière.

Quant à l'AVJ, les acteurs présents au niveau de la collaboration interprofessionnelle sont les assistantes sociales, les aides familiales, les gardes à domicile et les aides ménagères sociales. A l'ouverture d'un dossier, les assistantes sociales réalisent une visite à domicile afin de cibler les services adéquats à mettre

en place en échangeant avec le bénéficiaire et, éventuellement, son aidant proche. Par leur fonction, les assistantes sociales sont amenées à apporter leur point de vue « social » de la situation du bénéficiaire. Selon les besoins constatés, elles collaborent avec les personnes internes ou externes concernées. Dans le but de prévoir au mieux leur manière de collaborer, nous présentons trois exemples recueillis auprès des travailleurs. Le premier exemple illustre la situation d'un bénéficiaire ayant besoin d'un ensemble de services et ne se sentant pas capable de réaliser personnellement toutes les démarches nécessaires. Dans ce cas, l'assistante sociale pourra l'orienter vers une coordinatrice. Le second exemple met en exergue le cas d'une assistante sociale responsable des aides familiales qui constate que le bénéficiaire a également besoin d'une aide ménagère sociale. Dans ce contexte-ci, elle contactera sa collègue responsable des AMS du secteur en vue de mettre ce service en place. Le dernier exemple contextualise une situation d'une aide familiale relatant à son assistante sociale que la toilette de madame X est trop lourde et que des soins infirmiers devraient être prodigués en plus de la toilette. Ici, l'assistante sociale se mettra en contact avec l'infirmier chef du secteur afin d'organiser le transfert de la toilette. A la même occasion, sur base des informations fournies par les travailleurs de terrain, l'assistante sociale communiquera un récapitulatif de la situation à l'infirmier chef qui répercutera également les informations nécessaires à ses infirmiers et aides-soignants. Par ces exemples, nous pouvons remarquer que la collaboration interprofessionnelle est considérée comme une responsabilité partagée.

Concernant les aides familiales, elles accompagnent les bénéficiaires dans tous les actes de la vie journalière (préparation des repas, courses, aide à la toilette d'hygiène, aide administrative, entretien courant du linge et des pièces d'habitation, aide aux déplacements, soutien quotidien et écoute). Durant leur temps de prestation, elles ont donc l'occasion d'observer le bénéficiaire et de, si nécessaire, faire part de leurs constats à son assistante sociale. Durant leur temps de présence chez la personne, elles ont parfois la visite d'un proche. Il s'agit d'une opportunité à saisir pour échanger leur ressenti face à la situation. A propos des gardes à domicile, elles accompagnent les bénéficiaires en assurant une présence et une surveillance de jour comme de nuit. Elles stimulent leur autonomie par une présence active et adaptée. Elles sont un soutien pour lui et ses proches. De leur côté, les aides ménagères sociales réalisent également des prestations de quatre heures pour effectuer du ménage dans les pièces de vie principalement. Elles font donc aussi partie des personnes qui passent le plus de temps avec les bénéficiaires. De ce fait, elles peuvent constater si les personnes tiennent un discours décousu.

Ainsi, les AF, les GAD et les AMS transmettent toutes les informations pertinentes en lien avec le suivi du patient à leur encadrante. En ce qui concerne les autres métiers du domicile, ces trois métiers de terrain de l'AVJ échangent notamment lorsqu'ils se croisent, par le biais des cahiers de communication présents ou par l'intermédiaire de leur encadrant.

En dehors de l'ASD, nous pouvons également retrouver des professionnels externes. Le cas échéant, ils peuvent occuper la fonction de médecin généraliste, de kinésithérapeute, de logopède, d'infirmier



indépendant, etc. ou d'autres services d'aides à domicile (infirmier, AF, GAD, AMS, etc.) étant donné que les bénéficiaires peuvent recevoir de l'aide de différents services d'aide à domicile mais ne peuvent pas bénéficier de plusieurs prestataires d'AF, en pareille circonstance. Ces prestataires externes collaborent principalement avec le bénéficiaire, son aidant proche et les coordinatrices.

### 3.3. Mise en place et organisation de la CIP à l'ASD

Comme nous pouvons le constater sur la figure 10, plusieurs professions peuvent intervenir dans la situation d'un bénéficiaire pour son maintien à domicile. Les professionnels présents chez les bénéficiaires font partie ou non de l'ASD. S'ils en font partie, voici un exemple d'organisation au sein des départements pour la transmission et le relai d'informations.

*« Quand on se rend compte qu'il n'y a pas d'aidant proche etc., qu'il y a peut-être un isolement énorme. Et dans ces cas-là, c'est d'ailleurs le rôle de tous les travailleurs de l'aide et soins à domicile et je pense qu'on essaie vraiment de leur donner ce message-là pour qu'ils reviennent vers leur chef pour qu'ils partagent ça. Je suis là, je dois faire le retour qu'il y a un manque. »*  
(Entretien n°6, directrice des Soins Infirmiers)

Au sein du département des Soins Infirmiers et donc de l'ASBL Croix Jaune et Blanche, les aides-soignants et les infirmiers transmettent les diverses informations pertinentes concernant les patients à leur infirmier chef. Ils peuvent le faire par mail, par téléphone ou via le logiciel interne des soins infirmiers : Allsoft. Ce logiciel permet d'organiser les tournées, transmettre des informations sur les bénéficiaires et ainsi de conserver l'historique des messages. Les informations peuvent également être partagées lors des réunions d'équipe qui se déroulent une fois par mois. Durant celles-ci, les infirmiers chefs organisent ce qu'ils nomment « un tour des patients ». Cela consiste à laisser chaque infirmier et aide-soignant s'exprimer sur les situations qu'ils souhaitent, soit pour faire part de l'évolution positive ou négative du patient, soit pour expliquer des situations complexes qui ont été rencontrées ou pour demander l'opinion des collègues. Les constats relayés par le personnel infirmier peuvent concerner l'ajout ou la suppression de soins infirmiers mais cela peut également avoir trait à la suggestion de la mise en place d'un service d'aide à la vie journalière. Ils peuvent, par exemple, proposer de mettre en place un service d'aide familiale si le patient lui demande régulièrement de participer à la préparation de son repas.

Du côté de l'Aide à la Vie Journalière, les informations de terrain sont rapportées par les aides familiales, les aides ménagères sociales et les gardes à domicile à leur assistante sociale. Elles contactent leur encadrante par mail ou par téléphone. Les assistantes sociales, quant à elles, se contactent par Antalys. Celui-ci est un logiciel interne reprenant toutes les données des bénéficiaires et est également utilisé par le service de la téléphonie, la coordination, les encadrants et les administratives de l'AVJ et des SI. Des réunions d'équipe sont également organisées une fois par mois dont l'objectif est le même qu'en SI. Dans ce cas-ci, une garde à domicile pourrait relayer à son assistante sociale que la mise au lit de

madame Y devient de plus en plus complexe étant donné qu'elle ne dispose pas d'un lit médicalisé. Ce constat pourra alors, le cas échéant, être appuyé par d'autres GAD de l'équipe qui se rendent chez la même bénéficiaire. Néanmoins, la communication n'a pas lieu uniquement entre les assistantes sociales et les travailleuses de son équipe. Les gardes à domicile, les aides familiales et les aides ménagères sociales communiquent via un cahier, appelé cahier de liaison, dans le but de s'échanger diverses informations pratiques pour éventuellement disposer du matériel nécessaire afin de réaliser au mieux leur travail. Nous pouvons, le cas échéant, considérer la situation d'une aide ménagère qui demande à sa collègue aide familiale d'acheter tel produit ménager durant les prochaines courses. De plus, les bénéficiaires n'ont pas uniquement un professionnel attiré par métier mais deux à trois car un roulement est prévu dans le but de préserver psychologiquement les professionnels et éviter un attachement trop important sachant que la perte d'un bénéficiaire est toujours un moment difficile à surmonter. L'utilisation des cahiers a été mentionnée dans plusieurs entretiens, comme par exemple celui de cette aide ménagère sociale :

*« Si j'ai des bénéficiaires qui bénéficient de plusieurs services, moi, j'aime bien quand il y a un carnet pluridisciplinaire comme on dit. Parce qu'en fait, on peut tous échanger dans le carnet. Parce que, parfois, les gens ne disent pas tout. Dans ce cas, moi en arrivant, je peux consulter le carnet, voir ce que les infirmières ont noté : que madame n'a pas mangé, madame a refusé de se laver, que son état se dégrade ou qu'elle va mieux. Donc je peux avoir déjà plein d'infos et je n'ai pas besoin de questionner la personne parce que même si nous on est là que pour du ménage, entre guillemets, parfois on ne comprend pas toujours la situation, on se dit : mais qu'est-ce qu'il se passe, pourquoi madame est énervée, ... Si madame ne mange pas, ben je sais que pendant la journée, je vais peut-être dire à la dame « Avez-vous déjeuné ? Vous ne voulez pas manger un petit bout ? ». J'adore ce carnet ! Je préfère le cahier GLS<sup>11</sup> car je trouve que ça fait plus sérieux. » (Entretien n°22, aide ménagère sociale).*

Après avoir présenté la collaboration au sein du département des Soins Infirmiers et de l'Aide à la Vie Journalière de manière distincte, nous pouvons, à présent, nous pencher sur la collaboration entre ces deux départements qui, dans certaines situations, s'avère inévitable s'ils veulent fournir un service adéquat aux bénéficiaires. De fait, certains travailleurs, en fonction des plannings prévus chez les bénéficiaires, ont notamment l'opportunité de se croiser. Ils ont donc la possibilité de discuter directement de la situation du patient.

*« Donc nous, en tant que gardes, quand on a une infirmière qui vient, par exemple, pour une toilette et tout ça, on donne un coup de main et on peut aussi donner nos observations parce qu'en fin de compte, elles sont ... environ 20 minutes près de leur patient et nous, ben, on peut*

---

<sup>11</sup> Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile  
Ce Cahier de Coordination Pluridisciplinaire est expliqué dans ce point à la page 43.

*rester parfois 9h près d'un bénéficiaire donc je dirais qu'on voit beaucoup plus de choses. Comme on est là plus longtemps, les gens se confient parfois un peu plus et on voit aussi l'évolution de la personne. Elles [les infirmières] le voient aussi mais c'est normal qu'elles ne sachent pas faire autant d'observations que nous. Mais on n'a pas le même diplôme non plus, il y a des choses que nous, on ne voit pas vu qu'on n'est pas infirmières, on est gardes c'est autre chose. » (Entretien n° 24, garde à domicile)*

De plus, durant le confinement, beaucoup de travailleurs de terrain ont créé, de manière informelle, des groupes Whatsapp ou Messenger. Leur objectif premier était de s'échanger des informations pratiques en lien avec la crise sanitaire. Depuis leur création en 2020, ces groupes ont finalement perduré et sont toujours bien utilisés actuellement. Une autre évolution de communication au sein de l'ASD est l'arrivée du smartphone en mars 2023 pour échanger plus rapidement par mail ou par téléphone avec les collègues ou encadrants étant donné que toutes les données de contact y sont reprises.

Par ailleurs, lorsqu'un infirmier chef ou une assistante sociale reçoit, par exemple, une demande pour instaurer un nouveau service qui ne relève pas d'un métier de son équipe, il contacte l'encadrant responsable du service demandé afin de définir s'il serait possible de mettre en place ce service. Pour aborder ce type de situation, selon le degré d'urgence de la demande, la communication peut se faire de vive voix ou par téléphone. Dans le cas contraire, les demandes sont réalisées de préférence via le logiciel Antalys, par mail ou lors des réunions de centre hebdomadaires. Ces réunions de centre consistent à rassembler une fois par semaine la coordinatrice, les infirmiers chefs et les assistantes sociales d'un même secteur afin d'échanger sur les nouvelles situations, les nouvelles demandes ou les situations complexes. Elles portent le nom de réunions de centre car, avant le déménagement à Bierset, les travailleurs étaient répartis dans trois centres. L'adjointe à la direction de l'AVJ et une assistante sociale nous illustrent cette situation :

*« Elles [personnes présentes aux réunions de centre] revoient un peu les nouvelles demandes qui arrivent, les situations problématiques, pour voir s'il y a lieu de collaborer, de mettre en place d'autres choses. S'il y a des demandes de toilettes en CJB et qu'on se dit : non, on y est allé mais c'est pas une toilette infi. On refait le point : tiens est-ce que tu sais la prendre, combien de fois semaine ? Donc ça, c'est un lieu vraiment où à la fois les coordinatrices, les AS et les infis sont en relation. » (Entretien n°5, adjointe à la direction AVJ)*

*« On a les réunions hebdo tous les lundis, ça permet de se poser autour de la table avec les soins infirmiers et la coordinatrice, discuter de situations communes et apporter son regard sur des situations qu'on a et qu'on n'a pas. Parfois, quand ce n'est pas une situation qui nous concerne, on peut prendre plus de recul. Mais surtout, il faut avoir la volonté de collaborer et de se bloquer le lundi matin. » (Entretien n°18, assistante sociale)*

Cependant, tous les centres n'avaient pas les mêmes pratiques. Ayant une taille relativement petite, les centres d'Aywaille et de Huy organisaient ces réunions de centre hebdomadaires tous les lundis. D'après les travailleurs, ces rencontres sont utiles et portent leurs fruits, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils continuent de fonctionner de cette manière à Bierset. Certains travailleurs de l'ancien site de Liège regrettent de ne pas avoir la possibilité d'organiser ce type de réunion. Ce concept avait été testé également sur le site de Liège mais les travailleurs étant nombreux, ces réunions prenaient trop de temps en plus des autres tâches à réaliser. Par conséquent, elles ont progressivement été abandonnées.

*« On avait imaginé faire 3x20 minutes avec des personnes de secteurs différents. Comme il y a des personnes qui sont à cheval sur deux secteurs, ça fait tout de suite 2x20 minutes. Alors c'était compliqué. Donc, finalement, on a laissé tomber ce système-là aussi. »* (Entretien n°3, assistante sociale)

Cependant, certaines coordinatrices, étant en charge de situations sur le secteur liégeois, relancent ces réunions de centre.

*« Et une coordinatrice a relancé il n'y a pas longtemps sur son secteur, deux AS et un IC et ils se voient une heure toutes les semaines. Donc, elle fait une mini réunion hebdo de son secteur. Donc l'idée, c'est peut-être de faire la même chose avec les autres IC. Mais chacun fait un peu comme il le sent et comme il en a envie. Moi, je n'ai pas de secteur donc j'aurais un peu du mal à faire des réunions avec tout le monde. La richesse, c'est d'entendre ce qu'il se passe sur le secteur voisin. Mais la lourdeur, c'est de passer du temps pour entendre ce qu'il se passe sur le secteur voisin ... Donc forcément, tu as les avantages et les inconvénients pour la même chose. »* (Entretien n°3, assistante sociale)

Maintenant que tous les encadrants sont rassemblés sur le site de Bierset, le comité de direction souhaite que les réunions de centre soient uniformisées et ne soient plus destinées seulement à certains secteurs. Un groupe de travail composé d'une coordinatrice, d'une infirmière cheffe, d'une assistante sociale et coordonné par la chargée de projets a ainsi été créé afin de débattre du sujet de rendre ces réunions plus efficaces. Les points positifs de ces réunions de centre concernent tout d'abord la prise en charge du bénéficiaire qui sera plus optimale car les encadrants des personnes qui l'entourent ont la possibilité d'échanger des informations le concernant et ainsi proposer des nouvelles pistes d'action. Le travail d'équipe est tout autant impacté positivement par ces réunions puisque les personnes présentes peuvent notamment se rendre compte de la réalité des autres métiers au cœur des différentes situations. Cependant, plusieurs problèmes ont été relevés comme le fait que certains travailleurs ne comprennent pas l'utilité de ces réunions, ce qui ne les encourage pas à s'investir. Certains estiment ces moments d'échanges trop longs et répétitifs et préfèrent consacrer leur temps à d'autres tâches. Afin d'y remédier, deux pistes de solution ont ainsi été suggérées au comité de direction pour soit uniformiser les réunions de centre pour toutes les équipes ou soit abandonner ces moments d'échanges jugés presque

indispensables par certains. La première solution proposée est de définir un timing précis à respecter et la seconde est d'y intégrer un temps de gestion des urgences. La décision devrait être prise dans les prochaines semaines.

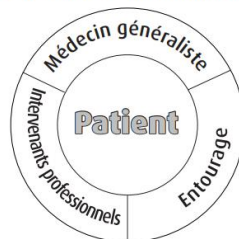
*« Il y a très très longtemps, nous, à Liège qu'on n'a plus eu des réunions de centre. Alors notre coordinatrice en a réorganisées et c'est vrai qu'on n'avait jamais pris le temps de s'asseoir et de parler un peu des patients. Je parlais plus avant que maintenant. Maintenant, c'est plus par Antalys. Je trouve ça un peu dommage. Je me crée mieux une image du patient ou j'entends mieux les infos via une conversation que de lire des messages. Si tout le monde est là, ça prend un temps de dingue alors qu'Aywaille et Huy c'est beaucoup plus petit. Les réalités ont fait que, mais c'est vrai que ça manque un peu. » (Entretien n°9, infirmière cheffe)*

En effet, le rassemblement au sein d'un seul bâtiment facilite les échanges entre les différents travailleurs. Cependant, les travailleurs de terrain sont toujours répartis sur l'ensemble de la zone et sont donc, parfois, moins proches de leur encadrant en cas de besoin. L'ASD a alors rendu disponible des « antennes ». Ces dernières sont des bureaux répartis sur le territoire que couvre l'ASD Liège-Huy-Waremme pour que les encadrants de chaque secteur puissent s'y rassembler et organiser des réunions. Les antennes constituent donc des lieux d'échanges supplémentaires.

Toutefois, les professionnels d'ASD peuvent intervenir chez des bénéficiaires recevant des services de professionnels provenant d'organismes différents, extérieurs à l'ASD. Par exemple, ils peuvent avoir une aide familiale de l'ASD, une infirmière indépendante et une aide ménagère d'une agence de titres-services. Dans ce genre de cas, les professionnels de terrain ne savent pas transmettre diverses informations via les encadrants de l'ASD. D'autres dispositifs peuvent alors être mis en place. Il y a, tout d'abord, le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire créé en 2022 par le Groupement Pluraliste Liégeois (GLS) des Services et Soins à Domicile. Celui-ci a évolué avec les besoins des professionnels (annexe 9).

### Cahier de Coordination

Ce cahier est un outil de communication destiné :



qui nous permet de travailler ENSEMBLE.

Figure 11 - Schéma illustrant les personnes concernées par le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

Avant tout, cet outil appartient au patient. Celui-ci permet aux personnes s'occupant d'un cas complexe d'y mentionner des observations et remarques nécessaires à une prise en charge optimale. Le principe déontologique de chaque profession reste applicable. Au vu des emplois du temps chargés de chaque professionnel et des proches et à défaut de ne pas toujours avoir la possibilité de communiquer verbalement, ce cahier leur permet d'échanger des informations concernant le patient afin d'assurer le suivi adéquat des soins ou de l'aide. Un point positif de ce cahier nous a été relaté par un infirmier chef durant l'entretien n°1.

*« Maintenant, ces cahiers sont riches quand ça se passe bien, quand les gens ont compris le système, forcément. Si on reprend ce cahier, on a tout ce qu'il faut pour préparer une réunion de coordination par exemple. »* (Entretien n°1, infirmier chef)

De plus, il peut être utile lorsque le patient doit être hospitalisé, car certaines pages sont prévues à cet effet afin de renseigner les coordonnées des personnes principales à contacter lors de la sortie de l'hôpital. Par l'utilisation de ce cahier, une collaboration peut naître entre l'hôpital et une coordinatrice de l'ASD notamment pour assurer une continuité des soins et ne pas perdre les bénéfices de l'hospitalisation. Si l'assistante sociale de l'hôpital a connaissance de ce cahier et contacte la coordinatrice concernée, elles vont pouvoir échanger sur les services à mettre en place pour le retour à domicile de la personne et conjointement répondre aux besoins de celle-ci. Cela permet notamment une continuité des soins et étant donné les pénuries dans les divers métiers, la coordinatrice aura un peu plus de temps pour trouver et mettre en place les services adéquats. Le cahier de coordination peut être mis en place par des professionnels ou sur simple demande. Il est fréquemment utilisé dans les situations complexes, c'est-à-dire lorsque le bénéficiaire est entouré de plusieurs prestataires de soins ou de services. En effet, il n'a pas d'utilité si seulement un infirmier vient réaliser une toilette une à deux fois par semaine, par exemple. L'ensemble des travailleurs de l'ASD ont connaissance de ce cahier car cette thématique est parfois abordée durant les réunions d'équipe. De plus, dans le but que les collaborateurs aient encore une meilleure maîtrise de ce cahier, l'organisation d'une formation est prévue pour que les travailleurs sachent dans quelles circonstances l'utiliser, comment écrire un message clair et pertinent, etc. Cette formation est destinée aux travailleurs de terrain, leurs encadrants, aux coordinatrices et à la téléphonie. En ce qui concerne les prestataires externes, d'après les interviews, la plupart utilisent également ce cahier. D'après les différents témoignages recueillis, la bonne utilisation de ce cahier dépend notamment du temps dont dispose le travailleur, de la volonté de transmettre les différentes informations avec les autres professionnels mais principalement de la conscience professionnelle de chaque collaborateur. Cependant, étant donné le fait que le cahier soit à la disposition du bénéficiaire, les professionnels préfèrent parfois échanger certaines informations de manière plus discrète (mail, appel téléphonique, ...). Ces informations peuvent notamment concerner le comportement du patient par exemple.

*« Bien sûr, nous [infirmiers chefs], quand on a des cas complexes, on le [cahier GLS] propose. Les coordinatrices en ont bien sûr avec elles. Les AS quand elles vont en enquête, elles en prennent toujours un aussi car c'est un outil pratique. ».* (Entretien n°1, infirmier chef)

Il existe également les réunions de coordination. L'objectif d'une telle réunion de coordination, organisée par la coordinatrice responsable du dossier, est de rassembler toutes les personnes pertinentes gravitant autour du bénéficiaire. Toutefois, la réunion peut être organisée à l'initiative de l'infirmier chef ou de l'assistante sociale, voire des travailleurs de terrain ou bien même à la sollicitation du bénéficiaire, de son aidant proche ou de son médecin traitant. Notons que cette rencontre peut être organisée sans la présence d'une coordinatrice tout en gardant le même objectif, elle ne porte seulement plus le nom de « réunion de coordination ».

*« On n'appelle pas alors cela une réunion de coordination à proprement parlé. Mais en effet, il arrive assez régulièrement que nous voyons les médecins généralistes et/ou les familles pour mettre au point certaines choses, sans la présence de la coordinatrice, dans les cas où nous sommes le seul service présent par exemple. »* (Entretien n°1, infirmier chef)

Concrètement, les personnes sont conviées à cette réunion en fonction de la thématique à traiter. Selon les circonstances, cette réunion peut se dérouler avec ou sans le bénéficiaire et ces personnes peuvent être internes ou externes à l'ASD. Notamment, concernant les travailleurs internes, nous pouvons retrouver la coordinatrice, l'infirmier chef, l'assistante sociale, l'infirmier, l'aide-soignant, l'aide familiale, la garde à domicile ainsi que l'aide ménagère sociale. Quant aux intervenants externes, peuvent être présents le médecin traitant, la logopède, le kinésithérapeute, etc. Lorsque les coordinatrices contactent des prestataires externes pour intervenir dans des situations dont elles s'occupent, elles leur font parvenir une « convention de collaboration avec un prestataire / service d'aide et de soins » (annexe 10). Ce document stipule entre autres que le prestataire est tenu de compléter le cahier de coordination si nécessaire, de partager les informations relatives à l'évolution des bénéficiaires et d'assister aux réunions de coordination. Au sujet des personnes présentes, il s'avère que les participants ne soient pas systématiquement les mêmes d'une réunion à l'autre. En l'occurrence, pour l'invitation des travailleurs de terrain, étant donné que différentes personnes exerçant la même fonction prestent des soins ou des services chez un même bénéficiaire, la personne conviée sera celle qui s'y rend le plus fréquemment. Toutefois, un des critères à prendre également en compte est la disponibilité des travailleurs. Les professionnels ne sont pas les seules personnes conviées à la réunion, l'aidant proche occupe également une place importante durant ces rencontres. Le verbatim suivant reflète l'importance du choix des collaborateurs présents aux réunions de coordination.

*« Pour les réunions de coordination, surtout pour les gros dossiers, je préfère que des infirmiers viennent avec moi car c'est eux qui connaissent mieux la réalité que moi. Un infirmier ou un*

*aide-soignant, c'est en fonction de la thématique abordée et de qui va le plus souvent chez le patient.* » (Entretien n°9, infirmière cheffe)

Quant à la fréquence de ces réunions, elle dépend de l'état de santé et de dépendance du bénéficiaire ainsi que de son évolution positive ou négative. Dans certains cas complexes, des réunions ponctuelles sont prévues dans le but de vérifier si toutes les aides répondent adéquatement aux besoins du bénéficiaire. De ces rencontres peuvent découler des propositions de nouveaux services à mettre en place pour améliorer son confort. Leurs échanges permettent de réaliser un état des lieux de la situation du bénéficiaire mais surtout de pouvoir définir les ajustements à mettre en place ainsi que d'aborder les difficultés rencontrées. Cette entrevue permet également de redéfinir le rôle de chacun autour du patient :

*« ... C'est ça aussi le rôle d'une coordinatrice, c'est de reclarifier auprès de chacun le rôle et le métier pour qu'on se réaccorde et éviter les malentendus ... »* (Entretien n°2, assistante sociale)

En ce qui concerne les travailleurs de terrain de l'AVJ, ils ont régulièrement des informations pratiques à se transmettre à propos des repas, du linge, de la propreté du logement, etc. du bénéficiaire. Il n'est donc pas nécessaire de passer par les assistantes sociales pour ce type d'information. Afin de ne pas encombrer le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire avec des informations sans relation avec la santé du bénéficiaire, ils ont recours à un cahier de liaison pour, par exemple, inscrire ce qu'il a mangé tel jour pour qu'il ne mange pas trop fréquemment le même repas, ou demander de mettre sécher une machine par exemple. Mais si ces éléments contiennent d'importantes indications au sujet du bénéficiaire, ils l'inscriront dans le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire.

*« Si je n'ai pas su aller faire les courses parce qu'il y a eu un accident avec Madame, donc j'ai juste été chercher du pain. Je dirai à ma collègue que je n'ai pas su faire ça, est-ce que tu sais y aller ? C'est un simple cahier qu'on laisse chez le bénéficiaire pour que l'AVJ communique. »*  
(Entretien n°5, adjointe à la direction AVJ).

Ces outils sont également mobilisés si le bénéficiaire ne reçoit que des services de l'ASD. Leur particularité est qu'ils sont ouverts aux prestataires externes contrairement à Antalys et Allsoft.

Grâce à ces interviews, nous avons pu constater qu'en majorité, les travailleurs de l'ASD semblaient satisfaits de la collaboration interprofessionnelle. Parmi les entretiens réalisés, seulement deux n'étaient pas satisfaits de cette collaboration. La première personne n'était pas satisfaite car ses collègues encadrants des soins infirmiers ne souhaitaient pas organiser de réunion telle que des réunions de centre pour échanger sur les différents cas communs et ainsi trouver des pistes de solution ensemble. De plus, cette personne ne les trouvait pas corrects dans le transfert des tâches entre les deux départements. La seconde personne n'était également pas enchantée de la collaboration interprofessionnelle parce qu'elle estimait ne pas rencontrer suffisamment ses collègues sur le terrain.



Au travers de ces entretiens, des éléments indispensables à une CIP efficace sont apparus. Un des premiers points soulevés est qu'il est essentiel de communiquer mais surtout de savoir communiquer de manière professionnelle avec les bénéficiaires, leurs proches et les autres professionnels. Le fait que les encadrants ou les coordinatrices soient des supports permanents permet un relai d'informations vers d'autres services pour les travailleurs de terrain. De plus, cela rassure ces derniers car ils ne se sentent pas seuls sur le terrain et les encourage également à collaborer davantage lorsqu'ils s'aperçoivent que la collaboration se réalise de manière horizontale (avec leurs pairs) et verticale (top-down et bottom-up). Cette nécessité a notamment été illustrée par une assistante sociale.

*« Avec les responsables, il faut que la communication passe comme dans un triangle et qu'il n'y ait pas de fuite quelque part. Et pour nous aussi, responsables, c'est important qu'on ait les informations pour prendre des décisions, faire le choix de certains ajustements donc il faut vraiment que la communication passe à tous les niveaux et pour ça, il faut une bonne collaboration solide entre chacun. »* (Entretien n°3, assistante sociale)

Ensuite, les valeurs telles que l'esprit d'équipe, l'écoute, le respect entre les différents acteurs de la CIP et la confiance mutuelle sont primordiales. La connaissance des autres métiers du domicile, leur rôle auprès des bénéficiaires ainsi que les limites professionnelles des différentes professions sont également un atout. Une aide ménagère sociale a illustré cette situation dans l'extrait ci-dessous.

*« Une fois, une dame était acculée dans ses papiers donc je lui ai dit qu'une aide familiale pouvait prendre ça en charge plutôt que de laisser les papiers trainer. Donc, c'est important de savoir le rôle qu'elles peuvent avoir en plus de le proposer à la personne. Parce que sinon le bénéficiaire, lui, il nous le demande mais ce n'est pas notre rôle. Même pour les infirmières, parfois il n'ose pas demander. Je lui dis, il va falloir demander une infirmière pour préparer vos médicaments, faire une toilette, ... Et de savoir que c'est le même service, je pense que les gens ça les rassure. Je demande toujours au bénéficiaire de faire la demande lui-même au service mais j'envoie quand même un mail à mon assistante sociale. »* (Entretien n°22, aide ménagère sociale)

Ces compétences donnent aux professionnels les ressources nécessaires pour répondre au mieux aux objectifs communs fixés pour les bénéficiaires.

### 3.4. Enjeux de la CIP

Les différentes personnes interviewées ont fréquemment exprimé les enjeux de la CIP que nous développerons dans cette partie. Les travailleurs s'accordent notamment sur le fait que la collaboration interprofessionnelle à l'ASD permet d'obtenir une vision complète de la situation du bénéficiaire. En effet, grâce à la pluralité des personnes qui l'entourent, la situation du patient est abordée selon différents points de vue avec des avis, des analyses et des regards différents propres à chaque professionnel. Grâce à cette vision holistique de la situation du patient, il est possible de mieux cerner ses besoins et ainsi de

lui proposer d'autres services ou aides afin d'assurer son maintien à domicile dans les meilleures conditions. Une vision complète permet à tous les acteurs de la collaboration d'adapter leur travail, leur comportement, etc. envers le bénéficiaire. Cette adaptation permet de fournir le soin ou le service attendu au bon moment ainsi que d'en assurer un suivi cohérent.

*« Sans cette collaboration interprofessionnelle, il serait difficile d'assurer un suivi de qualité et qui a du sens, qui roule, qui tourne tout simplement. »* (Entretien n°3, assistante sociale)

En matière de collaboration entre les infirmiers chefs, les assistantes sociales et les coordinatrices, ils se concertent notamment pour la répartition des tâches, telles que les toilettes, et la construction des horaires dans le but d'assurer une continuité des soins, de prévoir le professionnel adéquat pour la mission en question et ainsi améliorer la qualité et l'efficacité des prestations.

Quant aux travailleurs de terrain, lors de leurs rencontres chez les bénéficiaires, ils ont l'occasion d'échanger au sujet de leur situation et de leur évolution. De ces échanges peuvent découler une entraide entre les travailleurs internes ou externes à l'ASD. Par exemple, une aide familiale va préparer le nécessaire pour que l'infirmière ait tout ce dont elle a besoin pour réaliser la toilette du bénéficiaire. Comme les infirmières disposent de moins de temps chez leurs patients, les aides familiales qui ont des prestations plus longues, quand elles en ont l'occasion, amorcent en amont certaines tâches afin d'aider leurs collègues. Il en va de même pour les aides ménagères sociales. Ce gain de temps permet aux infirmiers de consacrer leur temps de travail aux soins à prodiguer et moins aux préparatifs qui l'entourent. Si chacun effectuait isolément son travail, cette collaboration serait impossible.

En ce qui concerne Aide & Soins à Domicile, cette relation interdisciplinaire fait partie intégrante de sa culture d'entreprise et de ses atouts. Tout d'abord, le fait de travailler en interdisciplinarité permet de mettre en avant chaque travailleur en les consultant sur la situation des bénéficiaires. De plus, ils ont la responsabilité de transmettre les constats pertinents observés sur le terrain à leur hiérarchie. Même si les travailleurs sont physiquement seuls chez les bénéficiaires, à la faveur des échanges verbaux ou écrits réguliers avec leur hiérarchie, leurs collègues, leur écoute et plus généralement grâce à leur collaboration, ils ont le sentiment de faire partie d'une équipe. Ces différents éléments permettent à ASD de valoriser leurs collaborateurs et ainsi de les fidéliser. Utilisant des pratiques alignées à leurs valeurs, cette dynamique de travail alimente également l'attractivité de l'ASBL envers les bénéficiaires mais également envers de futurs collaborateurs.

*« Si on veut passer toutes les vagues de crises, qu'elles soient sanitaires ou économiques, il faut garder la patientèle. Le bouche-à-oreille, c'est la meilleure publicité. On n'a pas besoin de faire de la publicité, c'est les gens qui font notre pub. On met très longtemps à avoir une bonne réputation et on met peu de temps pour la perdre. Donc il faut entretenir la qualité, le service et donc du coup, prendre soin des travailleurs parce que c'est eux qui vont faire le travail. »* (Entretien n°2, responsable de l'équipe coordination)

### 3.5. Obstacles rencontrés durant la CIP

Intéressons-nous maintenant aux obstacles relatifs à la collaboration interprofessionnelle à l'ASD. Au cours des entretiens, les travailleurs interrogés en ont relevé plusieurs. Tout d'abord, au sujet des encadrants, certains ne sont pas toujours enclins à collaborer et ne souhaitent pas organiser des moments d'échanges comme les réunions de centre.

*« Il y avait des réunions de centre mais c'est tombé à l'eau car les personnes [les encadrants] ne venaient pas toujours à la réunion. Il faut que les gens viennent avec des éléments à apporter sinon ça n'a pas de sens de venir juste parce qu'on se sent obligé. Ça resserrerait peut-être les liens de remettre en place les réunions de centre. Les IC font des soins le matin et les AS sont en visite l'après-midi donc on se croise un peu. Les réunions de centre si on leur rendait une nouvelle jeunesse pour Liège, ce serait l'idéal à condition que chacun voit ça comme du positif. » (Entretien n°8, assistante sociale)*

Par conséquent, sans ces réunions, les tâches ne sont pas toujours attribuées aux bonnes personnes. Nous pouvons illustrer ceci par la prestation des toilettes que les soins infirmiers conservent alors que les aides familiales pourraient les réaliser. Certes, l'infirmier dispose totalement des compétences requises pour cette tâche mais il pourrait sans doute garder cette plage horaire pour un autre bénéficiaire qui, lui, a absolument besoin de soins infirmiers.

*« Avant, il y a cinq, six ans encore, étant donné que les personnes affiliées à la Mutualité Chrétienne avaient tous leurs soins remboursés à 100%, c'était des toilettes qui étaient effectuées presque d'office par des infirmiers. Donc, les infirmiers se sont attachés à leurs patients. Alors, quand on a dit très clairement aux infirmiers qu'il fallait renvoyer ces situations vers les aides familiales qui, elles, font des toilettes d'hygiène, ça vous laisse, à vous infirmiers, beaucoup plus de temps pour gérer les soins et les toilettes médicales. Moi, je me rends compte, parfois, en allant en visite que des personnes ont encore des infirmiers pour faire leur toilette alors qu'ils pourraient très bien être aidés par des aides familiales. » (Entretien n°8, assistante sociale)*

Cependant, il arrive parfois que les encadrants soient conscients que, la réalisation des toilettes n'est pas toujours attribuée au bon service mais les conservent pour compléter leurs horaires.

*« Une fois, on m'a déjà dit, « en principe ce serait pour toi mais j'ai plein de trous et j'ai un horaire très light donc je vais garder la toilette de madame » et puis au moment des vacances on reçoit plein de demandes qui ne sont peut-être même pas justifiées. » (Entretien n°8, assistante sociale)*

De plus, il y a parfois un problème de cohérence face aux bénéficiaires car certains travailleurs acceptent d'effectuer certaines tâches et d'autres non. Ce genre de contradiction peut générer quelques tensions

entre le travailleur qui refuse d'effectuer la tâche demandée et le bénéficiaire perturbant ainsi l'efficacité de la CIP. Ce problème peut être dû à un manque de clarté au niveau des tâches. Le cas qui nous a, souvent, été relaté est l'exemple de la chaise percée. Certains infirmiers estiment que vider la chaise percée leur incombe et d'autres estiment que cela fait partie des tâches des aides familiales.

*« Je suis un peu négative mais je le vis tous les jours. Et en plus, moi, j'ai été de l'autre côté [dans les bureaux en tant qu'infirmière cheffe] et je pensais que tout se passait bien mais finalement, pas toujours. »* (Entretien n°4, infirmière)

Toutefois, comme explicité précédemment, les bénéficiaires ne profitent pas toujours uniquement des services de l'ASD. Ils peuvent avoir une infirmière indépendante, une aide familiale de l'ASD et une aide ménagère d'une agence de titres-services par exemple. C'est dans ce type de situation que la CIP devient plus complexe. Tout d'abord, étant donné que les travailleurs viennent d'organismes différents, il n'y a plus d'infirmier chef et d'assistante sociale qui travaillent dans les mêmes bureaux, qui ont les mêmes logiciels internes, qui travaillent de manière similaire, qui ont des réunions de centre ensemble, etc. La communication est donc déjà moins simple même si elle reste possible par téléphone, via le cahier de coordination, les réunions de coordination ou éventuellement lorsque les professionnels se croisent chez les bénéficiaires.

*« Ce n'est pas le même service, on n'a pas les mêmes communications. Ici, on a un GSM en plus donc on peut contacter tout le monde en interne. Quand ça vient d'autres sociétés, ils n'ont peut-être pas le même fonctionnement que nous. »* (Entretien n°22, aide ménagère sociale).

Malgré cela, la communication n'est pas toujours évidente avec certains prestataires externes car ceux-ci ne se donnent pas la peine de transcrire dans le cahier de coordination, ne complètent pas toutes les cases prévues (date, émetteur, message, récepteur) ce qui ne permet pas d'avoir un message complet, ne lisent pas les communications ou ne communiquent pas de façon professionnelle. Mais cela ne met en cause qu'une partie des collaborateurs externes.

Outre la communication, un des problèmes les plus récurrents avec les prestataires externes est la clarté des rôles de chacun. A l'ASD, chacun est généralement bien conscient des tâches et missions de chaque métier grâce notamment à la présentation des métiers à diverses occasions, aux rappels en réunions d'équipe, etc. Le rôle de chacun varie en fonction de chaque situation et de l'organisme auquel il appartient amenant ainsi des potentiels quiproquos. Un exemple qui nous a souvent été relaté lors des entretiens est le cas des infirmières indépendantes qui pensent que les aides familiales sont « leurs assistantes ». Après leurs prestations de soins, certaines infirmières indépendantes ne rangent pas le matériel dont elles ont eu besoin et laissent ce travail aux aides familiales qui arriveront un peu plus tard dans la journée.

*« Par exemple, les aides familiales ont un rôle différent dans chaque situation mais également en fonction de l'organisation à laquelle elles appartiennent. Je sais qu'à la concurrence, elles n'ont pas le même temps pour effectuer telle et telle tâche qu'ici. »* (Entretien n°18, assistante sociale)

De plus, certaines infirmières indépendantes passent parfois chez le patient pour effectuer un change. Lorsqu'elles arrivent et qu'elles constatent qu'une aide familiale est présente, elles scannent la carte d'identité du patient, ne prestent pas l'acte et délèguent cette tâche à l'aide familiale. Si l'aide familiale effectue la tâche de l'infirmière, ce n'est donc plus la personne disposant des compétences adéquates qui réalisera la tâche.

Les prestataires externes ne discernent pas toujours les différences entre les métiers. Il en va parfois de même pour les familles et les bénéficiaires. Ainsi, en demandant un service d'aide familiale, ils supposent, parfois, que leur rôle englobe également celui d'une aide ménagère. Cette méconnaissance des métiers peut engendrer des tensions car des tâches demandées à l'aide familiale ne seront pas effectuées car elles ne relèvent pas de sa fonction.

En outre, un frein à la collaboration qui a été soulevé est la famille des bénéficiaires. Les familles sont souvent enclines à collaborer lorsque la demande d'aide provient de leur propre initiative. Cependant, ce n'est pas toujours le cas et elles n'approuvent pas toujours la mise en place de nouvelles aides pour diverses raisons. Les familles ne réalisent pas toujours les aides dont ont besoin leurs aînés et les répercussions financières peuvent les freiner.

*« Parfois la famille ne sait pas ou ne veut pas payer les services parce que c'est une prise sur l'héritage. On entend de tout, il faut le savoir. »* (Entretien n°4, infirmière)

Une difficulté qui, en outre, vient parfois s'ajouter à la collaboration est la pénurie de personnels dans certains domaines. Les décisions prises en concertation ne sont pas toujours appliquées étant donné le manque de personnel, les travailleurs sont alors répartis au mieux dans les différentes situations.

*« Quand il y a des malades ou un manque de personnel, on fait passer les cas prioritaires. Donc s'il faut un infirmier et une aide familiale pour une toilette, on mettra l'aide familiale ailleurs et l'infirmier fera la toilette tout seul. »* (Entretien n°4, infirmière)

En considération de l'aspect législatif de la collaboration interprofessionnelle, différents protocoles d'accord ont déjà été rédigés. Les protocoles d'accord sont des intentions politiques qui avaient pour objectif de proposer que les aides familiales reprennent certains actes infirmiers. Néanmoins, ceux-ci ont du mal à aboutir à un changement de législation, notamment parce que les soins infirmiers relèvent des compétences fédérales et l'aide à la vie journalière des compétences régionales et communautaires. Néanmoins, cela n'empêche pas la collaboration interprofessionnelle.

*« La collaboration interprofessionnelle ne s'arrête pas aux protocoles d'accord, elle est beaucoup plus large. Une fois que ce sera passé, il faudra bien expliquer ça en interne mais en externe aussi car les prises en charge ne se font pas toujours à 100% en interne. »* (Entretien n°15, directeur des Soins Infirmiers à la FASD)

Toutefois, il ne faut pas généraliser les problèmes rencontrés avec les travailleurs indépendants ou autres prestataires externes. L'objectif est de mettre en exergue que lorsque les professionnels ne font pas partie de la même organisation, la collaboration interprofessionnelle devient plus complexe. Comme le démontrent les exemples présentés précédemment.

Après cette mise à plat des données récoltées auprès des travailleurs de l'ASD, nous pouvons constater, qu'au sein d'Aide & Soins à Domicile, la collaboration interprofessionnelle est, de manière générale, bien rodée. Nous pouvons apporter quelques nuances au niveau des interactions entre les acteurs. Entre les travailleurs de terrain et leur encadrant respectif, la collaboration peut être qualifiée de « verticale ». Par contre, la collaboration entre les encadrants, c'est-à-dire entre les infirmiers chefs et les assistantes sociales, et les coordinatrices est « horizontale ». A partir des informations recueillies, il ressort que la collaboration interprofessionnelle a principalement lieu entre les travailleurs de terrain et leur encadrant, entre les infirmiers chefs, les assistantes sociales et les coordinatrices lorsqu'elles sont présentes dans la situation du bénéficiaire. Mais cela ne serait pas possible sans les informations fournies par les travailleurs de terrain. Néanmoins, elle n'est pas, non plus, inexistante entre les travailleurs de terrain mais se révèle plus faible étant donné que les informations doivent passer par les encadrants. L'ensemble des moyens de communication plus anciens ou nouveaux sont mis en place pour favoriser et faciliter la communication entre les collaborateurs. Par conséquent, la collaboration est aussi favorisée par la communication, sachant qu'en son absence, il n'y a pas de collaboration.

En ce qui concerne les travailleurs de l'ASD, la collaboration interprofessionnelle peut être perçue comme une responsabilité partagée car chacun est responsable du bien-être du bénéficiaire à son échelle et est donc en charge de relayer les informations pertinentes concernant son évolution. Mais le professionnel doit également prendre en compte les informations fournies par ses collègues et sa hiérarchie afin d'adapter son travail si cela s'avère nécessaire. L'enjeu central de la collaboration interprofessionnelle est d'assurer une continuité des soins en mobilisant les différentes ressources à leur disposition de manière efficace et appropriée. Les différents obstacles semblent venir de l'extérieur. La collaboration avec les prestataires externes à l'ASD est souvent complexe en raison des divers moyens de communication, sans les relais d'informations en interne, par les valeurs spécifiques et la manière de travailler de chacun, par les tâches attribuées aux travailleurs en fonction de leur organisation, par le manque de concertation pour l'élaboration des horaires, etc. Néanmoins, la collaboration interprofessionnelle peut être freinée en interne par des collaborateurs qui ne sont pas enclins à collaborer.

L'ensemble de ces éléments recueillis auprès des travailleurs de l'ASD nous permettra de répondre à notre question de recherche « Comment s'organise la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile ? » dans le point cinq intitulé « discussion ».

## 4. Analyse des données empiriques

L'objectif de cette partie est d'analyser les résultats des données empiriques au regard de la revue de la littérature. Celles-ci ont été recueillies lors des entretiens menés auprès des travailleurs de l'ASD Liège-Huy-Waremme et présentées à la section précédente. Pour réaliser cette analyse, le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux de Careau et al. (2014) (figure 2) a été, dans un premier temps, mobilisé pour cerner les différentes pratiques de collaboration mises en place à l'ASD. Dans un second temps, les facteurs qui impactent la CIP ont été identifiés au travers du schéma proposé par Gerber et al. (2018) portant sur les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle (figure 3). Dans ce même contexte, le modèle à quatre dimensions de collaboration (figure 4) de D'Amour et al. (2008) et le schéma concernant les difficultés rencontrées par les membres d'une équipe dans le cadre du travail en équipe interprofessionnelle (figure 1) présenté par Kvarnström (2008) ont également constitué un filtre judicieux d'analyse.

### 4.1. Les pratiques de collaboration

Au sein du schéma de Careau et al. (2014) est présentée une combinaison de trois savoirs disciplinaires (unidisciplinarité, multidisciplinarité et interdisciplinarité) qui, utilisée par les professionnels, permet de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires. Les entretiens avec les membres des équipes d'ASD ont mis en évidence que leurs pratiques de collaboration mobilisent cette imbrication de savoirs.

Tout d'abord, ce Continuum nous explique que dans les situations relativement simples, un professionnel seul suffit alors que dans le cas de situations complexes, il serait judicieux que les professionnels travaillent ensemble et, de façon ponctuelle, remettent en question leur manière de collaborer dans le but de réajuster leur collaboration si nécessaire (Careau et al., 2014). C'est notamment ce qu'il se passe à l'ASD. De fait, lorsqu'un bénéficiaire n'a besoin que d'un seul service et que sa situation est simple, le professionnel travaille individuellement. Ce cas de figure correspond à la pratique indépendante du Continuum et il est donc question de savoirs unidisciplinaires puisque les savoirs d'un seul professionnel suffisent pour intervenir dans la situation.

En ce qui concerne la pratique par consultation / référence, un exemple concret nous a été relaté au cours de l'entretien n°15.

*« Le kiné voulait que le patient soit dans telle position et l'infirmier dans une autre car la position appuyait sur ses plaies. Ils ont alors fait appel à l'ergothérapeute pour avoir son avis et elle a confectionné des coussins pour que la position demandée convienne au bénéficiaire, au kiné et à l'infirmier. »* (Entretien n°15, directeur des Soins Infirmiers à la FASD)

Cet extrait d'entretien met en avant le fait que les professionnels ont fait appel à un confrère compétent dans un domaine spécifique, afin qu'il puisse apporter ses compétences et solutionner le problème. Les savoirs multidisciplinaires sont ainsi bien présents dans cette situation.



Dans d'autres aspects, c'est la mobilisation des savoirs interdisciplinaires qui entre en jeu. En effet, durant les réunions de centre et les réunions de coordination, les situations complexes sont débattues dans le but de poursuivre leurs objectifs communs et de s'assurer que les services mis en place soient toujours adaptés ou s'il serait nécessaire d'y apporter des ajustements. Nous pouvons avancer ici qu'il s'agit de la mobilisation des savoirs interdisciplinaires. Les professionnels se situent donc dans la pratique de soins et de services partagés et sont ainsi interdépendants pour fournir les meilleurs soins et services au bénéficiaire.

Cependant, d'après certains témoignages, il arrive que les professionnels de l'ASD soient amenés à collaborer avec des travailleurs externes. Ces derniers ne sont pas toujours les plus enclins à collaborer. Les travailleurs se situeraient ainsi plus au sein de la pratique en parallèle car ils ont peu d'échanges et ceux qui ont lieu sont souvent indirects, entre autres via les cahiers de coordination. Leur mobilisation des savoirs se situent entre l'unidisciplinarité et la multidisciplinarité.

#### 4.2. Les facteurs qui impactent la collaboration interprofessionnelle

Par le prisme de la figure 3 relevant un certain nombre de facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle (Gerber et al., 2018) et de la figure 4 présentant le modèle à quatre dimensions de collaboration (D'Amour et al., 2008), les facteurs qui impactent la collaboration interprofessionnelle à l'ASD ont pu être identifiés.

Tout d'abord, la figure 3 nous montre que trois types de facteurs influencent la CIP. Premièrement, par rapport aux facteurs interactionnels (micro), Henneman et al. (1995) avaient relevé que la volonté de collaborer devait venir de toutes les personnes concernées pour que la CIP puisse fonctionner. En effet, à l'ASD, nous avons pu constater que lorsque certains encadrants n'avaient pas la volonté de collaborer, les réunions de centre, notamment, ne se mettaient pas en place. Quant aux travailleurs de terrain, d'après les témoignages recueillis, les travailleurs externes à l'ASD qui entourent le bénéficiaire ne sont pas toujours enclins à cette collaboration. Henneman et al. (1995) insistent également sur le fait qu'une relation de confiance doit régner entre les personnes impliquées au sein de cette CIP. A l'ASD, une telle relation est présente réciproquement entre les encadrants et leurs travailleurs de terrain. En principe, il y a aussi une relation de confiance entre les encadrants par leur bonne foi pour le transfert des toilettes entre les services par exemple. Nous pouvons également considérer que les bénéficiaires et leurs proches partagent ce sentiment avec les travailleurs auxquels ils font appel. Quant à la relation de confiance avec les travailleurs externes, elle n'est pas toujours évidente à créer car les contacts sont parfois moins fréquents, les valeurs et les attentes ne sont peut-être pas similaires, etc. Dans la même idée d'une variable impactante, la communication est mise en avant par Henneman et al. (1995). En effet, elle est omniprésente entre les acteurs de la CIP que ce soit en réunion, par téléphone, par des échanges directs, par mail ou par les carnets de coordination ou de communication présents chez les bénéficiaires. Cette communication permet un partage d'informations entre les acteurs concernés. Néanmoins, elle peut être

freinée avec les travailleurs externes en raison de leurs moyens de communication, à savoir que leur seul canal commun est le cahier de communication. De leur côté, en interne, les encadrants peuvent échanger facilement et rapidement par les logiciels internes. Comme le soulignent D'Amour et Oandasan (2005), les acteurs poursuivent des objectifs communs et ont une vision identique de la situation. Les réunions de coordination permettent de s'aligner sur une perception partagée du bénéficiaire étant donné que tous les acteurs entourant le bénéficiaire sont invités à échanger leur point de vue. Suite à cela, en plus de l'objectif commun général qui est de tout mettre en œuvre pour que le bénéficiaire reste à son domicile dans les meilleures conditions possibles, ils peuvent fixer des objectifs spécifiques liés à la situation de la personne. Par la poursuite des objectifs déterminés ensemble, les travailleurs partagent ainsi certaines responsabilités. Toutefois, il n'est pas toujours possible de rassembler l'entièreté des travailleurs concernés en raison de la difficulté à accorder tous les emplois du temps. En interne, étant donné que plusieurs personnes connaissent la situation d'un même bénéficiaire, si le travailleur de terrain principal n'est pas disponible, un collègue ou l'encadrant qui connaît la situation pourra assister à cette réunion. Malgré tout, suite aux pénuries dans divers métiers et aux financements de différentes institutions, il n'est pas évident de détacher les professionnels pour des réunions. La problématique liée à la disponibilité des travailleurs pour se réunir a également été relevée par Kvarnström (2008). En externe, prenons l'exemple des travailleurs indépendants qui n'ont pas toujours un collègue ou un encadrant pour les représenter s'ils ne sont pas disponibles. De plus, lorsqu'ils assistent aux réunions, ils n'effectuent pas de prestation et ne sont ainsi pas rémunérés. Une convention existe afin de leur permettre d'être rétribués pour ce temps de réunion. L'attrait financier prendrait peut-être parfois plus de place que l'intérêt du patient.

Deuxièmement les facteurs organisationnels (méso) soulignés par Kosremelli Asmar & Wacheux (2007) prônaient une structure plate avec peu d'échelons hiérarchiques pour notamment faciliter la communication et la prise de décision. C'est le cas de l'ASD qui ne dispose que de quatre échelons hiérarchiques. Dans l'organigramme, nous trouvons d'abord les travailleurs de terrain, les encadrants, les directeurs de département et la direction générale. Ces mêmes auteurs mentionnaient qu'il est important que les valeurs et la philosophie de l'entreprise soient en adéquation avec la collaboration interprofessionnelle. Parmi les quatre valeurs de l'ASD (annexe 1) à savoir, le sens de l'humain, l'accessibilité et l'équité pour tous, le professionnalisme et la solidarité d'équipe, nous pouvons retrouver un aspect de collaboration interprofessionnelle notamment au travers de la troisième valeur, le professionnalisme. Ce dernier rappelle qu'il faut respecter ses limites professionnelles, inscrire les demandes et besoins des bénéficiaires au sein d'une dynamique interprofessionnelle, communiquer avec lui et ses proches, les collègues, les encadrants et le réseau de partenaires. De plus, la quatrième valeur, la solidarité d'équipe, est également une valeur attachée à la collaboration interprofessionnelle. Kosremelli Asmar & Wacheux (2007) mettent aussi en avant que les acteurs doivent disposer de temps pour se rencontrer et pour échanger. Pour ce faire, les travailleurs disposent de différentes salles de

réunion sur le site de Bierset et des antennes mises à leur disposition pour se retrouver. En outre, ils ont l'occasion de se rencontrer lors de formations organisées pour un seul métier ou pour plusieurs métiers distincts et en réunion d'équipe, ce qui n'est pas le cas pour les professionnels externes. D'Amour et Oandasan (2005) conseillent de mettre en place un leadership qui permet de laisser place à la CIP. Au sein de l'ASD, les travailleurs sont invités à faire part de leur opinion et participent à la construction d'un objectif commun dans le cadre des situations qui le nécessitent. Par leurs échanges, ils ont l'occasion de partager leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être ainsi que leurs expériences. Les échanges se déroulent entre des personnes appartenant au même échelon hiérarchique (collaboration horizontale) mais également de la hiérarchie envers leurs collaborateurs et inversement (collaboration verticale). Comme le souligne l'extrait de l'entretien n°8, les encadrants sont à l'écoute de leurs collaborateurs.

*« En tant qu'assistante sociale, on est à l'écoute de nos aides familiales et de leurs besoins. Si un bénéficiaire est difficile, on peut faire une tournante. Si elles sont fatiguées, on peut leur proposer de placer des heures de récupération dans l'horaire et de leur mettre des situations plus légères. Elles ont besoin de nous mais nous, nous avons besoin d'elles. »* (Entretien n°8, assistante sociale)

Dans la même logique, Kosremelli Asmar & Wacheux (2007) recommandent d'instaurer des procédures ainsi que des rencontres formelles. Une des procédures instaurées à l'ASD est que les travailleurs de terrain doivent toujours informer leur encadrant de toutes évolutions positives ou négatives des bénéficiaires et des problèmes rencontrés sur le terrain. Les encadrants s'occupant des mêmes situations s'informeront mutuellement et se chargeront de faire le nécessaire. De plus, les réunions de centre et les réunions de coordination peuvent être considérées comme des rencontres formelles. Ces règles sont claires et bien intégrées par les professionnels internes, mais étant donné que chaque organisation dispose de ses propres règles et procédures, certains échanges ne se produiront peut-être pas systématiquement entre les différents organismes.

*« C'est le rôle de tous les travailleurs de l'aide et soins à domicile et ça, je pense qu'on essaie vraiment de leur donner ce message-là pour qu'ils reviennent vers leur chef pour partager les infos du terrain. »* (Entretien n°6, directrice des Soins Infirmiers)

Troisièmement, au sujet des facteurs systémiques (macro), plusieurs auteurs ont précisé que les idées reçues circulant sur certains métiers pouvaient être un frein à la CIP (D'Amour & Oandasan, 2005 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Par exemple, le rôle des aides familiales n'est pas le même au sein de toutes les organisations et peut même varier selon chaque situation. Par conséquent, certaines tâches leur sont parfois laissées alors qu'elles ne font pas partie de leurs attributions. Les acteurs ne prennent pas toujours le temps de se renseigner sur les attributions de chacun. Cela peut, parfois, créer des tensions et ainsi entraver la CIP. Ces mêmes auteurs ont identifié que certains documents législatifs pouvaient impacter la collaboration interprofessionnelle. Dans ce cas-ci, les protocoles d'accord liés à

la CIP qui n'évoluent pas envers des changements législatifs peuvent être un frein à son évolution, car actuellement les aides familiales ne peuvent pas encore reprendre certains actes infirmiers.

Ensuite, la figure 4 ajoute la notion de soutien à l'innovation (D'Amour, 2008). En effet, le sujet a été mentionné à de maintes reprises durant les entretiens menés auprès des travailleurs de l'ASD que l'objectif de rassembler plusieurs corps de métiers pour l'ensemble des projets, notamment dans le cas de la CIP, était d'obtenir diverses idées alimentées par des connaissances, des compétences et des expériences différentes. Ces échanges en pluridisciplinarité permettent de mettre en commun notamment des savoirs, comme l'explique Careau et al. (2014) avec le Continuum des pratiques de CIP en santé et services sociaux, afin d'arriver à de nouvelles idées, pistes d'action ou de solution. Ces idées peuvent émaner des réunions de centre, des réunions de coordination, d'échanges directs sur le terrain mais également en réunion d'équipe.

En ce qui concerne les facteurs qui entravent la collaboration interprofessionnelle, le schéma proposé par Kvarnström (2008) (figure 1) ainsi que d'autres ressources peuvent nous aider à identifier les potentielles variables qui entravent la CIP sur le terrain à l'ASD.

Il nous a été transmis dans le cadre des entrevues que la collaboration était plus simple avec certains travailleurs que d'autres en regard des compatibilités professionnelles et personnelles de chacun.

*« Chez madame X quand ce n'est pas l'infirmière habituelle, ce n'est pas la même chose. Quand c'est une infirmière qu'on ne connaît pas, on interviendra moins, on ira moins vite vers elle. »*  
(Entretien n°25, aide familiale)

Un témoignage met en avant le manque d'intérêt que portent parfois certains professionnels de la santé envers leurs collègues et réalisent leur travail plutôt de manière individuelle. Cette attitude peut refléter un manque de respect et de volonté de collaborer.

*« Les médecins traitants ne sont pas toujours disponibles pour les réunions de coordination donc on ne collabore pas assez bien. Ils disent leur avis à la famille et puis pouf ils s'en vont. »*  
(Entretien n°4, infirmière)

Du fait, Kvarnström (2008) avait relevé qu'il était complexe d'aboutir à un consensus en équipe. A l'ASD, au sein des équipes qui interviennent auprès des bénéficiaires, même si l'ensemble des travailleurs font partie de l'ASD, il n'est pas toujours simple d'arriver à un compromis. L'extrait suivant reflète que les professionnels ne tiennent pas systématiquement compte des besoins de leurs collègues. Ce type de comportement peut avoir des conséquences négatives sur l'équipe mais également sur l'entreprise car cela leur a coûté la cessation de contrat d'un bénéficiaire.

*« Ici, on a eu le cas chez une dame où il fallait vraiment instaurer un palan pour ne pas forcer. Et ben ici, ça se coordonnait bien parce qu'on était du même service avec les infirmières. Mais*

*le problème qu'il y a eu, c'est que certaines aides familiales ne voulaient pas l'utiliser parce qu'elles n'avaient pas de souci de dos. Chez les infirmières, ça a été pareil, elles n'ont pas voulu non plus l'utiliser. Donc, ils ont dû faire une réunion ici pour se mettre d'accord pour voir si on prenait un palan ou pas. Finalement, on n'a pas pris le palan, la famille n'a pas été très contente et résultat des courses, ils ont changé de service ! » (Entretien n°19, aide familiale)*

De plus, l'importance des managers de proximité a également été mise en avant par Kvarnström (2008) et en effet, à l'ASD, les encadrants tels que les infirmiers chefs et les assistantes sociales ont un rôle très important au sein de la collaboration. Ce rôle peut se décliner sous deux formes, ils ont un rôle de support pour leurs travailleurs de terrain mais également un rôle de relai d'informations entre les deux départements.

*« Dès que j'ai un souci, je contacte mon assistante sociale tout de suite et elle fait le relai, elle s'occupe vraiment de tout ça et c'est génial. C'est très important de pouvoir compter sur son assistante sociale. » (Entretien n°10, aide familiale)*

Par ailleurs, Gerber et al. (2018) soulignaient l'importance de ne pas chercher à avoir le monopole au sein d'une situation ni son intérêt personnel, il faut agir dans l'intérêt du patient. Chacun doit percevoir ce qu'il apporte au patient ainsi que la complémentarité de chacun (Jacob & Poitras, 2015).

*« Je connaissais fort bien une infirmière indépendante qui était assez carrée. Elle allait dire partout qu'en tant qu'aide familiale, on lui volait son travail alors que c'était pas du tout ça. Le but ce n'est pas d'aller voler le travail des autres. Nous, on travaille avec des infirmières, donc c'est pour compléter. Je pense qu'elle nous voyait un peu comme des concurrentes. Et puis, c'est une dame qui ne voyait que l'argent, plus elle avait des personnes, plus elle rentrait de l'argent forcément. » (Entretien n°19, aide familiale)*

De part cette analyse, nous pouvons constater que la collaboration interprofessionnelle à l'ASD Liège-Huy-Waremme semble plutôt bien structurée au regard des recommandations scientifiques sur le sujet et mise en place par les collaborateurs quel que soit leur niveau hiérarchique. Cette analyse nous a également permis de mettre en lumière les pistes d'action instaurées par l'ASD afin que la collaboration interprofessionnelle se déroule au mieux et soit porteuse de résultats positifs. Néanmoins, plusieurs faits ont été relevés et nous ont permis de mettre en évidence des comportements problématiques ayant tendance à entraver la collaboration.

## 5. Discussion

Le but poursuivi par cette étude était de comprendre le développement de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile grâce à l'étude du cas de l'ASBL « Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme ». Dans ce cadre, les données empiriques (récoltées au moyen d'entretiens et d'observations participantes) ont été analysées au regard de la revue de la littérature afin d'appréhender les facteurs qui influencent, positivement ou non, le processus de la CIP et la manière dont cette dernière se traduit dans les pratiques sur le terrain. Cette dernière partie de l'étude sera consacrée à apporter quelques recommandations et perspectives qui pourraient permettre d'accroître les bénéfices de la CIP de l'ASD. Nous achèverons ce travail en énonçant diverses limites inhérentes à celui-ci.

Il nous semble intéressant de rappeler que d'après notre recherche menée au sein d'Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme, il a été constaté que la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile a lieu à différents niveaux. En effet, elle se réalise par des interactions directes et spontanées lorsque les collaborateurs se rencontrent sur le terrain et par des échanges écrits lorsqu'ils mentionnent et relèvent les informations dans les cahiers de communication ou de coordination présents chez les bénéficiaires. Les travailleurs de terrain transmettent les différentes informations pertinentes au sujet des évolutions des situations des bénéficiaires à leur encadrant respectif. La collaboration interprofessionnelle a également lieu entre les encadrants de ces travailleurs de terrain qui organisent le travail de manière efficace en fonction des situations auxquelles ils sont confrontés et collaborent avec la coordinatrice. De même, ils se répartissent les différentes tâches et demandes en fonction des métiers les plus appropriés à la situation du bénéficiaire. De plus, dans la plupart des situations complexes, une coordinatrice est présente dans le but de coordonner les métiers internes et externes qui entourent le bénéficiaire. Des réunions ponctuelles ou occasionnelles ont lieu pour mettre en place les aides et soins à domicile, vérifier si les besoins de la personne sont toujours satisfaits et adapter les services si nécessaire. Ces réunions peuvent être organisées en présence du bénéficiaire, des aidants proches et des professionnels qui entourent ce bénéficiaire. Cependant, il n'est pas toujours utile de rassembler l'ensemble des professionnels. Les bénéficiaires des services à domicile ont régulièrement besoin de plusieurs métiers différents autour d'eux ce qui entraîne une collaboration entre les professionnels de plusieurs organisations.

Ce mémoire étant empirique et reflétant une collaboration interprofessionnelle qui fonctionne globalement bien, mises à part certaines difficultés comme le manque de volonté de collaborer de certains travailleurs internes ou externes à l'organisation, les pratiques, les objectifs et les valeurs de chacun, il pourra ainsi encourager d'autres organisations à mettre également en place cette méthode de travail. Comme le précisent Jacob et Poitras (2015), des dirigeants perçoivent toujours la collaboration interprofessionnelle comme une perte de temps suite à des réunions et des projets sans résultat. La mise en place de la CIP à l'ASD, ses bénéfices et ses obstacles sont mis en avant au sein de ce travail. En plus

de mettre en évidence un exemple empirique inspirant, ce travail réunit différentes sources scientifiques concernant la mise en place de la CIP.

Au cours des recherches sur le sujet, nous avons pu remarquer que les études réalisées sur la collaboration interprofessionnelle étaient fort ciblées au sein des milieux hospitaliers et particulièrement sur les infirmiers et les médecins. Les métiers de l'aide comme les aides familiales, les gardes à domicile, les aides ménagères et les assistantes sociales ne sont que peu, voire pas du tout pris en compte alors que leur implication au sein de cette collaboration est très importante comme le montre le cas d'ASD. Les recherches scientifiques sont ainsi réalisées plus fréquemment au sein des institutions hospitalières qu'au cœur de l'aide et des soins à domicile.

Suite à nos résultats et aux études scientifiques consultées, quelques pistes d'idées pour améliorer davantage les bienfaits de la CIP ont émergé. Les nouveaux locaux de l'ASD Liège-Huy-Waremme peuvent maintenant accueillir quatre personnes par bureau. Il serait peut-être intéressant de rassembler les assistantes sociales et les infirmiers chefs d'un même secteur et pourquoi pas, si cela est faisable, avec la coordinatrice attitrée à ce même secteur afin de favoriser davantage les échanges directs entre les encadrants.

Ensuite, nous pensons qu'il pourrait être utile que l'ASD Liège-Huy-Waremme organise en interne des formations pour les travailleurs concernés par la collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire les coordinatrices, les assistantes sociales, les aides familiales, les gardes à domicile, les aides ménagères sociales, les infirmiers chefs, les infirmiers et les aides-soignants. Ces formations seraient structurées par quelques notions théoriques (définition de la CIP, ses objectifs, les personnes concernées, etc.) dans le but de poser le cadre et par des mises en situation basées sur des cas concrets relatés par les travailleurs. L'objectif de ces mises en situation serait de déterminer le rôle approprié et l'apport de chacun dans la situation, d'identifier peut-être des métiers manquants, de proposer des pistes d'action, etc. Les mises en situation peuvent également porter sur les types d'informations à relayer aux encadrants et les informations à inscrire dans les cahiers de communication. Les équipes seraient composées d'un membre de chaque métier de la CIP, ce qui permettrait à chacun d'en apprendre davantage sur les professions de leurs collègues. L'idéal serait de favoriser des petits groupes pour faciliter les échanges et laisser à tout le monde l'opportunité de s'exprimer. Quant à la formation des équipes interdisciplinaires, González-Martínez et Bulliard (2018) suggèrent qu'en leur sein figure un ou plusieurs professionnels ayant de l'expérience dans la collaboration interprofessionnelle. Cela permettrait d'instaurer une dynamique au sein de l'équipe et initierait les nouveaux collaborateurs.

De plus, lorsque les représentants de l'ASD se rendent notamment au sein des établissements scolaires et des centres de formation, il s'agit d'une occasion à saisir pour mettre en avant l'importance de la collaboration interprofessionnelle au cœur des métiers du domicile pour le bien-être du bénéficiaire ainsi

que la plus-value pour les travailleurs eux-mêmes. Par exemple, les stages d'étudiants à l'ASD sont également une opportunité de les sensibiliser à cette thématique.

Dans la même idée, organiser des activités comme des « team building » au sein de l'ASD serait une manière ludique de créer du lien entre les travailleurs, un esprit d'équipe et indirectement d'en apprendre davantage sur les métiers de chacun par leurs échanges, ce qui favoriserait la CIP.

Dans le but de remédier à ce manque de collaboration avec les prestataires externes, il serait opportun de songer à l'organisation d'une séance d'information ouverte à l'ensemble des métiers du domicile internes ou externes à l'ASD. L'objectif de cette séance serait de présenter, mettre en évidence les pratiques de collaboration instaurées à l'ASD mais également les avantages que cette collaboration interprofessionnelle peut apporter aux bénéficiaires, aux professionnels et aux entreprises d'aide et de soins à domicile. Cette séance pourrait être accompagnée d'une table ronde composée de métiers différents et d'organisations différentes. Un animateur, désigné au préalable et qui serait un travailleur de l'ASD ayant de l'expérience dans la CIP, pourrait lancer des débats sur base de situations rencontrées sur le terrain dans le but de faire émerger des constats, des remarques, des suggestions, ... Après avoir reçu ces informations et participé aux débats proposés, les prestataires pourraient développer une vision plus positive de la CIP et s'y investiraient peut-être plus facilement.

Pour clore cette partie et sans remettre en question l'intérêt des résultats obtenus, certaines limites inhérentes à cette recherche doivent être énoncées. Afin de répondre à cette question de recherche avec plus de précision et d'une manière plus globale, il serait intéressant de mener une recherche similaire à celle effectuée pour ce mémoire au sein d'autres centres d'aide et de soins à domicile de différentes tailles et provenant de diverses zones géographiques. Obtenir le point de vue et la perception de la mise en place de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile par des travailleurs externes à l'organisation mais impliqués dans cette collaboration permettrait également d'en savoir davantage par rapport à cette question de recherche. Il serait également pertinent de solliciter des bénéficiaires et des aidants proches afin d'obtenir leur opinion concernant leur implication au sein de cette collaboration interprofessionnelle. Par exemple, le point de vue du bénéficiaire serait susceptible d'amener des éléments concrets concernant sa satisfaction des soins reçus, ses impressions sur la qualité du suivi, etc. Ces nouvelles recherches pourraient permettre d'améliorer la validité des données recueillies durant ce travail.

Concernant notre échantillonnage, nous avons tenté de le rendre cohérent en interrogeant un nombre de travailleurs identique par métiers en tentant de couvrir l'espace géographique Liège-Huy-Waremme. Cependant, il aurait été possible de le compléter davantage si nous avions eu l'opportunité d'interroger l'ensemble des travailleurs de l'Aide à la Vie Journalière et des Soins Infirmiers. Des informations complémentaires auraient pu apparaître si nous avions eu l'occasion d'obtenir le point de vue de plusieurs bénéficiaires ou aidants proches concernés par cette CIP ainsi que des professionnels externes



collaborant avec l'ASD. Par le temps restreint de l'étude et les emplois du temps chargés des professionnels, il ne nous était possible de réaliser qu'un nombre limité d'entretiens. Afin de faciliter la retranscription et l'analyse des divers entretiens menés, chaque personne a, avec son accord, été enregistrée. A certains moments, cela a pu freiner leur expression et elles n'ont, peut-être, pas osé tout révéler. De plus, concernant l'observation réalisée, étant donné que nous étions présente à la réunion, les intervenants étaient susceptibles d'adapter leur comportement. Néanmoins, nous pensons que les travailleurs sont restés fidèles et sincères dans leurs échanges. Enfin, le présent travail s'inscrit dans une démarche qualitative, ce qui représente une relative limite méthodologique. Comme précisé précédemment, l'objectif était de comprendre le phénomène particulier de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte de l'ASD Liège-Huy-Waremme, d'où la nécessité de recourir à une étude qualitative. Néanmoins, les résultats sont donc inhérents au terrain d'étude de ce cas, ce qui peut entraver une généralisation empirique.

## Conclusion

Notre recherche a ciblé la manière dont ASD Liège-Huy-Waremme s'organise en termes de collaboration interprofessionnelle. L'évolution de notre société ainsi que le vieillissement de la population influencent la sollicitation de plus en plus intense de ces centres. Par la construction de notre revue de la littérature, la notion de collaboration interprofessionnelle a pu être éclaircie dans le but d'éviter toute confusion. Au travers de la littérature, nous avons ainsi pu constater que la CIP n'est pas un concept nouveau et particulièrement dans le secteur des soins de santé. Au sein de ce milieu, la CIP permet aux professionnels de métiers distincts d'échanger leurs savoirs et leurs pratiques dans le but de mettre en place des pratiques de travail cohérentes et efficaces afin de favoriser une continuité des soins pour les bénéficiaires (D'Amour et Oandasan, 2005). Par ailleurs, l'ensemble des sources consultées ont permis également de mettre en évidence les enjeux, les obstacles, les différentes pratiques de collaboration ainsi que les facteurs qui l'influencent. La littérature semble s'accorder sur le fait que la CIP est bénéfique autant pour le bénéficiaire, que pour les professionnels que pour l'organisation qui l'instaure au sein de ses pratiques de travail.

Au niveau de la méthodologie, la méthode qualitative a été choisie et structurée en trois phases, ce qui nous a permis de laisser une place importante aux discours des acteurs. La première phase concernait la conduite des entretiens exploratoires. Ces derniers ont permis d'identifier les acteurs touchés et impliqués au sein de la collaboration interprofessionnelle ainsi que d'avoir une première approche de la mise en place et de l'organisation de la CIP au sein de l'ASD Liège-Huy-Waremme. La deuxième phase portait sur l'organisation des entretiens semi-directifs. Grâce à ceux-ci, nous avons obtenu une série d'informations pertinentes à l'analyse et à la réponse de notre question de recherche qui était « Comment s'organise la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de l'aide et des soins à domicile ? ». Enfin, la dernière phase consistait à réaliser de l'observation participante. Cette dernière a permis d'observer les interactions entre les intervenants ainsi que leurs attitudes durant leurs moments d'échange organisés dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle.

Concernant notre partie empirique de cette étude, après avoir collecté un ensemble d'informations au sujet de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'ASD Liège-Huy-Waremme, nous les avons présentées en les structurant en cinq parties. Nous avons décrit, tout d'abord, le projet Aide & Soins à Domicile. Ensuite, nous avons présenté les différents acteurs impliqués, expliqué comment la CIP se mettait en place et s'organisait à l'ASD. Enfin, nous avons exposé les divers enjeux liés à celle-ci et avons mis en évidence les obstacles rencontrés par les travailleurs durant la CIP.

Par la suite, l'analyse des données empiriques au travers de la revue de la littérature a permis de percevoir la concordance entre la mise en place de la CIP à l'ASD et celle préconisée par la recherche scientifique. Dans l'ensemble, une relative similarité a émergé, excepté le fait que la CIP de notre cas d'étude était plus importante au niveau des encadrants étant donné que les informations et les décisions sont entre

leurs mains alors que les différents auteurs mentionnaient que les professionnels étaient directement en relation.

Pour terminer, dans notre partie discussion, nous avons répondu à notre question de recherche en stipulant que la collaboration interprofessionnelle s'organisait à différents niveaux hiérarchiques par des échanges formels et informels pour apporter des pistes d'action pertinentes et cohérentes face à des situations complexes. Cette méthode de travail permet aux professionnels de tenter de mettre tout en œuvre pour assurer le bien-être des bénéficiaires selon leurs besoins. Pour se faire, les professionnels, par le biais de leurs encadrants, se répartissent les tâches en fonction des métiers les plus appropriés. Ces services peuvent être disponibles en interne ou en externe car aucun professionnel ne dispose de l'ensemble des compétences requises pour répondre globalement aux demandes d'un bénéficiaire. Les membres des équipes interdisciplinaires sont ainsi complémentaires. Il s'agit généralement d'une philosophie d'entreprise car si la CIP n'est pas portée par l'organisation, elle sera difficilement réalisable. Il nous semble important de rappeler que cette recherche n'a été menée qu'au sein d'une seule entreprise, il est donc impossible de prétendre que cette organisation soit similaire à l'ensemble des centres d'aide et de soins à domicile. Nous avons également suggéré quelques recommandations pour la poursuite de cette recherche et mentionné les limites auxquelles nous avons été confrontée pour la réalisation de ce travail.

En tant que future gestionnaire des ressources humaines, ce travail nous a permis de comprendre à quel point la collaboration entre les travailleurs est importante. Cette méthode de travail contribue à leur bien-être personnel car ils se sentent valorisés par leur partage d'expériences et de connaissances. De plus, ils s'enrichissent par leurs échanges mutuels. Par cette coresponsabilité présente au sein des équipes interprofessionnelles, les travailleurs ne se sentent plus seuls face aux situations complexes des patients. L'ensemble de ces éléments constituent un outil supplémentaire pour fidéliser les travailleurs présents mais également pour rendre une organisation attractive.

Nous pouvons ainsi conclure cette recherche par une réflexion de González-Martínez et Bulliard (2018) qui relatent que « *toutefois, l'interprofessionnalité ne se prescrit pas, elle se construit au quotidien* » (p. 18).

## Bibliographie

Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. (s.d.). Aide familial·e - Secteur Liège nord/Alleu - renfort été. *Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme*. Consulté le 10 mai 2023, sur <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/aide-familiale-secteur-liege-nordalleu-renfort-ete>

Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. (s.d.). Aide ménagè·e social·e (h/f/x) - Ourthe-Amblève. *Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme*. Consulté le 10 mai 2023, sur <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/aide-menagere-sociale-hfx-ourthe-ambleve>

Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. (s.d.). Aide-soignant·e·s. *Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme*. Consulté le 10 mai 2023, sur <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/offres-emploi/aide-soignantes>

Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. (2023). *Carte Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme* [image en ligne]. Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. Consulté le 3 mars 2023, sur <https://liege.aideetsoinsadomicile.be/fr/contact-asd-liege>

Aide & Soins à Domicile Liège-Huy-Waremme. (2022). *Rapport d'activité 2021*. Prévot, T. [https://liege.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/rapport\\_dactivite\\_2021\\_-\\_asd\\_lhw.pdf](https://liege.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/rapport_dactivite_2021_-_asd_lhw.pdf)

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A-M. Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19 (84), p. 142-145. [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)

Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A-M., & Pariseau-Legault, P. (2017). Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. *Santé Publique*, 29(5), p. 693-706. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0693>

Careau, E, Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. & Museuw, A-C. (2014). Continuum des pratiques de la collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. *Université de Laval*. Consulté le 15 février 2023, sur [https://www.researchgate.net/publication/263198757\\_Continuum\\_des\\_pratiques\\_de\\_collaboration\\_interprofessionnelle\\_en\\_sante\\_et\\_services\\_sociaux](https://www.researchgate.net/publication/263198757_Continuum_des_pratiques_de_collaboration_interprofessionnelle_en_sante_et_services_sociaux)

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodríguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), p. 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), p. 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>

Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51(1), p. 99-107. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182763312>

DeWitt C. Baldwin Jr. (2007). Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*, 21(sup 1), p. 23-37. <https://doi.org/10.1080/13561820701594728>

Drieskens, S. (2020, mars). *Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile*. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/hs\\_report\\_2018\\_fr\\_final.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/hs_report_2018_fr_final.pdf)

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, 112(2), p. 29-42. <https://doi.org/10.3917/geco.112.0029>

Eckenschwiller, M., Wodociag, S., & Mercier, S. (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Management & Avenir*, 131(5), p. 15-38. <https://doi.org/10.3917/mav.131.0015>

Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile. (2023). *Carte Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile* [image en ligne]. Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile. Consulté le 3 mars 2023, sur <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/nos-asd>

Friedberg, E. (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. *Revue Française De Sociologie*, 33(4), p. 531-557. <https://doi.org/10.2307/3322225>

Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*, 99(44), p. 1524 - 1529. <https://doi.org/10.4414/bms.2018.17276>

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1985). Les entretiens. *Les enquêtes sociologiques*. Théories et pratique. Paris : Armand Colin (Col. U), 4 ème édition, p. 75-80.

González-Martínez, E., & Bulliard, C. (2018). Collaboration interprofessionnelle jeune infirmière diplômée-assistante sociale : appels téléphoniques de préparation de la sortie de l'hôpital. *Recherche En Soins Infirmiers*, 133(2), p. 15-36. <https://doi.org/10.3917/rsi.133.0015>

Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile (2020). Schéma illustrant les personnes concernées par le Cahier de Coordination Pluridisciplinaire [image en ligne]. GLS. Consulté le 4 mars 2023, sur <https://www.gls-soinsdesante.be/upload/medias/2021/12/doc-4-cc.pdf>

Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile (2020). Cahier de Coordination Pluridisciplinaire. GLS. Consulté le 4 mars 2023, sur <https://www.gls-soinsdesante.be/upload/medias/2021/12/doc-4-cc.pdf>

Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H., North, N., & Stone, P. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), p. 237–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>

Headrick, L., Wilcock, P., & Batalden, P. (1998). Continuing Medical Education: Interprofessional Working and Continuing Medical Education. *British Medical Journal*, 316(7133), p. 771-774. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7133.771>

Henneman, E., Lee, J., & Cohen, J. (1995). Collaboration : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), p. 103 - 109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>

Jacob, R., & Poitras, J. (2015). Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin. *Gestion*, 40(3), p. 52-59. <https://doi.org/10.3917/riges.403.0052>

Klein, J-L. (2012). Le leadership partagé : une condition pour le développement local. *L'État du Québec*, p. 84 à 91.

[https://www.passerelles.quebec/system/files/upload/documents/posts/juan\\_luis\\_klein\\_leadership\\_et\\_gouvernance\\_edq\\_2012.pdf](https://www.passerelles.quebec/system/files/upload/documents/posts/juan_luis_klein_leadership_et_gouvernance_edq_2012.pdf)

Kosremelli Asmar, M., & Wacheux, F. (2007, février). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Conférence Internationale en Management Beyrouth, Liban, p.57-75. <https://shs.hal.science/halshs-00170357>

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), p. 191-203. <https://doi.org/10.1080/13561820701760600>

MacIntosh, J., & McCormack, D. (2001). Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38, p. 547–555. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00095-x](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00095-x)

Morin, E. (1994, juin). *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires n° 2*. Centre international de recherches et études transdisciplinaires. Consulté le 29 avril 2023, sur <http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>

Milot, É., Fortin, G., Dogba, J., Brière, N., Aubin, M., & Careau, E. (2016). Démarche systématique de création d'une trousse pédagogique facilitant l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : défis et perspectives. *Pédagogie Médicale*, 17(4). <https://doi.org/10.1051/pmed/2017012>

- Nguyen, D. (2019, juillet). *Enquête de santé 2018 : Fragilité chez les personnes âgées*. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/fr\\_fr\\_2018.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/fr_fr_2018.pdf)
- Nos valeurs. (s.d.). *Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile*. Consulté le 4 avril, sur <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/nos-valeurs-fasd>
- Notre histoire. (s.d.). *Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile*. Consulté le 4 avril, sur <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/notre-histoire>
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Chronic care in Belgium : development of a position paper*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_190C\\_organisation\\_care\\_chronic\\_patients\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_190C_organisation_care_chronic_patients_0.pdf)
- Simonet, M. L. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue Médicale Suisse*, 13(579), p. 1771-1772. <https://doi.org/10.53738/revmed.2017.13.579.1771>
- Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S., & Enderby, P. (2018). Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services*, 31(4), 452-467. <https://doi.org/10.1108/lhs-06-2016-0026>
- Solomon, P. (2010). La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir ? *Physiotherapy Canada*, 62(1), p. 56-65. <https://doi.org/10.3138/physio.62.1.56>
- Somasse, E., Degeest, I., De Munck, P., Gosselain, Y., & Nele, G. (2012, janvier). *Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins*. Service public fédéral. <https://cmappublic3.ihmc.us/rid=1VF1WDX9H-1JZN6ZZ-12G2/Interdisciplinarit%C3%A9%20et%20leadership.pdf>
- Tarricone, R., & Tsouros, A (2008). *Home care in Europe*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328766/9789289042819-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Turvey, M. T. (2007). Action and perception at the level of synergies. *Human Movement Science*, 26(4), p. 657-697. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2007.04.002>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5<sup>e</sup> édition). Dunod.

## **Annexes**

### **Annexe 1 : Valeurs de la Fédération des Aides et Soins à Domicile**

#### **SENS DE L'HUMAIN**

La personne qui se trouve devant nous est d'abord un être humain avec son histoire, ses qualités, ses attentes, ses besoins.

Vous écouter, être attentif à vos conditions de vie et de travail permet :

- D'entrer dans une relation qui vous respecte, vous reconnaît comme personne
- De nous adapter à vos spécificités
- De satisfaire au mieux vos besoins

#### **ACCESSIBILITE & EQUITE : POUR TOUS**

L'accessibilité à nos services passe par :

- Un accueil de toutes les demandes sans distinction
- Une clarification de votre demande
- Une explication des possibilités d'offres par nos services

Un souci d'équité sous-tend cette volonté d'accessibilité. Il s'agit de donner à chacun ce dont il a besoin en fonction de sa situation.

#### **PROFESSIONNALISME**

Pour nous, être professionnel, c'est :

- Être compétent et conscient de nos limites professionnelles
- Nous inscrire dans la mission de l'institution et dans le travail d'une équipe
- Être à l'écoute de vos demandes, attentif à vos besoins et d'intégrer tout cela dans une dynamique interprofessionnelle
- Communiquer dans le respect de l'autre avec vous ainsi qu'avec votre entourage, avec nos collègues et responsables, avec notre large réseau de partenaires
- Être en formation continue dans les divers champs de compétences utiles à nos fonctions

#### **SOLIDARITE D'EQUIPE : Ensemble dans un esprit d'équipe**

Les services existent pour fournir des aides et soins à domicile à vous qui en avez besoin. A ce titre, ils constituent un mode de solidarité dans la société.

L'attention à la personne et la qualité du service sont signe de cette solidarité.



Celle-ci vit aussi dans les équipes, par l'entraide entre les travailleurs, par la prise de décision conjointe qui implique plusieurs intervenants, par le partage d'expérience entre collègues, par le soutien mutuel.

## **Annexe 2 : Compétences et diplômes requis pour exercer la fonction d'aide familiale à l'ASD**

### **Compétences requises :**

- Démontrer un savoir-faire dans les actes d'aide à la vie quotidienne
- Démontrer une capacité de travailler dans un service organisé et au sein d'une équipe
- Savoir travailler en interdisciplinarité en se référant aux autres professionnels pour toutes les tâches qui dépassent sa compétence
- Savoir adapter son intervention aux situations de vie à domicile
- Savoir travailler de façon autonome à domicile tout en respectant les directives de service, les décisions prises en équipe et les bénéficiaires dans ce qui fait le contexte de leur vie quotidienne
- Démontrer une capacité d'observation, de réflexion, d'analyse et de transmission d'informations autour des situations rencontrées
- Développer le sens du contact humain, l'écoute, et la capacité à entrer en relation
- Être capable de réagir en cas de situation exceptionnelle
- Être rigoureux dans le suivi des consignes administratives
- Respecter les règles de déontologie, de devoir de discrétion, de secret professionnel et de secret partagé

### **Être en possession d'une attestation certifiant qu'une formation a été suivie selon une des filières suivantes :**

- Enseignement secondaire de plein exercice : certificat d'auxiliaire familiale et sanitaire, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignante, certificat de puéricultrice, certificat d'aspirante en nursing
- Enseignement de promotion sociale : certificat d'auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignante
- Centre d'éducation et de formation en alternance : mêmes certifications que pour l'enseignement de plein exercice

### **Annexe 3 : Compétences et diplômes requis pour exercer la fonction de garde à domicile à l'ASD**

#### **Dans le cadre de votre mission, vous serez capable de :**

- Démontrer un savoir-faire dans les actes d'aide à la vie quotidienne.
- Démontrer une capacité d'occupation et d'animation de la personne.
- Démontrer une capacité de travailler dans un service organisé et au sein d'une équipe.
- Savoir travailler en interdisciplinarité en se référant aux autres professionnels pour toutes les tâches qui dépassent sa compétence.
- Savoir adapter son intervention aux situations de vie à domicile.
- Savoir travailler de façon autonome à domicile tout en respectant les directives de service, les décisions prises en équipe et les bénéficiaires dans ce qui fait le contexte de leur vie quotidienne.
- Démontrer une capacité d'observation, de réflexion, d'analyse et de transmissions d'informations autour des situations rencontrées.
- Développer le sens du contact humain, l'écoute et la capacité à entrer en relation.
- Être capable de réagir en cas de situation exceptionnelle.
- Être rigoureux dans le suivi des consignes administratives.
- Respecter les règles de déontologie, de devoir de discrétion, de secret professionnel et de secret partagé.

#### **Être en possession d'un certificat d'immatriculation d'aide familiale délivré par le ministère de la Région Wallonne, ainsi que d'une attestation certifiant qu'une formation a été suivie selon une des filières suivantes :**

- Enseignement secondaire de plein exercice : certificat d'auxiliaire familiale et sanitaire, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignante, certificat de puéricultrice, certificat d'aspirante en nursing.
- Enseignement de promotion sociale : certificat d'auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité, certificat d'aide familiale, certificat d'aide-soignante.
- Centre d'éducation et de formation en alternance : mêmes certifications que pour l'enseignement de plein exercice.
- Centre de formation reconnu par la Région Wallonne : attestation de capacité d'aide familiale.
- Ausbildung AFPK.

#### **Annexe 4 : Compétences requises pour exercer la fonction d'aide ménagère sociale à l'ASD**

##### **Compétences requises :**

- Démontrer un savoir-faire dans le domaine de l'entretien ménager (nettoyage, rangement, repassage)
- Démontrer une capacité de travailler dans un service organisé et au sein d'une équipe
- Démontrer une capacité d'organisation de son travail
- Savoir travailler en interdisciplinarité en se référant aux autres professionnels pour toutes les tâches qui dépassent sa compétence
- Savoir adapter son intervention aux situations de vie à domicile
- Savoir travailler de façon autonome à domicile tout en respectant les directives de service, les décisions prises en équipe et les bénéficiaires dans ce qui fait le contexte de leur vie quotidienne
- Démontrer une capacité d'observation, de réflexion, d'analyse et de transmission d'informations autour des situations rencontrées
- Développer le sens du contact humain, l'écoute et la capacité à entrer en relation
- Être capable de réagir en cas de situation exceptionnelle
- Être rigoureux dans le suivi des consignes administratives
- Respecter les règles de déontologie, de devoir de discrétion, de secret professionnel et de secret partagé

Pour exercer cette fonction, il n'y a pas de diplôme requis.

## Annexe 5 : Guide d'entretien exploratoire

Formalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande d'enregistrement</li> <li>• Signature du RGPD</li> </ul>
Cadrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enquêteur se présente</li> <li>• Contexte et objectifs de l'entretien</li> <li>• Rappel de la protection des données et de l'anonymat</li> <li>• Sa durée</li> <li>• La personne interviewée se présente</li> </ul>
<b>Thèmes</b>	<b>Sous-thèmes / Indicateurs</b>
Question d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pouvez-vous me dire sur la collaboration interprofessionnelle entre les Soins Infirmiers et l'Aide à la Vie Journalière ?</li> </ul>
Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration interprofessionnelle en général</li> <li>• Collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé</li> </ul>
Intervenants / Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes concernées + contexte</li> </ul>
Moyens / Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils</li> <li>• Rencontres</li> </ul>
Compétences	
Législation	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs + exemple(s) concret(s)</li> </ul>
Conséquences (si faible CIP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conséquences + exemple(s) concret(s)</li> </ul>
Facteurs favorables / défavorables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs + exemple(s) concret(s)</li> </ul>
Valeurs	
Solutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseils</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajouts, remarques, questions</li> <li>• Recontacter si questions / précisions</li> <li>• Remercier</li> </ul>

## Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif

Formalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande d'enregistrement</li> <li>• Signature du RGPD</li> </ul>
Cadrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enquêteur se présente</li> <li>• Contexte et objectifs de l'entretien</li> <li>• Rappel de la protection des données et de l'anonymat</li> <li>• Sa durée</li> <li>• La personne interviewée se présente</li> </ul>
<b>Thèmes</b>	<b>Sous-thèmes / Indicateurs</b>
Question d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pouvez-vous me dire sur la collaboration interprofessionnelle entre les Soins Infirmiers et l'Aide à la Vie Journalière ?</li> </ul>
Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration interprofessionnelle en général</li> <li>• Collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé</li> </ul>
Intervenants / Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailleurs concernés (internes à l'ASD)</li> <li>• Travailleurs &amp; personnes externes à l'ASD</li> <li>• Qui collabore avec qui ?</li> </ul>
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes récurrents / répétitifs → « Problèmes d'hier et d'aujourd'hui » → Solutions</li> <li>• Grands changements</li> <li>• CIP suffisante</li> </ul>
Moyens / Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils (logiciel, carnet, mails, ...)</li> <li>• Rencontres (réunions, appels téléphoniques, ...)</li> <li>• Tâches déléguées / Répartition des tâches</li> </ul>
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ex : communication, travail d'équipe, être à l'écoute, ...</li> </ul>
Législation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité du travail accompli</li> <li>• Echanges relationnels</li> <li>• Financiers</li> <li>• Exemple(s) concret(s)</li> </ul>
Conséquences (si faible CIP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manquant dans la fonction</li> <li>• Pas de collaboration</li> <li>• Mauvaise collaboration</li> <li>• Diminution de l'efficacité</li> </ul>

Facteurs favorables / défavorables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître / définir le rôle de chacun</li> <li>• Formations</li> <li>• Collaboration complexe / impossible</li> </ul>
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeurs associées au concept de CIP</li> <li>• Lien avec les valeurs de l'ASD</li> </ul>
Solutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseils</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajouts, remarques, questions</li> <li>• Recontacter si questions / précisions</li> <li>• Remercier</li> </ul>

## Annexe 7 : Grille d'observation d'une réunion de centre

<b>Grille d'observation pour une réunion de centre</b>		
<p><b>Date :</b> Lundi 20 mars 2023  <b>Lieu :</b> Dans une salle de réunion de l'ASD Liège-Huy-Waremme à Bierstet  <b>Durée :</b> ± 1h30  <b>Objet :</b>                      - Parcourir les nouvelles situations et les situations problématiques sur le secteur de Huy afin de trouver de nouvelles pistes de solution                      - Tenir les collègues de l'évolution des situations des bénéficiaires</p>		
<p><b>Relevé des personnes présentes :</b> la coordinatrice, deux infirmières cheffes (dont une en Teams) et deux assistantes sociales.  <b>Relevé des personnes absentes :</b> /  <b>Description de l'atmosphère :</b> L'ambiance semblait détendue même si une assistante sociale s'est éclipsee après 15min car elle disait avoir beaucoup de travail.</p>		
Thèmes	Sous-thèmes	Faits observés
Coordinatrices	Rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animer la réunion</li> <li>- Partage d'informations par rapport aux nouvelles situations et aux situations en cours si nécessaire</li> </ul>
	Attentes et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre informée des changements dans les différentes situations</li> <li>- Trouver des pistes de solution et des compromis pour répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires</li> </ul>
Infirmiers chefs	Rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire part de son point de vue sur les différentes situations de son secteur et partage les informations relayées par les travailleurs de terrain</li> </ul>
	Attentes et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre informée des changements dans les différentes situations</li> <li>- Trouver des pistes de solution et des compromis pour répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires</li> <li>- Mettre en place les nouveaux services suggérés</li> <li>- Répartir les tâches qui ne correspondent plus à des soins infirmiers avec les collègues assistantes sociales</li> </ul>
Assistances sociales	Rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire part de son point de vue sur les différentes situations de son secteur et partage les informations relayées par les travailleurs de terrain</li> </ul>
	Attentes et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre informée des changements dans les différentes situations</li> <li>- Trouver des pistes de solution et des compromis pour répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires</li> <li>- Mettre en place les nouveaux services suggérés</li> <li>- Répartir les tâches qui ne correspondent plus à une aide à la vie journalière avec les collègues infirmières cheffes</li> </ul>
Remarques		<p>Les travailleurs semblaient avoir préparé la réunion et prenaient note des informations partagées par leurs collègues. Tout le monde participait activement et semblait vouloir trouver une solution commune.</p>



## Annexe 8 : Grille d'observation d'une réunion de coordination

Grille d'observation pour une réunion de coordination		
<p><b>Date :</b> Jeudi 6 avril 2023  <b>Lieu :</b> Maison de repos « Résidence St-Remacle » à Beyne-Heusy  <b>Durée :</b> ± 1h30  <b>Objet :</b> Remettre en place les soins et services à domicile d'une bénéficiaire qui allait quitter la maison de repos pour retourner à son domicile.</p>		
<p><b>Relevé des personnes présentes :</b> la bénéficiaire, la coordinatrice, la psychologue, une représentante du service d'aides familiales de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), la responsable de la bénéficiaire au CPAS, l'infirmière indépendante et la responsable du service de la maison de repos.</p> <p><b>Relevé des personnes absentes :</b> le médecin traitant</p> <p><b>Description de l'atmosphère :</b> L'atmosphère était tendue car le retour à domicile n'était souhaité par aucune des parties. Mais par le manque de place à la maison de repos, la bénéficiaire était contrainte de rentrer chez elle. De plus, le service d'aides familiales a annoncé à la réunion qu'il n'y avait plus d'aides familiales disponibles pour une nouvelle situation.</p>		
Thèmes	Sous-thèmes	Faits observés
Bénéficiaire	Rôle Attentes	- Faire part de ses besoins et de ses attentes - Un service complet pour son retour à domicile pour assurer son bien-être
Coordinatrice	Rôle Attentes	- Animer la réunion - Faire part des besoins et des attentes de la bénéficiaire selon son point de vue - Trouver un accord avec les différentes personnes présentes pour pouvoir mettre des soins et des aides à domicile en place
Psychologue	Rôle	- Faire part des besoins et des attentes de la bénéficiaire selon son point de vue - Partage son ressenti par rapport à l'état psychologique de la personne
Représentante du service d'aides familiales de l'ADMR	Attentes Rôle	- Que les services mis en place soient bénéfiques pour la santé mentale de la bénéficiaire - Faire part des besoins et des attentes de la bénéficiaire selon son point de vue - Son rôle est normalement de récolter l'ensemble des informations nécessaires pour mettre en place le service d'aides familiales mais étant donné le manque de personnel, elle s'est contenue de partager ses idées pour organiser le retour au domicile
Responsable de la bénéficiaire au CPAS	Attentes	- Trouver une solution en équipe pour palier le manque d'aides familiales dans son service
Infirmière indépendante	Rôle Attentes Rôle	- Faire part du budget disponible pour assumer les soins et services - Que les services mis en place ne dépassent pas le budget octroyé à la bénéficiaire - Faire part des besoins et des attentes de la bénéficiaire selon son point de vue - Demander un professionnel supplémentaire pour l'aider à effectuer la toilette de la bénéficiaire
Responsable du service de la maison de repos	Attentes Rôle	- Que l'ensemble des services nécessaires soit mis en place pour qu'elle puisse effectuer son travail dans les meilleures conditions - Faire part de l'évolution de la bénéficiaire durant son séjour à la maison de repos - Faire part des besoins pour le retour à domicile
Remarques	Attentes	- Que les aides et soins à domicile soient mis en place pour son retour dans le but d'assurer une certaine continuité des soins et que le bénéfice des soins en maison de repos ne soient pas perdus suite au retour à domicile Cette réunion ne s'est pas déroulée comme prévu car sans aide familiale, le retour à domicile n'était pas envisageable. L'ensemble des personnes présentes à la réunion ont alors pris la décision de chercher une autre maison de repos. Par le manque de place dans les maisons de repos et le jeune âge de la dame, aucune maison de repos n'a répondu favorablement à leur demande. La coordinatrice a alors trouvé un autre service d'aides familiales et le retour à domicile a pu se faire.

## Annexe 9 : Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

L'entièreté de ce cahier de coordination est disponible via le lien suivant :

<https://www.gls-soinsdesante.be/upload/medias/2021/12/doc-4-cc.pdf>

N° de dossier

# Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

Ce cahier est la propriété du patient.  
Idéalement, il doit rester à son domicile.

proposé par le



**GLS** 

Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile  
Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) de Liège-Huy-Waremme

[www.gls-sisd.be](http://www.gls-sisd.be)

### Identité du patient

Vignette de mutuelle

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ ou : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

---

#### Service(s)/Personne(s) à contacter en cas de problèmes et/ou renseignements :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ ou : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ ou : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

---

**Numéros d'appel d'urgence :**  
Aide policière d'urgence : **101**  
Urgences médicales et services d'incendie : **112**  
Centre anti-poisons : **070/245 245**

*Utilisez-moi !*

## Annexe 10 : Convention de collaboration avec un prestataire / service d'aide et de soins



### CONVENTION DE COLLABORATION

#### AVEC UN PRESTATAIRE / SERVICE D'AIDE ET DE SOINS

Entre : L'A.S.B.L. « Aide et Soins à Domicile Liège Huy Waremme Coordination »  
Dont le siège social est établi : rue du Fort, 7/2 à 4460 Grâce-Hollogne  
N° B.C.E. : 0.435.882.762.  
N° agrément : 020  
Représentée par Monsieur **Timothy Prévot**, Directeur général  
Ci-après nommée le **centre de coordination**, d'une part

Et : Nom, prénom :  
**Adresse :**  
**Type de service / prestations / profession :**  
  
N° I.N.A.M.I. / d'agrément (s'il y a lieu et avec mention de l'Administration qui octroie l'agrément ainsi que le type d'agrément) :  
.....  
.....  
N° B.C.E. (si existant) : .....  
Ci-après nommé(e) le **prestataire / service** d'autre part.

Considérant que :

- Le centre de coordination assure dans les zones SISD des arrondissements de Liège Huy Waremme (4 et 5) un rôle de coordination en vue du maintien dans leur lieu de vie des personnes en perte d'autonomie ;  
Le prestataire / service assure des prestations de .....nécessaires au maintien des personnes dans leur lieu de vie, et ce, dans les communes suivantes :  
.....  
.....  
.....
- Les parties s'engagent à respecter le Décret du 30 avril 2009 de la Région Wallonne relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions, l'arrêté du 17 décembre 2009 du Gouvernement Wallon portant application du décret précité du 30 avril 2009 ainsi que toutes dispositions légales ultérieures.

### **Article 1**

A la demande du bénéficiaire et/ou de son représentant, le centre de coordination s'engage à effectuer les démarches nécessaires pour répondre à ses besoins et ce, en dehors de toute considération politique, philosophique ou religieuse (art. 23 du décret).

En accord avec le bénéficiaire et/ou son représentant, le centre de coordination contacte les différents prestataires de soins et de services requis pour répondre aux besoins émis ou identifiés et organise un plan d'intervention.

Il revient au centre de coordination de mettre tous les moyens à sa disposition pour atteindre les objectifs du plan d'intervention ; ce plan est le résultat de la planification menée avec les services et/ou prestataires, il est avalisé par le bénéficiaire et/ou son représentant.

Le prestataire/service s'engage à collaborer avec le centre de coordination en vue de la bonne mise en œuvre du plan d'intervention.

### **Article 2**

Le prestataire/service s'engage à compléter le tableau annexé à la présente convention, déterminant le type de prestations qu'il est habilité à réaliser, ainsi que le territoire géographique qu'il dessert et ses disponibilités.

### **Article 3**

Le prestataire/service effectue ses prestations au lieu de vie du bénéficiaire, afin de lui permettre de rester à domicile dans des conditions optimales de dignité, de sécurité et de bien-être.

Le prestataire/service s'engage à prévenir le bénéficiaire lorsqu'il est amené à modifier les heures de présence initialement prévues auprès de celui-ci.

### **Article 4**

Les modalités de communication et de partage d'information entre le centre de coordination et le prestataire /service se définissent comme suit :

- Le prestataire/service s'engage à compléter le tableau annexé au présent document, à signaler tout changement ultérieur d'organisation et à être joignable selon les indications mentionnées dans le tableau ;
- Le prestataire/service s'engage à confirmer la prise en charge du bénéficiaire au centre de coordination endéans **les 48 heures** qui suivent la demande faite selon le/les moyen(s) de communication qu'il a lui-même déterminé(s) (voir tableau annexé) ;
- Le centre de coordination s'engage à réceptionner et à traiter les appels du prestataire/service selon les modalités de communication suivantes :

Ordre de préférence	Moyen de communication	Remarques éventuelles
1	Tél. fixe du centre de coordination : 04/342 84 28	Selon les heures d'ouverture des bureaux (de 8H à 16H30). <b>Avant et après ces heures : appel à la centrale de garde téléphonique au même numéro.</b>
2	Courriel : <b><u>coordination@asdiege.be</u></b>	

En cas de non réponse de la part du prestataire/service endéans le délai prévu, le centre de coordination peut faire appel à un autre prestataire/service.

**Le centre de coordination s'engage à :**

- Communiquer au prestataire/service toute information utile pour garantir la sécurité et le bien-être des personnes (travailleurs) se rendant chez le bénéficiaire (exemple : présence d'animaux domestiques, ...);
- Fournir les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du bénéficiaire au prestataire/service.

**Le prestataire/service s'engage à :**

- Utiliser le cahier de coordination se trouvant au lieu de vie du bénéficiaire. Ce cahier de coordination ne garantissant aucune confidentialité, il ne peut contenir de données médicales, sociales, administratives ou autres à caractère confidentiel ;
- Communiquer au centre de coordination les informations indispensables pour le suivi du bénéficiaire ou pour son maintien dans son lieu de vie, notamment lorsqu'une évolution significative de sa situation est constatée ;
- Participer aux réunions de coordination et de réévaluation nécessaires pour tenir compte des besoins évolutifs du bénéficiaire ;
- Signaler dans les trois jours ouvrables, la fin de sa prise en charge au lieu de vie du bénéficiaire et les conclusions qu'il tire de son intervention ;
- À participer à toute évaluation de la collaboration avec le centre de coordination. Cette évaluation peut être demandée par l'une ou l'autre des parties. Elle s'effectue selon les modalités jugées les plus adéquates par les deux parties.

**Article 5** (valable uniquement pour un prestataire paramédical)

Lorsque la demande de prestation émane du centre de coordination, le prestataire paramédical conventionné s'engage à ne percevoir aucun supplément autre que le ticket modérateur. Pour les prestations non reprises à la nomenclature mais relevant de l'art infirmier, une participation égale aux taux des soins de base en vigueur sera demandée aux bénéficiaires.

**Article 6**

Chacune des parties signataires s'engage à souscrire une assurance en responsabilité civile auprès d'une compagnie d'assurance de son choix et à respecter toutes les obligations sociales et fiscales en vigueur.

**Article 7**

Chacune des parties signataires est tenue de respecter les règles déontologiques s'appliquant à sa profession.

**Article 8**

La présente convention est conclue à titre gratuit.

**Article 9**

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Il peut y être mis fin moyennant un préavis de trois mois notifiés à l'autre partie par lettre recommandée.

**Article 10**

En cas de litige, les parties s'adressent aux tribunaux compétents de l'arrondissement judiciaire du siège social du centre de coordination.

Fait à ....., le ..... en 2 exemplaires, chaque partie reconnaissant avoir reçu le sien.

Le prestataire

Pour le centre de coordination,

**TABLEAU HORAIRE DES DISPONIBILITES DU PRESTATAIRE / SERVICE**

Nom :

Prénom :

Type(s) de service(s) proposé(s) :

Moyens de communication utilisés :

Ordre de préférence	Moyens de communication
	G.S.M. :
	Tél. fixe :
	Fax :
	Courriel :

Disponibilités :

Jours de la semaine	Plages horaires	
	Journée	Nuit
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

Territoire géographique desservi (communes) :

.....  
 .....  
 .....

Diplôme et spécialisation(s) complémentaire(s) éventuelle(s) :

.....  
 .....  
 .....

Date : .....

Signature pour accord du prestataire :