

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "La collaboration interdisciplinaire  
au sein de la méthodologie Goal Oriented Care dans l'accompagnement des  
maladies chroniques : étude qualitative. "**

**Auteur :** Dumont de Chassart, Margaux

**Promoteur(s) :** Heymans, Isabelle; 4162; Darimont, Sophie

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de  
santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22620>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

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

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

---

La collaboration interdisciplinaire au sein de la  
méthodologie *Goal Oriented Care* dans  
l'accompagnement des maladies chroniques : étude  
qualitative

Mémoire présenté par **Margaux DUMONT de CHASSART**

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences de la santé publique

Finalité Praticien Spécialisé en Santé Publique

Année académique 2024-2025

La collaboration interdisciplinaire au sein de la  
méthodologie *Goal Oriented Care* dans  
l'accompagnement des maladies chroniques : étude  
qualitative

Mémoire présenté par **Margaux DUMONT de CHASSART**

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences de la santé publique

Finalité Praticien Spécialisé en Santé Publique

Année académique 2024-2025

**Co-promotrice : Isabelle HEYMANS**

Médecin généraliste/collaboratrice, ULiège

Isabelle.Heymans@uliege.be

**Co-promotrice : Sophie DARIMONT**

Infirmière en santé communautaire/Collaboratrice, ULiège

sdarimont@uliege.be

**Co-promotrice : Chantal LEVA**

Collaboratrice, ULiège

Chantal.leva@uliege.be

## **Remerciements**

Au terme de cette année de recherche, je souhaite remercier de près ou de loin toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie tout particulièrement mes promotrices, Isabelle Heymans, Sophie Darimont et Chantal Leva, pour leur accompagnement tout au long de ce travail. Leur disponibilité, la qualité de leurs relectures ainsi que leurs conseils avisés ont été d'une aide inestimable. Leur soutien et leurs encouragements m'ont permis d'aller au bout de cette recherche avec rigueur et motivation.

Je tiens également à remercier ma famille et plus particulièrement mes parents, qui ont été présents à chaque étape de ce mémoire. Leur patience, leur écoute et ces longues heures passées à relire mon travail avec minutie ont été d'un grand soutien. Leur bienveillance et leurs encouragements constants m'ont donné la force de persévérer, même dans les moments de doute. Un grand merci également à ma grand-mère pour la relecture attentive de l'orthographe de ce travail.

Je suis aussi reconnaissante envers mes collègues du Centre liégeois de promotion de la santé, qui ont su trouver les mots justes pour m'encourager lorsque la fatigue ou le découragement se faisaient ressentir. Grâce à leur soutien et à leur bienveillance, j'ai pu garder confiance en moi et avancer avec sérénité. Leurs conseils, leur aide et leur optimisme ont été d'une grande aide pour ne jamais baisser les bras et me rappeler que tout allait bien se passer.

## Table des matières

1.	Préambule .....	1
2.	Introduction.....	2
2.1.	Les maladies chroniques .....	2
2.2.	La promotion de la santé.....	3
2.3.	Le Goal Oriented Care .....	4
2.3.1.	Changement de paradigme .....	4
2.3.2.	La méthodologie ASCOP .....	6
2.4.	L'interdisciplinarité .....	7
2.4.1.	Approche conceptuelle de l'interdisciplinarité.....	9
2.4.1.1.	Le concept de l'intégration de P. Valentijn .....	9
2.4.1.2.	Le concept de collaboration de D. D'amour .....	11
2.4.2.	L'interdisciplinarité dans la méthodologie ASCOP.....	12
3.	Matériel et méthodes.....	13
3.1.	Type d'étude.....	13
3.2.	Population, méthode d'échantillonnage et recrutement .....	14
3.3.	Paramètres et dimensions étudiées .....	15
3.4.	Méthodes et outils de collecte de données.....	15
3.5.	Organisation et planification de la collecte des données .....	16
3.6.	Traitement et méthodes d'analyse des données.....	17
3.7.	Critères de validité.....	18
3.8.	Aspects réglementaires et législatifs .....	19
3.8.1.	Accord du comité d'éthique.....	19
3.8.2.	Financement de l'étude .....	19
3.8.3.	Règlement de gestion de protection des données (RGPD).....	20
4.	Résultats .....	20
4.1.	Présentation de l'échantillon .....	20
4.2.	Présentation des résultats.....	20
4.2.1.	Enjeux identitaires dans la collaboration interdisciplinaire.....	20
4.2.2.	Renforcement de l'engagement dans la collaboration par l'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC .....	22
4.2.3.	Construction d'une logique organisationnelle commune .....	24

4.2.4.	Institutionnalisation des pratiques collaboratives interdisciplinaires .....	25
5.	Discussions et perspectives .....	26
5.1.	Résumé des principaux résultats .....	26
5.1.1.	Dimension relationnelle .....	28
5.1.1.1.	Les dynamiques identitaires dans la collaboration interdisciplinaire	28
5.1.1.2.	Renforcement de l'engagement par l'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC .....	29
5.1.2.	Dimension organisationnelle .....	30
5.1.2.1.	Construction d'une logique organisationnelle commune .....	30
5.1.2.2.	Institutionnalisation des pratiques collaboratives interdisciplinaires	31
5.2.	Portée de la recherche quant à l'application des résultats .....	32
5.3.	Limites du travail .....	33
5.4.	Forces du travail .....	34
5.5.	Contribution de la recherche pour la santé publique .....	35
6.	Conclusion .....	35
7.	Bibliographie.....	37
8.	Annexes .....	42
8.1.	Annexe I : Continuum de la promotion.....	42
8.2.	Annexe II : Charte d'Ottawa .....	42
8.3.	Annexe III : modèle d'analyse de P. Valentijn .....	43
8.4.	Annexe IV : modèle d'analyse de D. D'amour .....	43
8.5.	Annexe V : guide d'entretien focus groupe .....	44
8.6.	Annexe VI : guide d'entretien individuel semi-directif.....	47
8.7.	Annexe VII : Diagramme de Gantt.....	49
8.8.	Annexe VIII : demande au comité d'éthique .....	50
8.9.	Annexe IX : accord du comité d'éthique .....	51
8.10.	Annexe X : Tableau de présentation de l'échantillon .....	53

## Liste des abréviations

Abréviations	Signification des abréviations
MC	Maladie Chronique
GOC	Goal Oriented Care
ASCOP	Aide et Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CCM	Chronic Care Model
MSC	Modèle de Soins des malades Chroniques
FG	Focus Group
EI	Entretien Individuel

## Résumé

**Introduction :** Les maladies chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique, dont leur prévalence ne cesse d'augmenter en raison du vieillissement de la population et à des situations de plus en plus complexes. Face à ces constats, la méthodologie de l'aide et des soins centrés sur les objectifs de la personne (ASCOP) offre une réponse adaptée en recentrant les soins sur les objectifs de vie des patients, plutôt que sur leurs seuls problèmes médicaux, d'autant plus lors de situations de multimorbidité. La mise en œuvre de cette approche repose sur une collaboration interdisciplinaire étroite, indispensable pour répondre de manière cohérente et coordonnée aux besoins complexes des personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques.

**Matériel et méthode :** Cette recherche qualitative s'appuie sur une méthodologie d'étude de cas, combinant entretiens semi-directifs, focus group et observations participantes. Elle a été menée auprès de professionnels psycho-médico-sociaux (n=13), dans le but de comprendre la manière dont la collaboration interdisciplinaire s'articule pour jouer pleinement son rôle en tant qu'élément du processus ASCOP.

**Résultats :** La collaboration interdisciplinaire dans la méthodologie ASCOP/GOC s'articule autour de différentes dynamiques. Elle s'appuie d'abord sur la reconnaissance des enjeux identitaires, nécessitant une posture réflexive. L'adhésion des professionnels à cette méthodologie contribue ensuite à redonner du sens à leur pratique, renforce leur engagement et favorise la reconnaissance mutuelle entre disciplines. Une logique commune de fonctionnement émerge progressivement, fondée sur la complémentarité des rôles. Enfin, l'ancrage institutionnel apparaît comme un levier essentiel, reposant sur la qualité des relations interprofessionnelles et la capacité à dépasser le fonctionnement en silos.

**Conclusion :** L'analyse montre que la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la méthodologie ASCOP/GOC implique bien plus qu'un ajustement des pratiques : elle demande un repositionnement identitaire et organisationnel des professionnels, nécessitant une remise en question continue des repères et des pratiques.

**Mots clés :** Aide et soins centrés sur les objectifs de la personne – Collaboration – Interdisciplinarité – Maladie chronique



## **Abstract**

**Introduction :** Chronic diseases represent a major public health challenge, with their prevalence steadily increasing due to an aging population and increasingly complex situations. In response to these issues, the Goal-Oriented Care (GOC) methodology offers an appropriate approach by shifting the focus of care from solely medical problems to the life goals of patients, particularly in cases of multimorbidity. Implementing this approach relies on close interdisciplinary collaboration, which is essential to provide coherent and coordinated responses to the complex needs of individuals living with one or more chronic conditions.

**Materials and Methods :** This qualitative research is based on a case study methodology combining semi-structured interviews, focus groups, and participant observations. It was conducted with psycho-medico-social professionals (n=13) with the aim of understanding how interdisciplinary collaboration is structured to fully fulfill its role as a component of the ASCOP process.

**Results :** Interdisciplinary collaboration within the ASCOP/GOC methodology is built around several dynamics. It begins with the recognition of identity-related challenges, requiring a reflective stance. Professionals' adherence to this methodology helps restore meaning to their practice, strengthens their commitment, and fosters mutual recognition between disciplines. A shared operational logic gradually emerges, based on role complementarity. Finally, institutional anchoring appears to be a key lever, relying on the quality of interprofessional relationships and the ability to overcome siloed ways of working.

**Conclusion :** The analysis shows that interdisciplinary collaboration within the ASCOP/GOC framework entails more than just adjusting practices : it requires an identity and organizational repositioning of professionals, involving continuous reflection on reference points and practices.

**Keywords:** Goal-oriented care – Collaboration – Interdisciplinarity – chronic disease

## 1. Préambule

Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, les enjeux de santé publique se multiplient. Face à cette évolution, de nouvelles approches comme le *Goal-Oriented Care* (GOC) émergent, mettant l'accent sur des soins centrés sur les objectifs de vie (ou « dans la vie ») des patients plutôt que sur la seule gestion des maladies. Cette approche nécessite une collaboration étroite entre les professionnels de santé afin de proposer un accompagnement global et adapté aux besoins spécifiques de chaque individu. Mon intérêt pour cette thématique est issu de mon parcours académique et professionnel. Tout d'abord, ma formation initiale d'infirmière spécialisée en santé communautaire m'a permis d'appréhender l'importance d'une approche holistique, plaçant l'individu au cœur de l'accompagnement. Cette formation m'a notamment sensibilisée à la nécessité de considérer l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques et sociales qui influencent la santé et le bien-être des individus.

De plus, mon expérience en tant que chargée de projets dans le Centre Liégeois de Promotion de la Santé (CLPS), agréé et subsidié par la Région Wallonne, a renforcé ma vision de la santé au sens large. Cette expérience professionnelle m'a également permis de faire des liens avec les connaissances et compétences développées au cours de mon master. En travaillant sur des initiatives et des projets visant à améliorer la santé des populations, j'ai acquis une compréhension élargie des déterminants de la santé et de l'importance d'une approche participative et promotrice de bien-être. En tant que chargée de projets, mon rôle consiste à accompagner des professionnels dans la réflexion et la mise en place d'actions de promotion de la santé. Cet apprentissage d'accompagnement a renforcé ma conscience du rôle fondamental que joue la collaboration interprofessionnelle dans la mise en œuvre d'interventions promotrices de la santé.

Ainsi, cette recherche s'inscrit dans la continuité de mon parcours et de mes réflexions sur l'évolution des pratiques de soins. Elle me permet d'explorer plus en profondeur les dynamiques de collaboration interdisciplinaire et leur rôle dans la mise en œuvre du *Goal-Oriented Care*, afin d'améliorer l'accompagnement des personnes dans des situations de complexité croissante où leurs besoins risquent d'être mis à mal.

## **2. Introduction**

### **2.1. Les maladies chroniques**

Dans le domaine de la santé publique, les maladies chroniques représentent un enjeu majeur, exigeant une approche globale et proactive pour relever les défis complexes liés à leur prévention, leur prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des individus (1).

D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'augmentation de l'espérance de vie a entraîné une prédominance des maladies non transmissibles parmi les principales causes de décès. En 2019, elles représentaient 7 des 10 principales causes de mortalité dans le monde, contre seulement 4 sur 10 en l'an 2000 (2). Les maladies non transmissibles représentent des pathologies qui ne résultent pas de l'exposition à des agents infectieux tandis que les maladies ou affections chroniques se caractérisent par leur longue durée d'action et peuvent résulter d'une association de différents facteurs tels que celui de la génétique, la physiologie, l'environnement et le comportement (3,4).

Une enquête sur la santé menée par Sciensano en 2018 révèle également une prévalence croissante des maladies chroniques. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, près de 30 % rapportent être atteintes d'au moins une maladie chronique (4). Cette proportion augmente avec l'âge, passant de 14,1 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à 44,1 % chez les individus âgés de 75 ans ou plus. De plus, 15,2 % des personnes de plus de 15 ans ont déclaré souffrir de plusieurs maladies non transmissibles définissant ainsi la multimorbidité. Ce pourcentage augmente drastiquement avec l'âge, passant de 0,8 % chez les 15-24 ans à 41,8 % chez les 75 ans et plus (4). Il est également important de mettre en avant l'émergence de situations de plus en plus complexes, caractérisées par de nouveaux contextes intégrant divers facteurs tels que la santé mentale, les interactions sociales et les variables économiques. Ces éléments jouent un rôle déterminant dans l'évolution et la prise en charge des maladies chroniques (5).

Les chiffres présentés ci-dessus offrent un aperçu des tendances observées au cours des dernières décennies en ce qui concerne la mortalité et la morbidité liées aux maladies chroniques. Ils mettent en évidence la nécessité d'accorder une attention mondiale renforcée à la prévention, au traitement et à la prise en charge des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète et des affections respiratoires chroniques, dans toutes les régions du monde (1–4).

Pourtant, au-delà des chiffres, il est crucial d'adopter une perspective holistique de la santé, en accord avec la définition de l'OMS qui englobe le bien-être physique, mental et social. Selon l'OMS, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (6). Cette définition proposée par l'OMS correspond aux valeurs que défend la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa de 1986 (7).

## **2.2. La promotion de la santé**

La promotion de la santé est un processus visant à doter les populations des moyens nécessaires pour exercer un plus grand contrôle sur leur propre bien-être et pour l'améliorer (8). Ce concept s'inscrit dans une vision de la santé qui va au-delà de l'absence de maladie, en considérant la capacité d'un individu ou d'un groupe à réaliser ses aspirations, à satisfaire ses besoins et à s'adapter à son environnement. La santé est ainsi perçue comme une ressource fondamentale de la vie quotidienne, et non comme une finalité en soi (8) et, où la promotion de la santé intervient à chaque étape du continuum entre la santé et la maladie (Annexe I) (7). Pour cela, la promotion de la santé s'appuie sur ce que l'on appelle les déterminants de la santé. Ces derniers englobent l'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé d'une population, sans pour autant constituer des causes directes de maladies ou de troubles spécifiques. Ils comprennent notamment les comportements individuels et collectifs, les conditions de vie, ainsi que les environnements physiques et sociaux (9).

La promotion de la santé vise également à renforcer le pouvoir d'action des individus et des communautés sur leurs conditions de vie et de santé (8). Les leviers d'action de la promotion de la santé, repris dans la charte d'Ottawa (Annexe II) incluent l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, la création d'environnements propices, le renforcement de l'engagement communautaire, le développement des compétences individuelles, ainsi que la réorientation des services de santé (8).

Ce concept partage des similarités avec celui des soins de santé primaires (8,10,11). Selon l'OMS, les soins de santé primaires adoptent une approche globale de la santé, prenant en compte l'ensemble de la société. Ils visent à assurer à chacun le meilleur niveau de santé et de bien-être possible, tout en garantissant une répartition équitable des ressources. Cette approche donne la priorité aux besoins des populations dès les premières étapes du parcours

de soins, englobant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, tout en restant au plus près de l'environnement quotidien des individus (11). Pour assurer un niveau optimal de santé et de bien-être, la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978, souligne la nécessité d'une collaboration entre divers secteurs socio-économiques, au-delà du seul domaine de la santé. Cette approche vise à mieux répondre aux différents déterminants influençant l'état de bien-être (12). En effet, les déterminants de la santé ne relèvent pas uniquement du domaine médical. En raison du caractère multidimensionnel de la santé, il est indispensable que le réseau de la santé établisse des partenariats avec d'autres secteurs tels que l'éducation, l'emploi, l'alimentation, le logement, les transports ou l'environnement, afin de pouvoir agir efficacement sur l'ensemble de ces facteurs. Toutefois, la répartition de ces déterminants varie selon les niveaux sociaux, ce qui engendre des inégalités de santé. Ce gradient social est directement lié à une distribution inéquitable du pouvoir, des ressources, des biens et des services. Il est donc essentiel de tenir compte de cette réalité lors de toute intervention portant sur les déterminants de la santé (9). Cette vision s'aligne avec la Charte d'Ottawa, qui promeut l'intégration de la santé dans toutes les politiques (8,9,12).

Plus de 30 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, l'OMS constate encore des difficultés à mobiliser les ressources pour faire des soins primaires une priorité, face à la prédominance des soins spécialisés et à la fragmentation des systèmes (13). Trop souvent, les soins sont organisés selon la logique des professionnels, au détriment des besoins réels des patients. Pourtant, les expériences montrent que les soins centrés sur la personne sont plus efficaces et gratifiants. Cette approche, encore sous-estimée, est pourtant essentielle pour renforcer le lien entre les systèmes de santé et les communautés, lutter contre l'exclusion sociale et garantir un accès équitable aux soins (13).

## **2.3. Le Goal Oriented Care**

### **2.3.1. *Changement de paradigme***

Dans le domaine médical, le concept d'un patient actif, impliqué dans la construction de son parcours de soins et la gestion de ses traitements, s'est progressivement imposé. Cette approche, intégrant les principes de promotion de la santé tel que *l'empowerment*, s'est développée au cours du dernier tiers du XXe siècle et au début du XXIe siècle (14,15).

Cependant, l'approche médico-centrée reste prédominante dans les soins de santé où les professionnels de la santé et du secteur social adoptent souvent une perspective diagnostique, cherchant avant tout à identifier et à traiter les problèmes de santé des patients (15–18).

La prise en soins des patients présentant des multimorbidités et se trouvant en situation complexe peut s'avérer compliquée et dépourvue de personnalisation avec de gros risques de fragmentation des soins, ne répondant ainsi pas adéquatement à leurs besoins individuels. Une situation complexe se caractérise par la présence simultanée de nombreux facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques pouvant perturber ou compromettre la prise en charge d'un patient, voire contribuer à la dégradation de son état de santé (19).

En conséquence, lorsque les soins aux patients souffrant de maladies chroniques sont fragmentés, cela implique que les divers aspects de leur santé ne sont pas pris en compte de manière globale. Cela peut mener à des traitements qui ne répondent pas aux valeurs et aux besoins individuels, ce qui risque de compromettre leur efficacité (18,20). Bien que les avancées thérapeutiques soient indéniables dans de nombreuses pathologies, la littérature souligne que les patients ne bénéficient pas systématiquement des soins les plus adaptés à leurs maladies chroniques et à leurs besoins spécifiques (21). Le modèle de la prise en soins des patients atteints de maladies chroniques, le « *Chronic Care Model* » (CCM), ou « Modèle de Soins des malades Chroniques » (MSC), devrait être privilégié (21). Ce modèle est un cadre conçu pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Le soutien à l'autogestion est essentiel. Le patient devient acteur de sa santé et est accompagné pour acquérir les compétences nécessaires à la gestion quotidienne de sa maladie. Les décisions cliniques s'appuient sur des données scientifiques fiables, favorisant une collaboration entre professionnels à l'aide de protocoles adaptés. Les processus de travail structurés permettent une organisation claire et efficace des soins, incluant des suivis réguliers ou des actions éducatives. Les systèmes d'information clinique facilitent le suivi des patients et l'évaluation de la qualité des soins. Enfin, l'intégration dans la communauté permet de mobiliser les ressources locales, comme les groupes d'entraide ou les activités de prévention, pour un accompagnement global et cohérent (21). Ce modèle, fondé sur des preuves médicales, vise à offrir un soutien proactif et pratique, en impliquant activement le patient et une équipe médicale spécialement formée. En Belgique, « *le Chronic care Model* » s'inscrit

dans les trajets de soins « Insuffisance rénale » ou « Diabète de type 2 ». Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ou du diabète de type 2, un trajet de soins permet d'améliorer la prise en charge de la maladie et de mieux en contrôler l'évolution. L'engagement dans un trajet de soins pour ces pathologies offre non seulement un accès à des soins personnalisés spécifiques, mais également le remboursement de nombreuses prestations de santé. Il vise également à organiser et à coordonner plus efficacement le suivi médical ainsi que les traitements requis (22). Toutefois, pour être pleinement efficace, le « *Chronic Care Model* », base de ces types de trajets, nécessiterait l'adoption d'une approche centrée sur les objectifs individuels de la personne, et non seulement sur les problèmes médicaux. D'autant plus en cas de multimorbidités (21–23).

### 2.3.2. La méthodologie ASCOP

« L'aide et soins centrés sur les objectifs de vie de la personne » (ASCOP) ou « les soins axés sur les objectifs » (*Goal Oriented Care*) représentent une réponse aux limites des approches centrées sur les problèmes médicaux. Cette méthode pragmatique met en avant les priorités et les objectifs de vie des patients, permettant ainsi aux praticiens de collaborer avec leurs pairs et leurs patients pour co-construire un parcours de soins efficace et respectueux de la personne. (16,23).

La méthodologie ASCOP/GOC repose sur un processus dynamique et itératif structuré en trois phases. La première est consacrée à la préparation et à l'identification des objectifs. La deuxième phase correspond à la définition concrète des objectifs ainsi qu'à la mise en œuvre des actions visant ces objectifs. Enfin, la troisième phase consiste en une évaluation réflexive des objectifs et des résultats obtenus (18,24). Ce processus repose sur les valeurs et le contexte de vie de la personne soignée. Il requiert une préparation adéquate tant des professionnels de santé que des patients pour être mis en œuvre efficacement. La notion de « préparation du patient » est considérée comme une étape clé préalable (pouvant être considérée comme la phase une de la méthodologie) pour instaurer une relation équilibrée et un dialogue constructif entre le patient et le professionnel de santé (18,24).

Dans un contexte où nos systèmes de santé sont soumis à des limitations de ressources et à une demande croissante en raison du vieillissement de la population, orienter les soins en fonction des objectifs individuels des patients, dans le cadre d'un processus de soins intégrés, pourrait aider à maintenir la viabilité de notre système de santé et à réduire les coûts s'y

rapportant. Orienter les soins en fonction des objectifs de la personne permettrait de prioriser les traitements nécessaires et d'éviter ceux qui ne sont pas souhaités, contribuant ainsi à une meilleure allocation des ressources et à des soins plus efficaces. De plus, ce type de soins présenterait d'autres avantages, notamment l'amélioration de l'expérience du patient, du bien-être des soignants, ainsi qu'un impact positif sur la santé globale de la population (18,23,25).

L'étude de Boeckxstaens et al., se rapportant à « l'interprétation qualitative des défis liés à l'aide aux patients souffrant de maladies chroniques multiples pour identifier leurs objectifs » (26), met en évidence plusieurs difficultés à l'identification des objectifs de vie des patients. Ceux-ci expriment rarement leurs objectifs de manière spontanée, pour plusieurs raisons : la difficulté à se reconnaître dans le processus de fixation d'objectifs, l'acceptation de leur état de santé limitant leur volonté de définir des objectifs et la perception de leurs aspirations comme égoïstes, les empêchant de les partager (26). Malgré une apparence simpliste et rapide de cette méthodologie ASCOP/GOC, l'implémentation et l'utilisation de cette méthodologie exigent, de la part des professionnels de santé, différentes connaissances et compétences afin de promouvoir la méthodologie ASCOP (16). Notamment, adopter cette approche nécessite de reconnaître l'importance des objectifs des patients, de s'engager pleinement dans le processus et de coordonner efficacement les efforts au sein de l'équipe de soins. Les professionnels doivent adapter les soins aux besoins individuels des patients, investir dans le développement de compétences et soutenir activement les patients dans la réalisation de leurs objectifs. Une communication claire, une collaboration étroite, ainsi qu'une connaissance de cette méthode ASCOP/GOC sont également des facteurs essentiels pour assurer une approche de soins cohérente et centrée sur le patient (27).

#### **2.4. L'interdisciplinarité**

L'évolution épidémiologique des patients, qui vivent plus longtemps et qui sont confrontés à des maladies chroniques, représente un défi majeur de santé publique (28). À mesure que les personnes atteintes de maladies chroniques sont davantage reconnues et intégrées dans la société, la nature complexe de leurs besoins devient plus évidente. Cette complexité requiert des interventions diversifiées de la part de différents professionnels de la santé et du social. Pour répondre efficacement à ces besoins, il est nécessaire que ces professionnels travaillent ensemble de manière coordonnée, pour fournir des soins de qualité



et adaptés (28). Dans la méthodologie des soins axés sur les objectifs de la personne (ASCOP ou GOC), une composante essentielle est mise en évidence, la collaboration interdisciplinaire (16,17). En effet, cette pratique centrée sur les objectifs de la personne mobilise différents professionnels de santé et du social. Ils seront amenés à collaborer entre eux, avec la personne concernée et son entourage, afin d'établir « un plan de soin » le plus adéquat possible, répondant au mieux à ces objectifs (16).

La collaboration disciplinaire peut être classée en plusieurs catégories, telles que la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité, et la transdisciplinarité (29,30). Selon Moran, cité par Bélanger, la pluridisciplinarité, également appelée multidisciplinarité, consiste en une simple juxtaposition de plusieurs disciplines (31). L'interdisciplinarité, quant à elle, se définit comme une approche qui favorise la rencontre et la collaboration entre plusieurs disciplines dans le cadre d'un projet commun, partageant un objectif commun. Elle s'attache à résoudre des problèmes et des enjeux qui dépassent le champ d'action d'une seule discipline (31). Cette approche interdisciplinaire inclut le pluridisciplinaire, mais le dépasse (29). Pour finir, la transdisciplinarité, selon Darbellay, cité par Bélanger, ne se contente pas d'articuler différentes disciplines, elle cherche plutôt à intégrer et à reconfigurer les connaissances de divers domaines pour étudier et comprendre de manière plus approfondie un objet complexe au sein d'un ensemble organisé, sans se limiter aux frontières disciplinaires (31).

Dans la démarche de promotion de la santé, où l'accent est mis sur la considération de la personne dans son ensemble, il est crucial de reconnaître l'interaction réciproque des divers facteurs médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux sur la santé des individus. Cette reconnaissance renforce la nécessité d'un travail, au minimum interdisciplinaire et de la valorisation de la complémentarité des connaissances et des pratiques (28). Cette approche interdisciplinaire devient particulièrement importante dans la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques. Ces profils ont des besoins variés qui exigent des compétences diverses et étendues, tant sur le plan physique, psychosocial, qu'environnemental (32).

Bien que l'interdisciplinarité présente de nombreux avantages pour améliorer la qualité des soins aux bénéficiaires (28), elle implique la nécessité de développer diverses compétences, d'acquérir de nouveaux apprentissages et nécessite certaines adaptations. C'est pourquoi il

est crucial d'informer les différentes parties prenantes (professionnels, entourages, patients) sur les pratiques collaboratives. Pour favoriser le développement de l'interdisciplinarité dans les services de première ligne souvent fragmentés, il est nécessaire de soutenir des approches pédagogiques, qui encouragent le partage des rôles, des compétences et des responsabilités de chaque professionnel de la santé et du social, ainsi qu'une vision centrée sur le patient au sein de l'équipe (28).

#### *2.4.1. Approche conceptuelle de l'interdisciplinarité*

Cette étude s'appuie sur deux cadres théoriques empruntés. Buret, dans sa thèse sur « L'Interdisciplinarité en Santé : analyse et perspectives d'avenir pour les professionnels de la première ligne » (33), a fait le choix de cadres de références qui, selon son analyse, permettent une réflexion complémentaire sur les dispositifs et les valeurs influençant les collaborations professionnelles (33). Ces cadres sont ceux de P. Valentijn (34) et de D. D'amour (35). Le cadre de P. Valentijn met en lumière le lien étroit entre la dimension fonctionnelle et normative de l'intégration, ainsi que les interactions entre les différents niveaux du système de santé et leur impact sur l'intégration des soins. Quant au modèle de D. D'Amour, il offre une analyse approfondie des collaborations entre les professionnels et les structures, en tenant compte du contexte global (33–35).

##### **2.4.1.1. Le concept de l'intégration de P. Valentijn**

Du concept de l'intégration de Valentijn, se dégagent plusieurs dimensions complémentaires à différents niveaux (Annexe III) (34) : micro (intégration clinique), méso (intégration professionnelle et organisationnelle) et macro (intégration des systèmes). Ces dimensions visent à fournir des services complets répondant aux besoins individuels et collectifs. L'intégration fonctionnelle et normative assure la connectivité à tous les niveaux du système (34).

À l'échelle macroscopique, on parle d'intégration du système de santé. L'objectif est d'améliorer l'efficacité globale, la qualité des services et la satisfaction des usagers en adoptant une approche globale, orientée vers les besoins des populations tout au long du parcours de soins. Cela suppose de combler les fractures existantes dans les systèmes de santé, souvent marqués par une spécialisation excessive et donc une forte fragmentation. Pour y répondre, deux types d'intégration sont nécessaires : une intégration verticale, qui relie les différents

niveaux de soins (primaires, secondaires, tertiaires), et une intégration horizontale, qui connecte les services similaires ou complémentaires. Cette double intégration est indispensable pour offrir des soins cohérents, coordonnés et continus, au-delà des structures institutionnelles habituelles (34).

Au niveau méso, l'intégration se décline sur deux plans : organisationnel et professionnel. L'intégration organisationnelle renvoie à la collaboration entre différentes entités ou structures pour offrir des services mieux coordonnés, particulièrement pour les personnes présentant des besoins complexes. Cela peut prendre la forme de hiérarchies, ou encore de réseaux interorganisationnels, ces derniers étant souvent les plus adaptés dans le contexte des soins primaires, car ils permettent souplesse et engagement mutuel. Dans un continuum, allant de l'indépendance totale à la fusion complète, chaque forme implique un degré différent d'intégration. Pour qu'elle soit efficace, l'intégration nécessite une gouvernance partagée et une responsabilité collective entre les organisations impliquées (34).

L'intégration professionnelle, également située au niveau méso, concerne la coopération entre professionnels de différents horizons, qu'ils soient issus de la même organisation ou non. Elle repose sur le travail d'équipe, la confiance, le respect mutuel, une communication fluide et la reconnaissance des rôles et compétences de chacun. Cette forme d'intégration implique une responsabilisation collective dans la prise en charge des patients, et remet souvent en question les hiérarchies professionnelles traditionnelles. Cependant, elle se heurte encore à de nombreux obstacles, notamment l'absence de langage commun ou des visions cliniques parfois incompatibles (34).

Au niveau micro, l'enjeu est l'intégration clinique, c'est-à-dire la coordination des soins directement auprès du patient. Il s'agit ici d'assurer une prise en charge continue, cohérente et adaptée à chaque individu, indépendamment des cloisons institutionnelles ou professionnelles. Cette intégration est essentielle pour les personnes vivant avec plusieurs problèmes de santé ou ayant des besoins complexes. Elle suppose un véritable partenariat entre professionnels, mais aussi avec le patient, qui devient acteur de son propre parcours de soins, dans une logique de coresponsabilité et de personnalisation des interventions (34).

Deux autres formes d'intégration viennent soutenir ces trois niveaux : l'intégration fonctionnelle et l'intégration normative. L'intégration fonctionnelle concerne les outils et

dispositifs opérationnels tels que les systèmes d'information, les mécanismes de financement, la gestion de la qualité ou encore la coordination administrative. Elle permet de relier les différents niveaux d'intégration, non pas en centralisant, mais en facilitant une prise de décision collective et une meilleure fluidité entre les acteurs (34).

L'intégration normative, quant à elle, joue un rôle de liant. Elle repose sur l'existence d'une vision commune, de valeurs partagées et d'une culture organisationnelle favorisant la collaboration. Cette cohésion est essentielle pour faire fonctionner ensemble des acteurs aux parcours et objectifs parfois très différents. Le leadership est ici central, car il permet de diffuser cette culture commune et d'assurer une cohérence dans l'ensemble du système (34).

En résumé, l'intégration des soins repose sur une dynamique complexe et multidimensionnelle, où chaque niveau du système jusqu'au patient est interconnecté. Pour construire un système de santé véritablement intégré, il est essentiel de développer simultanément les dimensions cliniques, professionnelles, organisationnelles, fonctionnelles et normatives, en gardant toujours en tête les besoins des personnes et des populations comme boussole principale (34).

#### **2.4.1.2. Le concept de collaboration de D. D'amour**

Le modèle d'analyse de la collaboration interprofessionnelle repose sur quatre dimensions interdépendantes, deux relationnelles et deux organisationnelles, évaluées à l'aide de dix indicateurs (Annexe IV) (35). Du côté relationnel, la première dimension, les objectifs et la vision partagés, met l'accent sur la nécessité d'identifier des buts communs, notamment autour des soins centrés sur le patient, qui servent de point de convergence pour les différentes parties prenantes. Toutefois, la coexistence d'obligations multiples (envers les patients, les professions, les organisations, etc.) peut générer des tensions, rendant la négociation et les ajustements mutuels indispensables pour éviter des comportements opportunistes et garantir une réelle coopération centrée sur le patient (35).

La seconde dimension relationnelle, l'intériorisation, repose sur la connaissance mutuelle et la confiance entre professionnels. Il est essentiel que ces derniers se connaissent à la fois sur le plan personnel (valeurs, compétences) et professionnel (approche, champ d'exercices, cadre de référence disciplinaire) afin de créer un sentiment d'appartenance à un groupe. La confiance, quant à elle, permet de réduire l'incertitude et de faciliter le partage de

responsabilités, en favorisant des collaborations où chacun se sent en sécurité et soutenu dans son rôle (35).

Sur le plan organisationnel, la gouvernance regroupe trois indicateurs. La centralité désigne la présence d'une direction explicite et stratégique orientée vers la collaboration, souvent incarnée par des autorités centrales ou des cadres supérieurs qui donnent l'impulsion nécessaire. Le leadership, qu'il soit formel (lié à une fonction) ou émergent (initié par des professionnels engagés), doit être partagé et inclusif afin de permettre à chaque acteur de contribuer à la prise de décision. Le soutien à l'innovation est également crucial, car la collaboration implique souvent une redéfinition des pratiques cliniques et un apprentissage organisationnel qui nécessitent un accompagnement adapté, interne ou externe (35).

Enfin, la formalisation constitue la dernière dimension organisationnelle. Elle comprend les outils de formalisation tels que les protocoles, les accords interinstitutionnels ou les systèmes d'information qui permettent de clarifier les rôles et responsabilités des partenaires. Elle inclut également l'échange d'informations, qui repose sur des infrastructures facilitant la communication rapide, fluide et sécurisée entre professionnels. Cette circulation efficace de l'information joue un rôle essentiel dans la coordination des actions, la continuité des soins et l'instauration d'une confiance durable entre les partenaires (35).

En complément, l'indicateur de connectivité, transversal aux dimensions, souligne l'importance de l'interconnexion entre les individus et les structures. Il se manifeste à travers des lieux d'échanges formels et informels, des comités ou des systèmes de feedback, et permet des ajustements rapides et continus face aux défis de coordination. Ainsi, ces dix indicateurs permettent de saisir la complexité des processus collaboratifs et d'en évaluer le fonctionnement dans divers contextes professionnels (35).

Ces quatre dimensions, en interaction constante, permettent de mieux comprendre les dynamiques collaboratives, tout en étant elles-mêmes influencées par des facteurs externes tels que les ressources, les contraintes économiques ou les politiques mises en place (35).

#### *2.4.2. L'interdisciplinarité dans la méthodologie ASCOP*

Dans le déploiement de la méthodologie ASCOP/GOC, l'interdisciplinarité constitue une composante essentielle et intrinsèque du processus. Cette collaboration interdisciplinaire permet de prendre en compte la complexité des besoins de santé de chaque individu et

d'élaborer des stratégies de soins holistiques qui prennent en compte tous les aspects de sa santé physique, mentale et sociale (16,17,28). Aujourd'hui, les stratégies organisationnelles nécessitent une collaboration interdisciplinaire pour accompagner des personnes en situation complexe en associant différentes approches professionnelles. Ces approches, bien que complémentaires, sont interdépendantes, chaque discipline apportant un éclairage spécifique sur un même enjeu. Toutefois, elles peuvent aussi s'opposer, proposant des solutions divergentes. Dans ce contexte, lorsque ces contradictions deviennent visibles et que les tensions s'intensifient, les professionnels se retrouvent face à des dilemmes dans leur pratique (36). Les professionnels doivent identifier un intérêt commun à chaque échange pour que cela puisse se traduire par une action volontaire. La décision et la formulation collégiale des objectifs à atteindre avec les patients constituent les pierres angulaires de la construction des actions futures et de l'engagement à collaborer (33,35). L'ASCOP/GOC, par sa proposition de partir des objectifs définis par le patient lui-même, comme objectifs communs aux professionnels, présente donc une opportunité pour réussir l'interdisciplinarité. Tout comme l'interdisciplinarité est une condition pour réussir un processus ASCOP/GOC. Néanmoins, si la littérature explique le lien entre ASCOP/GOC et interdisciplinarité, les exemples pratiques de mise en œuvre, et par là les conditions de sa réussite dans la pratique manquent encore (16). Il est donc essentiel de bien comprendre les différents éléments et les implications d'une collaboration interdisciplinaire, lors de la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP/GOC.

### **3. Matériel et méthodes**

#### **3.1. Type d'étude**

La méthodologie de cette étude adopte une approche qualitative. Celle-ci à l'inverse de l'approche quantitative en santé permet de mettre l'accent sur le vécu des individus dans une visée d'amélioration des pratiques de soins. Elle permet également d'explorer en profondeur des dimensions variées telles que l'organisation des soins, l'expérience de la maladie, les relations interprofessionnelles ou encore les enjeux de gouvernance et de prise de décision en contexte réel (37).

Afin d'approfondir son analyse, la chercheuse a opté pour une approche théorique fondée sur la méthodologie de l'étude de cas. Cette méthodologie de recherches est utilisée pour explorer des phénomènes complexes en contexte réel ou approfondir des connaissances existantes,

l'étude de cas permet une analyse fine et approfondie en se concentrant sur un nombre restreint de sujets. Elle offre au chercheur la possibilité d'explorer ou de décrire un phénomène dans son contexte en s'appuyant sur une diversité de sources de données (38). Dans cette étude, plusieurs sources de données ont été mobilisées, notamment des entretiens individuels semi-directifs et des groupes de discussion (focus group), afin d'analyser l'expérience vécue par les participants.

De plus, cette étude adopte une approche inductive. Celle-ci permet d'examiner comment un phénomène humain évolue à travers des expériences vécues. Elle se concentre sur les perceptions subjectives, en recueillant des données auprès de témoins choisis pour l'étude, tout en prenant en compte les différents contextes dans lesquels ces expériences se manifestent. Cette démarche inductive consiste à collecter un ensemble de données et à en extraire, de manière itérative, des compréhensions qui permettent de saisir la complexité d'un phénomène (39).

### **3.2. Population, méthode d'échantillonnage et recrutement**

La population étudiée dans cette étude est constituée de travailleurs psycho-médico-sociaux. Les critères d'inclusion pour la participation à cette étude ont été les suivants : connaître et avoir mis en œuvre la méthodologie ASCOP dans leur pratique professionnelle et pratiquant la collaboration multidisciplinaire (en équipe et/ou avec des partenaires extérieurs). En revanche, les professionnels ne maîtrisant pas la langue française, ceux qui ont exprimé leur désaccord quant à la participation à cette étude, ainsi que ceux n'ayant pas mis en place la méthodologie ASCOP ont été exclus de l'échantillon. Dans le cadre de cette recherche, un échantillonnage par choix raisonné a été réalisé. Cette méthode se caractérise par une sélection méthodique des participants en fonction de critères spécifiques, sans qu'une taille d'échantillon préétablie soit définie à l'avance. Cette approche de sélection a pris en considération diverses contraintes de faisabilité telles que les limitations matérielles et temporelles (localisation du lieu de travail, disponibilité du professionnel, etc.). L'utilisation de cette méthode d'échantillonnage par choix raisonné a permis d'assurer une représentation des différents travailleurs psycho-médico-sociaux, en tenant compte de leurs expériences et de leurs contextes de travail spécifiques. L'identification des participants potentiels a été réalisée selon la méthode « boule de neige » (*snowball sampling*) (37). Au fil des rencontres, initiées par la mise en relation avec des professionnels par le biais des promotrices de ce mémoire,

chaque informateur interrogé a recruté le suivant au sein de son réseau de connaissances. Parmi ceux-ci, l'inclusion de ceux correspondant aux critères a permis à la chercheuse de constituer un échantillonnage varié (37). La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à ce que la saturation soit atteinte, c'est-à-dire lorsque de nouveaux entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations significatives ou lorsque les thèmes émergents étaient suffisamment explorés (37).

### **3.3. Paramètres et dimensions étudiées**

De nombreuses études ont mis en évidence la complexité et l'importance de la collaboration interdisciplinaire, mais rares sont celles qui se sont penchées sur sa mise en œuvre concrète dans le cadre de la méthodologie ASCOP/GOC.

Cette recherche qualitative vise donc à explorer la question : de quelle manière la collaboration interdisciplinaire peut-elle s'articuler pour jouer pleinement son rôle en tant qu'élément du processus ASCOP ?

Ainsi, l'objectif de cette étude inductive explorera, à travers les expériences vécues par les professionnels de santé, comment la collaboration se structure au sein d'une équipe multidisciplinaire lors de la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP. Elle visera également à mettre en évidence des pistes de travail basées sur les défis et les opportunités identifiés pour soutenir la collaboration interdisciplinaire dans les pratiques de soins.

Par ailleurs, cette recherche s'inscrit pleinement dans l'évolution actuelle de la santé publique, qui accorde une place croissante à des approches plus globales, collaboratives et centrées sur les patients. En mettant en lumière la méthodologie ASCOP/GOC, cette étude contribue à documenter et valoriser des pratiques innovantes au sein des soins de première ligne.

### **3.4. Méthodes et outils de collecte de données**

Dans le cadre de cette étude, différentes méthodes de collecte de données ont été mobilisées : un entretien en groupes focalisés (*focus group*), des entretiens individuels semi-directifs ainsi que des observations participantes.

La méthode de collecte de données par groupes focalisés (*focus group*) vise à analyser les expériences, croyances et attitudes des participants en encourageant les interactions de groupe pour stimuler les réponses et enrichir les réflexions à travers l'échange de points de



vue, à l'aide de guide d'entretiens assez large, permettant la relance de questions (Annexe V). L'attention est portée ici sur la dynamique de groupe et les interactions collectives, plutôt que sur les parcours individuels. Il s'agit d'observer les échanges, le partage d'expériences vécues et les comparaisons que les participants établissent entre eux (37,40).

Les entretiens individuels semi-directifs permettent quant à eux de collecter des informations tout en explorant l'expérience personnelle de la personne et sa perception du sujet, dans une approche compréhensive. Ces entretiens semi-directifs reposent sur un guide qui structure la discussion (annexe VI). Ce guide comprend une série de questions ouvertes et doit se montrer flexible afin de permettre des ajustements au fur et à mesure des entretiens (37,41).

Enfin, des observations participantes ont été menées. Cette méthode consiste à observer et décrire une situation, un sujet ou un groupe dans son environnement, tout en impliquant activement le chercheur dans le cadre social étudié (37). Ces observations ont été réalisées lors des interventions liées aux appels à projets ASCOP/GOC du Fonds Dr. Daniel De Coninck de la Fondation Roi Baudouin. Ce fonds soutient une première ligne de soins accessible, de qualité et humaine, visant à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes ayant besoin de soins ou de soutien à domicile, tout en apportant son soutien aux professionnels de la santé et du bien-être qui les accompagnent (42). La participation de la chercheuse aux séances d'intervention a eu pour visée d'enrichir sa compréhension du contexte de l'implémentation de la méthodologie ASCOP/GOC.

L'ensemble des données recueillies à travers ces différentes méthodes de collecte a permis une triangulation des informations, enrichissant ainsi l'analyse de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la méthodologie ASCOP/GOC. Cette diversité de sources a offert une compréhension plus approfondie et nuancée du phénomène, en tenant compte de la pluralité des contextes représentés dans l'étude (milieu hospitalier, santé mentale, soins à domicile, maisons médicales ainsi que maison de repos).

### **3.5. Organisation et planification de la collecte des données**

La collecte des données a eu lieu sur une période de cinq mois, allant de décembre 2024 (démarche entamée après accord du comité d'éthique) à avril 2025. Quant à la participation active aux interventions, elle s'est étendue sur une période d'un an et demi, de janvier 2024 à mars 2025.

Dans un premier temps, les professionnels ont été sélectionnés à partir du réseau de connaissances des promotrices de ce mémoire. Ils ont été contactés par email pour leur proposer de participer soit aux entretiens semi-directifs, soit aux groupes focalisés (focus groups), en fonction des disponibilités des équipes. Après les échanges initiaux par mails, des appels téléphoniques ont été privilégiés pour clarifier la demande et organiser des rencontres en personne, afin de faciliter la compréhension et la logistique de la participation. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, soit au domicile des participants ou dans les bureaux des participants ayant donné leur consentement pour la participation à l'étude. Cette démarche a permis de garantir une interaction directe et de créer un environnement propice à une collecte de données. Afin d'avoir une vue d'ensemble sur la temporalité de l'étude, un diagramme de Gantt reprenant les différentes étapes de la recherche, se trouve en annexe (Annexe VII)

### **3.6. Traitement et méthodes d'analyse des données**

L'analyse des données s'est effectuée sur une période de quatre mois, de février à mai 2025, parallèlement à la réalisation des entretiens individuels semi-directifs et du focus group. Cette approche a permis d'ajuster et d'améliorer le guide d'entretien en fonction des données recueillies au fur et à mesure de l'analyse. La méthodologie par analyse thématique s'est déroulée selon les 6 étapes de Braun et Clarke (43) :

#### Phase 1 : Verticale

- Retranscription complète du contenu du focus group et des entretiens individuels semi-directifs. Un programme informatique Offline (garantissant ainsi le respect du RGPD) a été utilisé pour faciliter la retranscription initiale des interviews. Un second passage de retranscription a ensuite été effectué manuellement par la chercheuse afin de vérifier la précision de la retranscription réalisée par le programme.
- Familiarisation avec les données retranscrites grâce à de nombreuses lectures et écoutes des interviews.

#### Phase 2 : Verticale

- Mise en évidence et choix des verbatims pertinents
- Codage des verbatims sélectionnés (étiquetage des verbatims)

#### Phase 3 : Horizontale

- Création d'une grille d'analyse des verbatims et codes

- Génération des thèmes (regroupement d'unités de codes)

#### Phase 4 :

- Triangulation
  - Mise en commun des différentes sources et méthodes de collecte des données (FG et EI)
  - Révision des thèmes avec les promoteurs de la recherche

#### Phase 5 :

- Définition et nomination des thèmes choisis en lien avec la question de recherche

#### Phase 6 :

- Élaboration d'une synthèse pour chaque thème identifié.

### **3.7. Critères de validité**

Afin de s'assurer de la qualité de cette recherche qualitative, plusieurs critères de validité définis par Mays & Pope ont été utilisés (44).

La triangulation : consiste à comparer les résultats issus de différentes méthodes de collecte de données ou de plusieurs sources. L'objectif est d'identifier des points de convergence afin de construire ou renforcer une interprétation globale du phénomène étudié. La triangulation apparaît surtout comme un moyen d'assurer une lecture plus complète du terrain et de favoriser une analyse réflexive, plutôt que comme un simple critère de validité (44). Plusieurs méthodes de collectes des données ainsi que plusieurs sources ont été utilisées dans cette étude. La triangulation des informations issues de ces méthodes de collecte complémentaires a permis d'offrir une vision plus complète et approfondie du sujet de l'étude, la collaboration interdisciplinaire dans la méthodologie ASCOP/GOC. De plus, la participation de la chercheuse aux interventions des projets pilotes ASCOP/GOC du Fonds Dr. Daniel De Coninck de la Fondation Roi Baudouin ont permis d'avoir une vue d'ensemble et de constater nombreuses similitudes dans les résultats obtenus lors des entretiens et focus group.

La réflexivité : désigne la reconnaissance de l'influence du chercheur et du processus de recherche sur les données recueillies. Cette prise de conscience inclut la manière dont les hypothèses de départ, tout comme l'expérience ou les connaissances préalables du chercheur, peuvent orienter l'observation et l'interprétation. (44).

Formée initialement en soins infirmiers communautaires, la chercheuse défend naturellement une vision centrée sur les objectifs de vie des personnes plutôt que sur leurs seuls enjeux médicaux. Elle accorde également une grande importance à la richesse de la collaboration interdisciplinaire. Néanmoins, dans le cadre de cette recherche, il ne s'agit pas de défendre une approche, mais bien d'explorer les nuances que cette démarche centrée sur la personne peut apporter aux dynamiques de collaboration. Il est donc essentiel qu'elle garde à l'esprit ses propres convictions, non pour les ignorer, mais afin qu'elles n'orientent pas de manière trop importante la recherche.

La pertinence : la recherche est considérée comme pertinente lorsqu'elle contribue à l'enrichissement des connaissances ou renforce la confiance dans les connaissances existantes. Une autre dimension clé de la pertinence est la capacité des résultats à être généralisés au-delà du cadre spécifique dans lequel ils ont été obtenus. Pour ce faire, il est essentiel que le rapport de recherche soit suffisamment détaillé, permettant ainsi au lecteur de déterminer si les résultats peuvent être appliqués à des contextes similaires (44). L'ouverture des critères de sélection visait à inclure une diversité de secteurs et de professionnels ayant recours à la méthodologie ASCOP. Cette diversité n'avait pas pour objectif de généraliser les résultats, mais plutôt de saisir les subtilités propres à chaque contexte et environnement professionnel. En effet, la recherche qualitative ne cherche pas à produire des résultats transférables, mais à mettre en lumière les expériences vécues.

### **3.8. Aspects réglementaires et législatifs**

#### *3.8.1. Accord du comité d'éthique*

Bien que cette étude ne relève pas du champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (45), une demande d'avis a néanmoins été soumise auprès du comité d'éthique en vue d'une éventuelle publication. L'avis favorable du comité d'éthique a été délivré le 5 novembre 2024 (annexe VIII & IX).

#### *3.8.2. Financement de l'étude*

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement. Elle s'inscrit dans le cadre d'un mémoire réalisé en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique.

### *3.8.3. Règlement de gestion de protection des données (RGPD)*

Toutes les données ont été analysées dans le respect de la loi du 25 mai 2018 relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (46). Avant chaque entretien, un consentement éclairé a été signé par les participants, incluant l'autorisation d'enregistrement audio afin de garantir une retranscription complète des discours. Aucune donnée ne sera conservée au-delà de la période nécessaire à l'élaboration du mémoire. À l'issue de celui-ci, l'ensemble des données sera définitivement supprimé.

## **4. Résultats**

### **4.1. Présentation de l'échantillon**

Cette analyse qualitative explore la manière dont la collaboration interdisciplinaire s'articule pour jouer pleinement son rôle en tant qu'élément du processus ASCOP.

Un focus group a été mené au sein d'un service de coordination de soins à domicile. En complément, sept entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels issus de maisons médicales, d'un service hospitalier, d'une maison de repos et de plusieurs services de santé mentale. Au total, treize professionnels ont été inclus. La diversité des institutions et des profils représentés a permis d'explorer la richesse des pratiques et la pluralité des perspectives au sein des dynamiques interdisciplinaires. Un tableau récapitulatif des participants, précisant pour chacun le type d'entretien, la profession et le type de structure d'appartenance, figure en annexes (Annexe X).

### **4.2. Présentation des résultats**

#### *4.2.1. Enjeux identitaires dans la collaboration interdisciplinaire*

Plusieurs professionnels interrogés rapportent avoir parfois ressenti des tensions lors des réunions de concertation interdisciplinaire. Pour eux, ces tensions ne traduisent pas nécessairement un conflit, mais peuvent révéler des peurs ou d'enjeux non exprimés. Certains participants soulignent l'importance d'adopter une posture d'écoute et de compréhension pour dépasser ces obstacles en apparence.

Une intervenante partage sa réflexion sur les réactions de rigidité observées chez certains partenaires. Elle interprète ces attitudes non comme des oppositions, mais comme des signes révélant une crainte de perte de contrôle ou un vécu professionnel passé difficile.

E4 : « Il y a des fois où on ne se comprend pas dans les réunions de concertation. Moi, je dis toujours : on a déjà constaté des situations où le travailleur en face se rigidifie et devient plus injonctif. C'est vrai que nous, on est surpris. Quand mes collègues reviennent avec ça, je me dis toujours : mais qu'est-ce qui fait qu'ils se sont rigidifiés ? De quoi est-ce qu'ils ont peur ? En général, quand on se rigidifie comme ça, c'est qu'on a peur de perdre le contrôle de quelque chose. Qu'est-ce qu'ils ont vécu, eux, dans l'histoire avec cet usager-là, qui fait qu'à un moment donné ils ont eu envie de se rigidifier à ce point-là ? Ou qu'est-ce qu'ils craignent ? »

La reconnaissance des différences entre cultures professionnelles apparaît comme un levier essentiel pour une coopération plus fluide. Plusieurs professionnels soulignent l'importance de porter attention aux pratiques des autres, sans chercher à imposer sa propre manière de faire. Malgré la diversité des approches, le bien-être de la personne accompagnée semble être une valeur commune. Un travailleur social rappelle d'ailleurs que c'est à partir de ces valeurs partagées que peut se construire l'interdisciplinarité.

E5 : « Parce que si la culture s'est construite, même si ce n'est pas la même que la mienne, ça ne veut pas dire qu'elle n'est pas la bonne. Moi, je pense que c'est vraiment important de d'abord s'intéresser à comment s'est construite cette façon de travailler. Je pense que c'est le plus intéressant, parce qu'on peut être surpris de voir ce que ça peut nous amener aussi. Après, malgré tout, les travailleurs sociaux sont quand même tous portés par le bien-être des gens. Et les travailleurs sociaux, psychos, médico-sociaux... enfin, on peut être large. Il y a quand même une valeur commune. Il n'y a peut-être pas une manière de travailler qui soit commune, mais il y a souvent des valeurs communes. Je pense qu'il faut faire preuve de respect à l'égard des partenaires. »

Les participants identifient également l'importance d'une meilleure connaissance des rôles et des compétences de chacun. Reconnaître les spécificités de chaque professionnel permet non seulement de renforcer la cohésion de l'équipe, mais aussi de faire changer les représentations. Un participant partage ainsi la manière dont la méthodologie ASCOP lui a permis de redécouvrir certains métiers, parfois mal compris ou peu reconnus.

E8 : « [...] D'abord, il faut, je pense, arriver à connaître les forces et faiblesses de chacun. [...] Je crois que ce serait intéressant à la limite que chacun se présente et dise « voilà, moi

*je suis.. , je ne veux plus précisément de telle ou telle chose... » de manière à savoir sur qui on peut compter et quelles sont les forces qui sont en présence. Par exemple, moi je ne connaissais pas du tout, j'ai découvert grâce à l'ASCOP l'importance des ergothérapeutes. Pour moi, les ergothérapeutes faisaient du travail manuel, etc. En fait, bien au-delà, ils aidaient à l'autonomie, au maintien de l'autonomie. Et finalement, dans tous les métiers de la maison de repos, c'était ceux qui étaient le plus proches de l'ASCOP. Et donc, ils ont été de bons porte-drapeaux du projet. »*

Enfin, certains verbatims témoignent de situations concrètes où la collaboration interdisciplinaire entre professionnels a permis de recentrer les objectifs de soins au profit des objectifs de vie de la personne et ainsi proposer un accompagnement mieux coordonné. Une intervenante explique comment elle a facilité une mise en lien entre deux professionnels aux visions opposées, ce qui a permis de mieux répondre aux besoins de la personne accompagnée.

*E2 : « [...] et du coup, ce qu'on a fait, c'est qu'on a mis en lien l'infirmière et le spécialiste qui avaient chacun des objectifs divergents pour qu'ils s'entendent chacun sur leur point de vue et qu'ils trouvent ensemble la meilleure solution. Expert du domicile et spécialiste, et au final, ça a fonctionné, et la personne n'est plus revenue tous les 15 jours, mais tous les mois. »*

#### *4.2.2. Renforcement de l'engagement dans la collaboration par l'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC*

L'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC semble jouer un rôle utile dans le renforcement de l'engagement des professionnels dans la collaboration interdisciplinaire. Plusieurs intervenants soulignent que cette approche a modifié leur manière de concevoir leur rôle et leur posture, en les amenant à s'impliquer plus activement dans les accompagnements et à mieux s'articuler entre professionnels.

Plusieurs professionnels indiquent que l'application de la méthode leur a permis de dépasser les limites classiques de leur rôle pour répondre plus efficacement aux besoins des bénéficiaires. L'un d'eux illustre ce glissement vers une posture plus proactive et intégrative :

*1-A3 : « Avant, notre rôle, c'était souvent d'analyser les besoins, mettre en place, et ensuite, on se retirait. [...] Et là, on a des suivis plus rapprochés, on a pu affiner les petits*

*détails. [...] J'ai pris un peu le rôle de porte-parole et essayé d'un peu rassembler les choses et faire évoluer la situation pour le patient. Sinon, personne ne le fait. »*

Cette redéfinition du rôle est perçue de manière positive, comme un levier d'émancipation professionnelle et de satisfaction. La participation à un projet collectif basé sur des valeurs communes permet de donner davantage de sens à l'action, comme en témoigne un autre professionnel :

*1-A5 : « Même pour nous, je trouve, le fait d'avoir pu un peu dépasser notre rôle parce qu'on était dans le projet, on arrive à d'autres choses et c'est satisfaisant de voir qu'on avance dans les situations. »*

Les effets de la méthodologie ASCOP/GOC ne se limitent pas à l'organisation du travail. Ils semblent aussi toucher à la qualité de la relation avec le bénéficiaire et également avec les professionnels. Certains intervenants rapportent un changement dans leur manière de dialoguer avec leurs collègues, mais également avec les personnes accompagnées, en redonnant une place centrale à leurs priorités et à leur vécu.

*« E7 : En tout cas, l'ASCOP, ça a changé ma manière de communiquer avec le patient et mes collègues. [...] je pose quand même beaucoup plus de questions. Qu'est-ce qui est important pour vous en ce moment ? Seulement des petites choses pour apprendre à connaître le patient, même si je ne fais pas toute la démarche et tout ça. Mais avec les collègues, la chose que je fais souvent, maintenant en réunion de cas, je leur dis : ce ne serait pas intéressant qu'on fasse ensemble l'outil ? Il y a quand même un changement parce que j'en sens encore qu'il y a un collègue un peu désespéré par une situation parce qu'il a envie que cette personne fasse ça, ça, ça. Parce que j'y crois vraiment et je pense, je suis persuadée que ça peut prévenir un peu l'épuisement du professionnel si on utilise cette méthodologie. »*

Certains considèrent que cette méthodologie permet également de remettre en question certaines routines professionnelles et invite à se défaire des connaissances supposées. Pour eux, cela permet de restaurer une véritable posture d'écoute active, qui favorise une collaboration plus horizontale et respectueuse de la personne.

*E6 : « On a l'impression parfois de connaître les gens et en fait, ce n'est pas vrai. [...] La démarche permet de requestionner l'ici et le maintenant. [...] Ce n'est pas un savoir*



*médical, mais bien un savoir partagé qui n'est pas figé. Ça redonne du sens à mon travail et à mon envie de collaborer. »*

#### *4.2.3. Construction d'une logique organisationnelle commune*

La mise en place d'une méthodologie partagée, comme celle proposée par le cadre ASCOP/GOC, suppose une adaptation des pratiques et des modes de fonctionnement propres à chaque profession. Plusieurs professionnels interrogés soulignent des divergences qui peuvent survenir dans l'organisation quotidienne du travail, notamment lorsque les logiques de fonctionnement sont trop éloignées.

*E8 : « là où l'on n'a pas réussi, c'était l'intégration du personnel de cuisine et du personnel d'entretien. Donc, voilà, on a été rencontrés plusieurs fois pour leur dire, voilà [...], mais ça n'a pas eu tellement de succès en fait. Je crois que vraiment cette philosophie-là n'a pas tellement percolé, en tout cas chez nous, et ils ont très peu de contacts aussi. En tout cas, les gens de la cuisine, ils viennent chez nous, ils amènent les plats, ils repartent assez vite. Et ils n'ont pas beaucoup de contacts avec les résidents donc c'est très compliqué. »*

Face à ces constats, plusieurs intervenants insistent sur la nécessité de créer des espaces de coordination et de partage qui permettent de réaffirmer la logique commune du travail interdisciplinaire orienté vers les objectifs de vie de la personne. Les réunions en présentiel sont alors identifiées comme des moments indispensables, non seulement pour analyser les situations complexes, mais aussi pour travailler la culture partagée autour de la méthodologie ASCOP. Une participante évoque l'idée de mobiliser ces réunions pour renforcer la familiarité des équipes avec la méthode et réduire les appréhensions.

*E 7 : « Et donc, ce qu'on n'a pas encore fait, mais ce que j'aimerais bien prochainement, quand on fait des réunions de cas, une fois par semaine et tout cas, et parfois, on a des semaines où l'on n'a pas trop... trop de quoi parler, mais à ce moment-là, on ouvre, par exemple, une analyse avec un patient pour remonter, mais regardez, on a fait là une analyse, il a mis ces objectifs-là, il a priorisé comme ça, et on travaille là-dessus en ce moment, pour un peu refaire la publicité de la méthodologie dans l'équipe. Pour que les gens aient de moins en moins peur de l'utiliser. »*

L'intégration progressive de professionnels extérieurs aux équipes classiques, comme les médecins traitants ou les pharmaciens, lors de réunions interdisciplinaires structurées, semble également renforcer le sentiment d'efficacité et de cohésion.

E8 : « [...] Et donc, à la fin, il fallait que ça soit assez compatible avec un temps de réunion. Donc, on était à une vingtaine de minutes par réunion. On faisait venir le médecin traitant, qui était assez enthousiaste de pouvoir partager et d'apporter sa connaissance. C'était vraiment à chaque fois des rencontres super intéressantes et ça nous permettait aussi, là c'est dans le cas de la maison de repos, de recréer du lien avec les médecins. Souvent, ils ne sont pas intégrés dans les réunions pluridisciplinaires. Donc ici, ils trouvaient toute leur place. Donc, avec cet ensemble d'informations, quelque chose de très construit, de préparé, ça donnait effectivement l'impression d'avancer, d'être efficace. On créait des objectifs et on les réévaluait un mois après en disant, voilà, monsieur voulait telle et telle chose. Qu'est-ce qui a pu être fait, qu'est-ce qui n'a pas pu être fait, où est-ce qu'on en est dans son projet. Et donc ça permettait de fédérer un peu les équipes. Et donc on avait intégré aussi les pharmaciens dans un projet suivant. Pharmaciens, médecins traitants, ça faisait du monde. Mais il fallait donc quelque chose de très construit pour que tout le monde n'ait pas l'impression que ça se passait simplement en spectateur. »

Des expérimentations concrètes sont mises en place pour favoriser la collaboration entre disciplines. Le travail en binômes interprofessionnels est cité comme une pratique intéressante pour travailler une culture commune tout en respectant les expertises spécifiques de chacun.

E7 : « Ce qui a bien marché aussi, ce qu'on a testé, c'est de partir en binôme. Et de deux métiers différents. Donc, on a fait des binômes kiné-infirmières. Et donc, ça a été assez intéressant aussi. Et peut-être, on pourrait aussi prochainement, peut-être une fois, faire un petit binôme médecin-infirmier ou médecin-kiné pour un peu essayer de mettre les médecins dans le bateau également. »

#### 4.2.4. Institutionnalisation des pratiques collaboratives interdisciplinaires

Les acteurs témoignent du fait que les projets intégrant la méthodologie ASCOP/GOC ont contribué à institutionnaliser des pratiques collaboratives entre services, en renforçant les liens existants ou en en créant de nouveaux. Ces pratiques collaboratives se sont souvent appuyées sur des relations déjà existantes et une base de confiance entre acteurs. Pour

certaines professionnels, cette méthodologie a agi comme un levier de consolidation de ces liens. Une intervenante souligne que le partenariat avec le service social de l'hôpital reposait déjà sur une confiance préalable, ce qui a facilité l'intégration dans le projet. Cette coopération préexistante a été renforcée et a permis de structurer davantage les échanges :

1-A3 « *Puisqu'ici, le projet, c'était aussi vraiment la connexion avec le service social de l'hôpital, un service avec lequel on travaillait déjà [...]. Je crois que ça a noué quand même des liens de confiance. Donc ça a apporté beaucoup à ce niveau-là.* »

Toutefois, cette collaboration ne se construit pas toujours de manière uniforme avec tous les partenaires. Certains participants soulignent que la qualité du travail interdisciplinaire dépend aussi des affinités entre services et de leur capacité à répondre aux besoins des bénéficiaires.

E3 « *L'interdisciplinarité, c'est quelque chose que j'ai plus facile... qui est plus inné avec certains services qu'avec d'autres. [...] Je travaille beaucoup avec l'équipe d'un certain service parce que clairement, c'est ce service qui répond le mieux aux besoins des personnes que j'accompagne.* »

La richesse des équipes et leur diversité de compétences sont aussi perçues comme des atouts pour ancrer la collaboration au sein des pratiques. Toutefois, certains professionnels reconnaissent que cette interdisciplinarité interne à leur service ne suffit pas toujours : il est nécessaire d'admettre les limites de chaque service pour pouvoir mobiliser d'autres partenaires de manière complémentaire et ainsi enrichir cette interdisciplinarité.

E7 : « *je pense à la maison médicale on peut être très content donc on a une équipe vraiment pluridisciplinaire très riche et on a nos assistantes sociales et qui sont également là et donc il y a une grosse partie des objectifs qui peuvent être pris en charge par nous... mais parfois, il faut aussi admettre qu'on a des limites et c'est important de s'ouvrir à d'autres services.* »

## **5. Discussions et perspectives**

### **5.1. Résumé des principaux résultats**

L'analyse des résultats fait apparaître plusieurs dimensions de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la méthodologie ASCOP/GOC. Tout d'abord, les témoignages recueillis mettent en lumière les enjeux identitaires à l'œuvre dans cette collaboration. Ils

montrent la complexité des échanges entre professionnels issus de disciplines différentes, mais également la plus-value que cette diversité peut apporter. Dans ce contexte, faire preuve d'une part d'une posture réflexive et respectueuse et d'autre part d'une écoute active, s'avère essentiel. Elle permet de transformer la diversité professionnelle, souvent perçue comme un obstacle, en une ressource au service du parcours de soin.

Par ailleurs, ces témoignages soulignent le rôle central de l'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC dans le renforcement de l'engagement des professionnels. Ce cadre méthodologique permet à la fois de mettre en place des repères structurants pour l'action (étapes de la méthodologie), mais également permettre de travailler la culture commune entre disciplines. Cette méthodologie apporte du sens à la pratique quotidienne des professionnels, en favorisant une implication plus forte et un sentiment d'appartenance.

Une autre dimension concerne la mise en place progressive d'une logique commune de fonctionnement. Les extraits analysés témoignent donc, d'adapter les organisations de travail pour préserver la qualité des soins, tout en intégrant des disciplines parfois mises en retrait lors de réunions de concertation. Cela nécessite de faire preuve de créativité pour dépasser les fonctionnements initiaux, souvent bien installés dans les habitudes de travail.

Enfin, l'ancrage institutionnel des pratiques collaboratives semble favorisé, voire renforcé par la mise en place de la méthodologie ASCOP/GOC. Il dépend surtout de la qualité des relations interprofessionnelles, de la reconnaissance réciproque des compétences, et de la capacité des services à dépasser leurs logiques sectorielles.

Ces éléments informatifs correspondent assez bien aux axes proposés par le modèle conceptuel de D'amour. Celui-ci repose sur deux dimensions relationnelles : la construction d'objectifs partagés et l'instauration de la confiance par la connaissance mutuelle. Il s'appuie également sur deux dimensions organisationnelles : la gouvernance collaborative et la formalisation des pratiques, qui structurent les conditions de travail, soutiennent l'innovation et assurent une coordination efficace, avec l'importance de la connectivité entre individus et structures (35).

### *5.1.1. Dimension relationnelle*

#### **5.1.1.1. Les dynamiques identitaires dans la collaboration interdisciplinaire**

La collaboration interdisciplinaire vise à conjuguer les savoirs et les compétences de différentes disciplines afin d'offrir une réponse plus cohérente et centrée sur les besoins des personnes. Cela amène inévitablement à s'interroger sur les dynamiques de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire la manière dont les expertises se rencontrent et interagissent, ainsi que sur la qualité de ces échanges, dans le but d'assurer un accompagnement optimal du bénéficiaire ou une prise en soin efficace du patient. Bien que l'interdisciplinarité offre de nombreux bénéfices, elle possède également des obstacles, notamment en matière d'identité professionnelle (47). Selon Garnier et Roy, travailler en interdisciplinarité implique parfois de s'interroger sur ses rôles habituels et de confronter des logiques parfois opposées entre disciplines. Cette remise en question, loin de minimiser l'expertise de chacun, peut au contraire ouvrir la voie à une coopération plus riche et ajustée. En prenant conscience des limites de son propre champ de savoir et en restant à l'écoute des attentes des bénéficiaires, les professionnels sont amenés à construire ensemble des réponses plus adaptées (48). Dans cette dynamique, la clarification des rôles et des responsabilités devient cruciale : elle permet de reconnaître et de valoriser les spécificités de chaque métier, tout en inscrivant le travail commun dans une logique de co-construction orientée vers un objectif partagé, celui du mieux-être de la personne accompagnée. Ce cadre favorise ainsi le passage d'une logique de confrontation (« qui a raison ? ») à une logique de coopération (« que faisons-nous ensemble, avec et pour la personne ? ») (48). Cela offre la possibilité d'appréhender la complexité des besoins de chaque personne en mobilisant des savoirs complémentaires, afin de construire des stratégies de soins globales, intégrant les dimensions physiques, psychiques et sociales de la santé (16,17,28).

Les témoignages mettent en évidence que l'expérience de la collaboration interdisciplinaire peut parfois conduire à une conflictualité bénéfique, où les tensions sont alors considérées non pas comme des embûches, mais comme des occasions d'apprentissage et d'évolution. Selon Resweber, lorsque des divergences deviennent tangibles et que les tensions s'accroissent, les professionnels peuvent être confrontés à des dilemmes dans leur pratique, on appelle cela « le conflit des méthodes » ou « conflit des interprétations » (49). Néanmoins, en étant dans l'expérience de l'interdisciplinarité, les professionnels tendent à s'impliquer

davantage dans les décisions collectives, y compris lorsqu'ils y étaient d'abord réticents. Plutôt que d'écarter les opinions divergentes ou d'ignorer ceux qui les expriment, l'interdisciplinarité cherche à créer une dynamique inclusive reposant sur le dialogue, la reconnaissance mutuelle et la complémentarité (36,48,49).

Comme le montrent les participants de l'étude, les divergences de points de vue, peuvent être mises en lumière grâce à la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP. Celles-ci peuvent alors être transformées en ressources au service de la réflexion collective. En favorisant la rencontre et le dialogue entre des professionnels aux approches différentes et parfois même opposées, une situation peut être réévaluée au travers de regards croisés et d'identités professionnelles complémentaires. Cette méthodologie permet de parvenir à un compromis, intégrant à la fois les visions des professionnels et leurs exigences, mais également les priorités et préférences du bénéficiaire. La réflexion co-construite se révèle plus pertinente, tant sur le plan médical qu'humain, en répondant aux objectifs de vie de la personne.

#### ***5.1.1.2. Renforcement de l'engagement par l'adhésion à la méthodologie ASCOP/GOC***

Au fil des entretiens, un élément central s'est dégagé : la redécouverte du sens du métier, qui a renforcé l'engagement dans la collaboration interdisciplinaire, portée par l'adhésion à la démarche ASCOP.

Depuis plusieurs décennies, le secteur de la santé est confronté à des réformes et à des transformations des pratiques de soins. Le système actuel, fondé encore essentiellement sur une approche centrée sur la maladie et un financement à l'acte, apparaît de moins en moins adapté pour faire face aux défis contemporains, notamment le vieillissement de la population et la montée en puissance des maladies chroniques (50,51). En conséquence, lorsque les soins aux patients souffrant de maladies chroniques sont fragmentés, cela implique que les divers aspects de leur santé ne sont pas pris en compte de manière globale. Cela peut mener à des traitements qui ne répondent pas aux valeurs et aux besoins individuels, ce qui risque de compromettre leur efficacité (18,20). Dans ce contexte, de nombreux professionnels témoignent d'un sentiment croissant de perte de sens dans leur pratique quotidienne, allant parfois jusqu'à remettre en question la finalité même de leur métier. Les répercussions de ces logiques organisationnelles vont même jusqu'à engendrer une baisse de la motivation et de la satisfaction au travail, un désengagement progressif, une altération du bien-être

psychologique, une détérioration de la santé mentale, ainsi qu'un climat organisationnel fragilisé (50).

Les résultats de cette étude semblent montrer que la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP a permis aux professionnels interrogés de renouer avec les fondements de leur vocation. Prendre soin de la personne, l'accompagner dans son parcours de soin tout en respectant ses valeurs et ses préférences. Selon Le Bihan, ce retour à l'essentiel fait écho à ce qui constitue la finalité des actions des professionnels. C'est-à-dire, reconstruire, pas à pas, pour chaque patient, une cohérence de vie, ouvrir la voie à une orientation adaptée, à un projet porteur de sens (52). Dans cette dynamique, l'interdisciplinarité joue un rôle clé. Elle consiste à mobiliser, dans chaque champ professionnel, les apports les plus pertinents pour répondre à une situation donnée, afin de construire une approche sur mesure de la personne. Elle permet ainsi une lecture plus globale et plus humaine du patient, en évitant toute fragmentation de son parcours ou réduction à une simple fonction. L'interdisciplinarité permet de dépasser les frontières disciplinaires et de recentrer l'action collective sur ce qui importe véritablement : le sens du soin et de l'accompagnement, au service du projet de vie du patient (52).

#### *5.1.2. Dimension organisationnelle*

##### **5.1.2.1. Construction d'une logique organisationnelle commune**

Prendre en compte les objectifs de vie de la personne implique la plupart du temps, la mobilisation de plusieurs institutions, chacune porteuse de pratiques collaboratives et de cultures professionnelles spécifiques. Cette interconnexion, bien qu'essentielle à une prise en soin globale et centrée sur la personne, peut générer des divergences organisationnelles. En effet, les différences de routines, d'habitudes et de protocoles peuvent entrer en opposition, rendant parfois difficile l'articulation des interventions autour d'un projet commun.

En effet, la coexistence de logiques organisationnelles multiples peut tendre à accentuer les tensions au sein des systèmes, entravant ainsi les dynamiques d'actions collectives. Toutefois, lorsque les divergences ne touchent pas aux valeurs fondamentales, mais concernent plutôt les moyens ou les stratégies d'action, il devient envisageable d'engager une négociation interne. Celle-ci peut permettre de rapprocher les logiques institutionnelles et de mieux les articuler dans les pratiques organisationnelles (53,54).

Les résultats de l'étude montrent que la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP pousse les professionnels à sortir de leurs repères habituels et de leurs modes de collaboration traditionnels, tant au sein de leur propre équipe qu'avec d'autres institutions. Ceci correspond à ce que dit Charue-Duboc et Raulet-Croset. Confrontés à des situations nouvelles ou inhabituelles, les professionnels sont ainsi amenés à activer des cadres de référence issus de logiques institutionnelles différentes de celles auxquelles ils se réfèrent habituellement (53).

Plusieurs professionnels de cette étude ont notamment engagé une réflexion sur une nouvelle organisation commune. L'organisation de réunions de concertation plus fréquentes et plus orientées vers l'objectif de vie du patient ou encore l'application d'un fonctionnement en binôme pluridisciplinaire en sont des exemples.

Toujours en mettant en évidence l'enjeu de mettre en place des dispositifs organisationnels de manière à pouvoir intégrer certaines professions, cette démarche vise à permettre à chaque professionnel de s'impliquer pleinement. Ces temps de rencontre, identifiés comme indispensables par les participants permettent la production de connaissances et ne se limitent pas à un simple échange d'expertises. Ces moments partagés prennent une dimension symbolique forte, car ils s'inscrivent dans une visée commune. Selon Letor et Bagnou des temps de rencontre peuvent devenir des espaces de co-construction orientés vers des finalités claires, construire un projet, ou résoudre collectivement une situation complexe. C'est ainsi que se tisse une intelligence collective, au service d'une action plus cohérente, éthique et porteuse de sens (55). Les résultats de cette étude montrent que ces situations et ce changement de paradigme ont amené les professionnels à faire preuve de créativité dans la mise en place d'une organisation commune, en dépassant les habitudes institutionnelles bien ancrées.

#### **5.1.2.2. *Institutionnalisation des pratiques collaboratives interdisciplinaires***

L'analyse des témoignages révèle que l'implémentation de la méthodologie ASCOP/GOC a contribué à l'institutionnalisation progressive de pratiques collaboratives entre services. En jouant un rôle de centralisateur, cette approche a consolidé des liens déjà existants tout en favorisant la mise en place de nouvelles modalités de coopération. Dans cette optique, le modèle de D'Amour met en lumière le rôle fondamental du soutien à l'innovation pour ancrer durablement l'interdisciplinarité. En effet, la collaboration entre disciplines implique souvent une reconfiguration des pratiques professionnelles ainsi qu'un processus d'apprentissage



organisationnel. Pour que ces évolutions se traduisent par des changements pérennes, elles nécessitent un accompagnement structuré, qu'il soit porté par les institutions elles-mêmes ou soutenu par des dispositifs externes adaptés (35).

Par ailleurs, D'amour met également en évidence que la formalisation, en plus du soutien à l'innovation, représente une dimension organisationnelle clé de cette institutionnalisation (35). En effet, comme en témoignent les résultats de l'étude, la dynamique collaborative ne s'est pas développée de manière uniforme entre les professionnels, car elle repose en grande partie sur des relations de confiance préexistantes, des affinités professionnelles, et des objectifs partagés entre acteurs. Afin de veiller à cette uniformité, la formalisation de l'interdisciplinarité doit reposer sur la mise en place d'outils tels que des protocoles partagés, des accords interinstitutionnels ou des systèmes d'information adaptés. Ces dispositifs permettent non seulement de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun, mais aussi de fluidifier l'échange d'informations entre les professionnels. Une telle circulation, à la fois rapide, fluide et sécurisée, est essentielle à la coordination des actions, à la continuité des soins et à la consolidation d'une confiance réciproque entre les acteurs. Elle contribue ainsi à inscrire l'interdisciplinarité dans un cadre pérenne et structurant, véritablement intégré au fonctionnement des organisations (35).

L'utilisation de la méthodologie ASCOP, a permis aux professionnels d'ouvrir le champ des possibles et a ainsi contribué à la collaboration avec d'autres professionnels ou secteurs. En ce sens, la méthodologie ASCOP/GOC ne se limite pas à une technique, elle participe à la transformation des pratiques et des relations de travail, en ancrant l'interdisciplinarité dans un processus collectif fondé sur la confiance et la reconnaissance mutuelle.

## **5.2. Portée de la recherche quant à l'application des résultats**

Bien que cette recherche n'apporte pas d'éléments nouveaux sur l'interdisciplinarité en tant que telle, elle met en évidence plusieurs éléments clés concernant la manière dont celle-ci se structure dans le cadre de la méthodologie ASCOP/GOC. Elle reflète la complexité des dynamiques collaboratives tout en identifiant des leviers concrets : le développement d'une culture commune, la remise en question des pratiques professionnelles établies, et la mise en place de dispositifs organisationnels partagés.

Un autre apport significatif de cette étude réside dans le sens qu'elle redonne au travail des professionnels du secteur psycho-médico-social. Dans un contexte marqué par des tensions persistantes et une charge émotionnelle accrue, notamment depuis la crise COVID, l'intégration progressive de la méthodologie ASCOP/GOC semble contribuer à prévenir l'épuisement professionnel. Elle apparaît particulièrement pertinente dans les situations complexes, où la collaboration interdisciplinaire est une condition essentielle d'un accompagnement de qualité.

Par ailleurs, cette recherche montre également que l'approche ASCOP/GOC favorise les conditions nécessaires à l'interdisciplinarité, telles que décrites par D'Amour. Elle repose notamment sur le partage d'objectifs et d'une vision commune, centrés sur le patient, qui permet de fédérer les différents acteurs autour de finalités collectives (35). Ces objectifs partagés constituent d'ailleurs le socle même de la méthodologie ASCOP/GOC (24).

Enfin, pour renforcer la portée de cette démarche, il serait pertinent d'approfondir l'analyse en intégrant la parole des bénéficiaires. Explorer leur vécu, leur perception de l'accompagnement et leur ressenti quant à la relation avec les professionnels permettrait d'évaluer plus finement l'impact de l'interdisciplinarité dans la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP/GOC. Cela contribuerait aussi à inclure pleinement le bénéficiaire et son entourage dans la dynamique collaborative.

### **5.3. Limites du travail**

Comme toute recherche qualitative, cette étude comporte inévitablement certains biais tels que ceux de sélection, de désirabilité sociale et d'influence, auxquels la chercheuse a porté une attention constante afin d'en limiter les effets.

En premier lieu, le biais de sélection (ou biais d'échantillonnage) mérite d'être souligné. Les participants ont été sélectionnés sur la base de leur connaissance et de leur mise en œuvre de la méthodologie ASCOP, ce qui a conduit à l'exclusion des professionnels ne connaissant pas ou n'ayant pas appliqué cette démarche. Une telle sélection limite la possibilité de recueillir des points de vue critiques et peut dès lors entraîner une surreprésentation de discours favorables à la méthode. Néanmoins, l'objectif de cette recherche n'est pas de promouvoir une approche particulière, mais de mieux comprendre les dynamiques collaboratives que cette méthodologie centrée sur la personne peut générer. Par ailleurs, le choix de ne retenir que des

professionnels maîtrisant la langue française a restreint la diversité des perspectives recueillies, notamment dans un contexte où la méthodologie ASCOP/COG est également en plein développement en Flandre.

Un autre biais potentiel concerne la désirabilité sociale. Étant donné que les participants sont des professionnels ayant effectivement mis en œuvre la méthodologie ASCOP, il est plausible qu'ils aient adopté un discours valorisant, minimisant ainsi les difficultés ou les critiques liées à la mise en œuvre de la démarche. Par ailleurs, le recours à un focus group peut également introduire un biais d'influence. En effet, la dynamique de groupe peut amener certains participants à modérer ou adapter leurs propos en fonction des interventions de leurs collègues, ou à ne pas exprimer pleinement un point de vue divergent par crainte d'un potentiel jugement. La chercheuse avait initialement envisagé de mener plusieurs focus groups afin de croiser davantage les expériences recueillies. Cependant, des contraintes logistiques importantes, notamment la difficulté de disponibilité des professionnels et une période particulièrement affectée par une recrudescence de cas de grippe, ont restreint la mise en œuvre de cette démarche.

#### **5.4. Forces du travail**

L'un des points forts de cette recherche réside dans le recours à une méthodologie qualitative, mobilisant différentes techniques de collecte de données, telles qu'un focus group, des entretiens semi-directifs et des observations participantes. Cette approche a permis de recueillir une diversité d'informations riches sur les multiples facettes de la collaboration interdisciplinaire, dans le contexte de la mise en œuvre d'une démarche nouvelle.

Un autre atout de ce travail réside dans la diversité des professionnels psycho-médico-sociaux, ce qui a enrichi la qualité et la portée de l'analyse. Par ailleurs, les résultats de cette recherche émanent directement des expériences et perceptions des participants, inscrits dans des contextes spécifiques. Cette approche confère aux données une forte pertinence ainsi qu'un ancrage concret dans la réalité professionnelle vécue par les acteurs de terrain. De plus, la participation de la chercheuse aux interventions des projets pilotes ASCOP/GOC du Fonds Dr. Daniel De Coninck de la Fondation Roi Baudouin (observations participantes) ont permis à la chercheuse d'avoir une vue d'ensemble et de constater nombreuses similitudes dans les résultats obtenus lors des entretiens et focus group.

## **5.5. Contribution de la recherche pour la santé publique**

Dans un contexte de pression croissante sur les systèmes de santé (notamment en raison du vieillissement de la population), orienter les soins selon les priorités des patients permettrait de mieux cibler les interventions pertinentes, tout en évitant celles qui ne le sont pas. Au-delà des bénéfices en termes de gestion des ressources, cette approche améliore l'expérience des patients, le bien-être des professionnels et pourrait avoir un impact positif sur la santé des populations (18,23,25).

Cette recherche met en lumière la nécessité de soutenir les équipes qui s'engagent dans un changement de paradigme vers une approche centrée sur la personne et ses objectifs de vie. Elle souligne l'importance pour les institutions et les professionnels de terrain d'ancrer durablement cette dynamique collaborative au sein des dispositifs de soins, face aux enjeux croissants que représentent la complexité des situations, les maladies chroniques et les parcours de santé de plus en plus morcelés. Elle souhaite inviter également les institutions et les politiques à inscrire cette dynamique dans la durée, en offrant aux professionnels le temps et les moyens de co-construire des accompagnements adaptés. Cela implique de repenser les cadres de travail pour les rendre plus souples, soutenant, et alignés avec les valeurs portées par la méthodologie ASCOP/GOC.

## **6. Conclusion**

À l'issue de cette analyse, il apparaît que la collaboration interdisciplinaire lors de la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP/GOC ne se limite pas à une simple évolution des procédures habituelles. Elle exige un véritable repositionnement identitaire et organisationnel de la part des professionnels psycho-médico-sociaux. En tant qu'acteur de terrain, cette recherche a invité à s'interroger sur sa propre posture. Comment collaborer autrement, dans une logique de co-construction, centrer non plus uniquement sur les problèmes médicaux, mais sur les objectifs de vie de la personne accompagnée ? Loin d'être un processus linéaire ou immédiat, cette transformation de la collaboration interdisciplinaire appelle à une remise en question constante des pratiques, des repères, et parfois même des valeurs professionnelles. Les tensions interprofessionnelles, les enjeux identitaires, les logiques organisationnelles divergentes ne doivent pas être vus comme des obstacles à contourner, mais des matériaux à travailler. Ils peuvent devenir des leviers potentiels d'apprentissage

collectif, à condition qu'un cadre structurant tel que celui proposé par la méthodologie ASCOP en permette la reconnaissance, la verbalisation et l'intégration.

Il est essentiel de garder à l'esprit que la collaboration interdisciplinaire se construit progressivement au fil du temps, à travers un processus d'apprentissage rigoureux, exigeant et souvent complexe, tant au niveau organisationnel que dans son intégration par les professionnels impliqués (55). La collaboration interdisciplinaire, telle qu'explorée dans cette étude, devient un espace de dialogue, de sens, et même de revalorisation du métier.

## 7. Bibliographie

1. Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé Publique. 2015 Mar 26 ; 1(HS) : 189–97.
2. World Organization Health. Reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019 [Internet]. 2020 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
3. World Organization Health. Non communicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Sciensano. Vers une Belgique en bonne santé. Maladies Non Transmissibles : Vue d'ensemble, Health Status Report. [Internet]. 2019 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/vue-d-ensemble>
5. Loeb DF, Binswanger IA, Candrian C, Bayliss EA. Primary Care Physician Insights Into a Typology of the Complex Patient in Primary Care. The Annals of Family Medicine. 2015 Sep 1 ; 13(5) : 451–5.
6. World Organization Health. Constitution. [Internet] 1946. [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by%20the%20International%20Health,1948.%20Later%20amendments%20are%20incorporated%20into%20this%20text.>
7. Promosanté. Promotion de la santé en bref - définitions et concepts clés [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/>
8. Public Health Agency of Canada. Ottawa Charter for Health Promotion : An International Conference on Health Promotion [Internet]. 1986 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html>
9. Public Health Agency of Canada. Déterminants de la santé, facteurs d'ordre social et économique, environnement physique et comportements individuels. [Internet] 2025. [cited 2025 Apr 6] Available from: <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
10. Aujoulat I, Delescluse T, Doumont D, Ferron C. Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes. 2021 Dec ; 64.

11. World Organization Health. Primary health care [Internet]. 2023 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
12. World Organization Health. Primary health care : report of the international conference on Primary Health Care. Alma-Ata URSS. [Internet] 1978. [cited 2024 May 2]. Available from : <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
13. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008;125.
14. Klein A. Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking. Histoire, médecine et santé. 2012 Jun 1;(1) : 115–28.
15. Fuller J, Upshur R. Logos, ethos and pathos in balance – the care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. European Journal for Person Centered Healthcare. 2014 Jun 1;2(1):22–9.
16. Boeckxstaens P, Boeykens D, Macq J, Vandenbroeck P. Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. [Internet] 2020. [cited 2024 May 2]. Available from: [https://media.kbs-frb.be/en/media/9306/PUB\\_Goal%20Oriented%20Care\\_2020](https://media.kbs-frb.be/en/media/9306/PUB_Goal%20Oriented%20Care_2020)
17. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. Fam Med. 1991 Jan;23(1) : 46–51.
18. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022 Feb 4;17(2):e0262843.
19. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 6]. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)
20. Huybrechts I, Boeykens D, Grudniewicz A, Steele Gray C, De Sutter A, Pype P, et al. Exploring readiness for implementing goal-oriented care in primary care using normalization process theory. Prim Health Care Res Dev. 2023 Feb 8;24(12):1–7.
21. Steurer-Stey C, Frei A, Rosemann T. Le « Chronic care model » en médecine de famille en Suisse. Revue Medicale Suisse. 2010 May 19 ; 249(17) : 1016–9.
22. INAMI Institut National D'assurance Maladie-Invalidité. [cited 2025 Apr 7]. Trajets de soins « diabète de type 2 » et « insuffisance rénale chronique » : Votre rôle en tant que médecin. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/trajets-de-soins#qu-estce-qu-un-trajet-de-soins-diabete-de-type-2-ou-insuffisance-renale-chronique>

23. Grudniewicz A, Gray CS, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. *Patient*. 2023 ; 16(6) : 569–78.
24. Département de Médecine générale de l'ULiège. ASCOP. [cited 2025 May 18]. ASCOP l'aide et les soins centrés sur la personne. Available from: <https://www.ascop.be>
25. Huybrechts I, Declercq A, Verté E, Boeckxstaens P, Raeymaeckers P, Anthierens S. Will the implementation process for goal-oriented primary care succeed? A qualitative study investigating five perceived attributes of goal-oriented care. *Social Science & Medicine*. 2023 Aug 1;331:116048.
26. Boeckxstaens P, Willems S, Lanssens M, Decuypere C, Brusselle G, Kühlein T, et al. A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. *J Comorb*. 2016 Nov 14;6(2):120–6.
27. Huybrechts I, Declercq A, Verté E, Boeckxstaens P, Raeymaeckers P, Anthierens S. Will the implementation process for goal-oriented primary care succeed? A qualitative study investigating five perceived attributes of goal-oriented care. *Social Science & Medicine*. 2023 Aug;331(1):1–9.
28. Buret L, Mellier L, Mahieu C. L'interdisciplinarité, un choix incontournable. *Santé Conjuguée* 97, déc 2021, p 37-39. [Internet]. [cited 2024 May 3]. Available from: [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/266903/1/sc\\_97\\_buret%281%29.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/266903/1/sc_97_buret%281%29.pdf)
29. Resweber JP. Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*. 2011 Jun 30;(19) : 171–200.
30. Payette M. Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*. 2001 ; 5(1) : 20–35.
31. Bélanger R. L'utilité d'une approche interdisciplinaire lors de l'étude du développement de l'enfant né prématurément. *Human Sciences Monograph Series*. 2013;13:112–40.
32. Perone N, Filliettaz SS, Budan F, Schaller P, Balavoine JF, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. *Santé Publique*. 2015 ; 21(1) : 77–86.
33. Buret L. Interdisciplinarité en Santé : analyse et perspectives d'avenir pour les professionnels de la première ligne [Internet]. [Département de médecine générale] : ULiège - Université de Liège; 2020 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/257502>
34. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 Mar 22;13:1–12.
35. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008 Sep 21 ; 8(1) : 188.

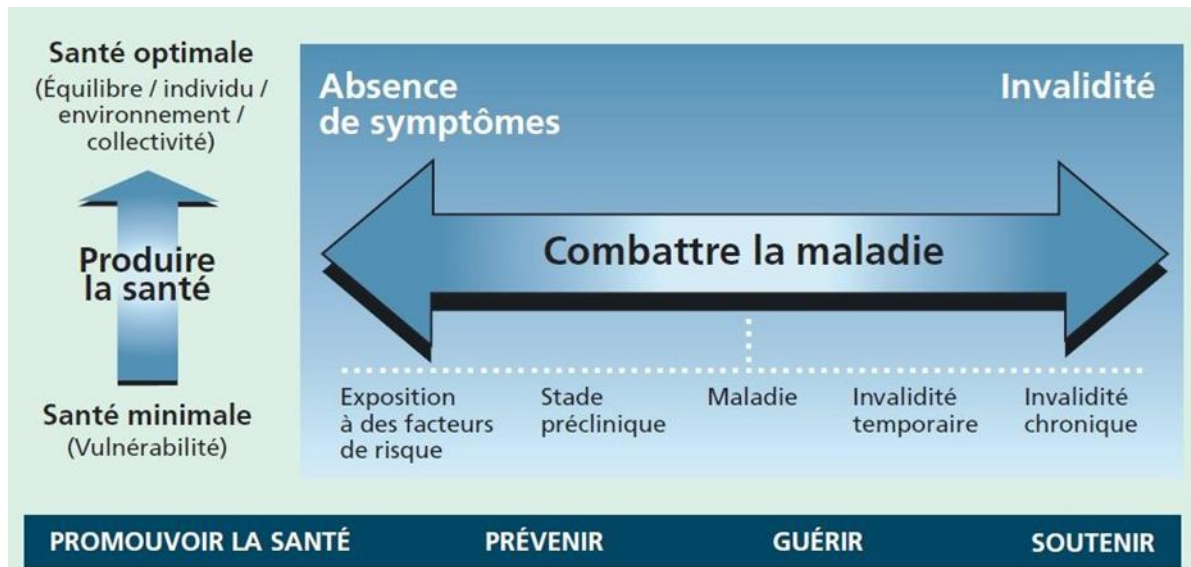


36. Huq JL, Reay T, Chreim S. Protecting the Paradox of Interprofessional Collaboration. *Organization Studies*. 2017 Apr ; 38(3–4) : 513–38.
37. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - Guide méthodologique. fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. 2022 : 1-33.
38. Barlatier PJ. Chapitre 7. Les études de cas. In: *Les méthodes de recherche du DBA* [Internet]. EMS Éditions; 2018 [cited 2025 Mar 12]. p. 126–39. Available from: <https://shs.cairn.info/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-126>
39. Denis J, Guillemette F, Luckerhoff J. Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. *approchesind*. 2019 ; 6(1) : 1–9.
40. Gros A. 16. Les focus groups. *Le monde du verbe*. 2022 ; 109–12.
41. Pin C. L'entretien semi-directif. *LIEPP Methods Brief / Fiches méthodologiques du LIEPP* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 12]; Available from: <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897>
42. Koning Boudewijnstichting. Dr. Daniël De Coninck (Fonds). [Internet]. [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://kbs-frb.be/fr/dr-daniel-de-coninck-fonds>
43. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 Jan 1 ; 3:77–101.
44. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000 Jan 1 ; 320(7226) : 50–2.
45. Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine [Internet]. [cited 2025 May 24]. Available from: <https://refli.be/fr/lex/2004022376>
46. Belgium.be. Protection des données personnelles. informations et services officiels. [Internet]. [cited 2025 May 24]. Available from: [https://www.belgium.be/fr/justice/respect\\_de\\_la\\_vie\\_privée/protection\\_des\\_données\\_personnelles](https://www.belgium.be/fr/justice/respect_de_la_vie_privée/protection_des_données_personnelles)
47. Collin J. Les compétences psychosociales relationnelles au service de la collaboration interdisciplinaire. *l'Observatoire* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 May 2]; Available from: [https://www.academia.edu/39852165/Les\\_comp%C3%A9tences\\_psychosociales\\_relationnelles\\_au\\_service\\_de\\_la\\_collaboration\\_interdisciplinaire](https://www.academia.edu/39852165/Les_comp%C3%A9tences_psychosociales_relationnelles_au_service_de_la_collaboration_interdisciplinaire)
48. Gagnier JP, Roy L. Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale*. 2013 Oct 12 ; 50(1) : 85–104.
49. Resweber JP. Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*. 2011 ; 19(1) : 171–200.

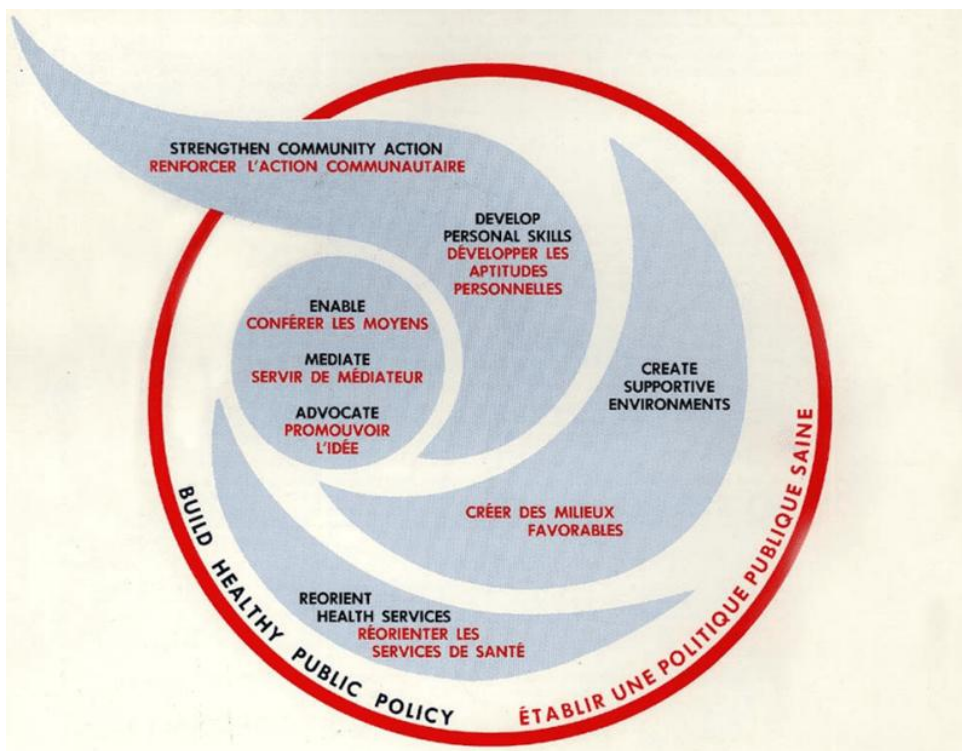
50. Moisson V, Gardody J. Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. Une étude exploratoire par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise. 2021 Apr 21 ; 4210(1) : 49–68.
51. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique [Internet]. 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/vers-des-soins-plus-integres-en-belgique-0>
52. Bihan ÉL. Avec et pour leurs patients, des équipes pluridisciplinaires se mobilisent.... Cliniques. 2012 Mar 20 ; 3(1) : 58–83.
53. Charue-Duboc F, Raulet-Croset N. Confrontation de logiques institutionnelles et dynamique des routines organisationnelles. Revue française de gestion. 2014 May 30 ; 240(3) : 29–44.
54. Bovais H. Les fondements et les processus de l'intégration organisationnelle : la banque de détail France du Crédit Agricole. Vie & sciences de l'entreprise. 2014 Aug 21 ; 197(1) : 35–59.
55. Letor C, Perisset Bagnou D. Travailler ensemble entre logiques professionnelles, organisationnelles et institutionnelles : un développement professionnel sous contraintes. ResearchGate. [Internet]. 2010 [cited 2025 May 7]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/315823004\\_Travailler\\_ensemble\\_entre\\_logiques\\_professionnelles\\_organisationnelles\\_et\\_institutionnelles\\_un\\_developpement\\_professionnel\\_sous\\_contraintes](https://www.researchgate.net/publication/315823004_Travailler_ensemble_entre_logiques_professionnelles_organisationnelles_et_institutionnelles_un_developpement_professionnel_sous_contraintes)

## 8. Annexes

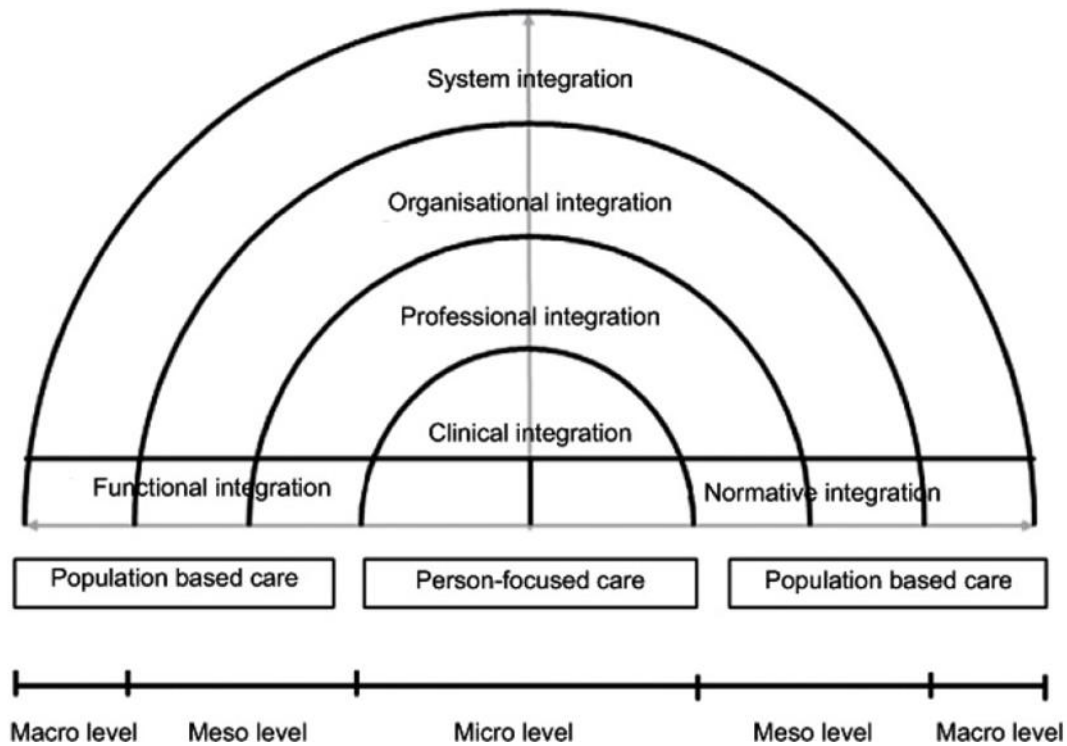
### 8.1. Annexe I : Continuum de la promotion



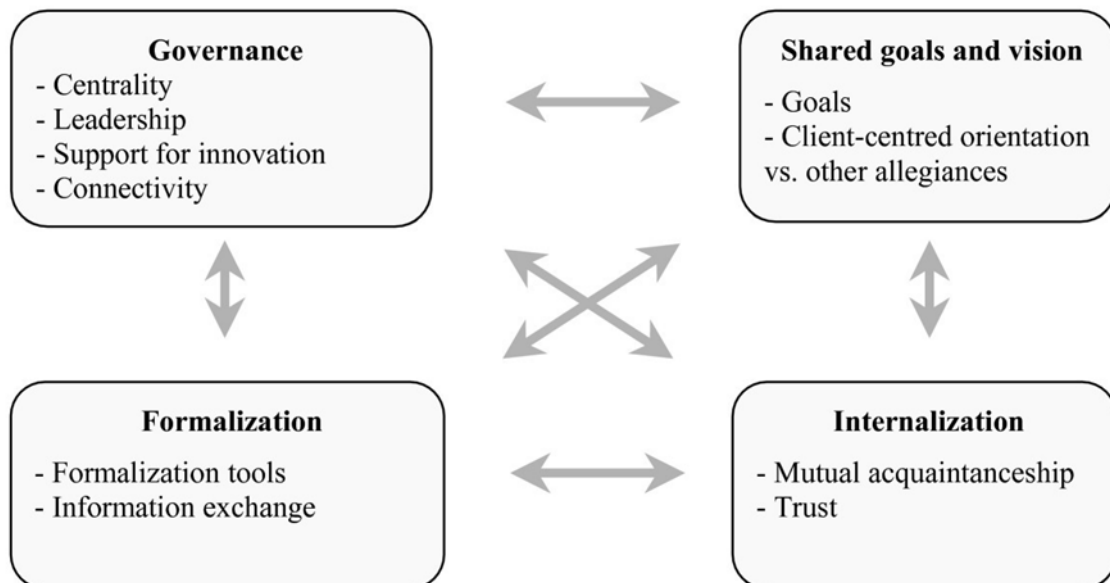
### 8.2. Annexe II : Charte d'Ottawa



### 8.3. Annexe III : modèle d'analyse de P. Valentijn



### 8.4. Annexe IV : modèle d'analyse de D. D'amour



## 8.5. Annexe V : guide d'entretien focus groupe

### Guide du Focus Group

#### 1. Objectif du focus group

L'objectif de ce focus group est de comprendre comment les équipes professionnelles collaborent lors de la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP. Il vise également à identifier les défis, opportunités liées à la collaboration interdisciplinaire dans les soins centrés sur les objectifs de vie des patients.

#### 2. Structure du guide de focus group

##### Introduction

- **Accueil des participants et présentation :**
  - « Merci d'avoir pris le temps de participer à cette discussion. Nous allons explorer ensemble comment la méthodologie ASCOP/GOC est intégrée dans vos pratiques professionnelles, et particulièrement comment la collaboration interdisciplinaire se met en place." Je vous inviterai à répondre de manière totalement libre à différentes questions qui sont préparées. Sentez-vous libre d'y répondre comme vous le souhaitez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. »
  - *Je propose peut-être un petit tour de table afin de pouvoir se présenter au groupe. « Je m'appelle Margaux Dumont de Chassart, je suis étudiante en dernière année de master en santé publique et je travaille également à mi-temps dans un centre de promotion de la santé comme chargé de projet. Dans le cadre de mon mémoire, je collabore beaucoup à l'équipe ASCOP de l'université de Liège »*
  - **Objectifs :** Présenter l'objectif du focus group, le rôle de chaque participant, et insister sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.
  - **Consentement éclairé :** Assurer que tous les participants ont signé le consentement éclairé et qu'ils autorisent l'enregistrement audio.

Thèmes	Objectifs	Questions + question de relance
<b>Expériences générales avec la méthodologie ASCOP</b>	Introduire les participants au sujet en leur demandant de décrire leur expérience avec l'ASCOP.	<div>1. « Pouvez-vous décrire en quelques mots comment la méthodologie ASCOP est appliquée dans votre équipe ? »</div> <div>2. « Quels aspects de la méthodologie ASCOP avez-vous trouvés les plus</div>

		utiles pour répondre aux besoins et objectifs de vos patients ? »
<b>La collaboration interdisciplinaire dans l'application de l'ASCOP</b>	Explorer la manière dont les équipes collaborent dans l'application de la méthodologie ASCOP et identifier les mécanismes facilitant ou entravant cette collaboration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. « Quel est la place du patient dans le processus de concertation ? »</li> <li>2. « Comment la collaboration interdisciplinaire s'organise-t-elle au sein de votre équipe pour appliquer l'ASCOP ? » <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment avez-vous lancé le processus ?</li> <li>• Qui l'a fait ?</li> <li>• A partir de quand ?</li> <li>• Vous avez su comment que le processus ASCOP était mis en place auprès de vos patients ?</li> </ul> </li> <li>3. « Quels sont les défis que vous rencontrez en travaillant avec d'autres disciplines pour répondre aux objectifs de vie du patient ? »</li> <li>4. « Pouvez-vous partager un exemple où la collaboration (interne et externe) à particulièrement bien fonctionné ou, au contraire, un exemple où elle a été plus difficile ? »</li> </ol>
<b>Dynamique de l'équipe et communication</b>	Identifier les dynamiques relationnelles et les modes de communication qui facilitent ou entravent la collaboration au sein de l'équipe interdisciplinaire.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. « Quels types de communication sont utilisés pour coordonner l'aide et les soins entre les différents professionnels dans le cadre de l'ASCOP ? »</li> <li>2. « Y a-t-il des moments où vous avez trouvé que la communication était difficile ou manquait de clarté ? Si oui, comment cela a-t-il été géré ? »</li> <li>3. « Quelles pratiques de communication fonctionnent bien pour coordonner les soins autour des objectifs de vie du patient ? »</li> <li>4. « Quelles sont vos attentes quand vous collaborer ? comment les formulez-vous auprès des autres professionnels ? »</li> </ol>
<b>Facteurs facilitants et obstacles</b>	Comprendre les principaux facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. « Quels sont les facteurs qui facilitent la collaboration entre les différents professionnels lors de l'application de la méthodologie ASCOP ? »</li> </ol>

	et la collaboration interdisciplinaire.	2. « Quelles sont, selon vous, les principales barrières qui empêchent une collaboration efficace ? » 3. « Que pourrait-on améliorer pour renforcer cette collaboration ? »
<b>Conclusion et recommandations</b>	Résumer les principaux points discutés et demander aux participants de partager leurs recommandations (tour de table).	1. « Que retiendriez-vous de la discussion d'aujourd'hui ? » 2. « Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer la collaboration interdisciplinaire lors de l'application de l'ASCOP ? » 3. « Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter avant de conclure ? »

#### Clôture et remerciements

- **Remerciements** : "Merci à tous pour votre participation active et vos précieuses contributions."
- **Suites à donner** : Informer les participants de la suite de l'étude et de la manière dont leurs contributions seront utilisées dans l'analyse.

## 8.6. Annexe VI : guide d'entretien individuel semi-directif

### Guide d'entretien semi-structuré

**Introduction du guide d'entretien :** L'objectif est d'explorer comment la collaboration interdisciplinaire s'articule autour de la méthodologie ASCOP/GOC dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé.

#### **Introduction de l'entretien : mise en contexte et consentement**

- **Objectif :** Se présenter, clarifier l'objectif de l'entretien, obtenir le consentement éclairé et assurer la confidentialité.
  - Je m'appelle Margaux Dumont de Chassart, je suis étudiante en master des sciences de la santé publique et je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur « La collaboration interdisciplinaire au sein de la méthodologie Goal Oriented Care dans l'accompagnement des maladies chroniques »
  - *Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'objectif est d'explorer votre expérience de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la méthodologie ASCOP. Toutes vos réponses resteront confidentielles et anonymes. Avec votre permission, nous allons enregistrer cette discussion pour une analyse plus précise.*
    - *Avez-vous des questions avant que nous commencions ?*
    - *Est-ce que vous acceptez de continuer et d'être enregistré ?*

Thèmes	Objectifs	Questions + questions de relance
<b>Profil du participant</b>	Connaître le rôle du participant dans l'équipe de soins et son expérience avec la méthodologie ASCOP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Pouvez-vous me parler de votre rôle actuel dans le centre/organisation où vous travaillez ?</i></li> <li>◦ <i>Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce domaine et avec la méthodologie ASCOP ?</i></li> </ul>
<b>Expérience avec la méthodologie ASCOP</b>	Comprendre l'intégration et l'utilisation de la méthodologie ASCOP dans le quotidien professionnel du participant	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Pouvez-vous me décrire comment la méthodologie ASCOP est mise en œuvre dans votre pratique quotidienne ?</i></li> <li>◦ <i>Quels sont, selon vous, les principaux avantages et/ou freins de cette méthodologie pour les patients atteints de maladies chroniques</i></li> </ul>
<b>Collaboration interdisciplinaire au</b>	Explorer comment la collaboration entre les	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Comment intégrez-vous le patient dans ce processus ASCOP ?</i></li> </ul>



<b>sein de la méthodologie ASCOP</b>	différents professionnels de santé se structure dans le cadre de la méthodologie ASCOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment décririez-vous la collaboration entre les différents professionnels de santé (médecins, infirmières, paramédicaux, etc.) dans la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP ?</li> <li>Pouvez-vous me donner des exemples concrets où la collaboration interdisciplinaire a bien fonctionné pour atteindre les objectifs d'un patient ?</li> </ul>
<b>Défis de la collaboration interdisciplinaire</b>	Identifier les obstacles et défis que rencontrent les professionnels dans la collaboration autour de la méthodologie ASCOP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels défis avez-vous rencontrés en termes de communication et de coordination avec d'autres professionnels lors de l'utilisation de la méthodologie ASCOP ?</li> <li>Y a-t-il des situations où la collaboration a été plus difficile ou a posé des problèmes ? <ul style="list-style-type: none"> <li>Si oui, lesquelles et pourquoi ?</li> </ul> </li> <li>Quelles stratégies avez-vous mises en place pour surmonter ces difficultés de collaboration ?</li> </ul>
<b>Facteurs facilitant la collaboration interdisciplinaire</b>	Identifier les éléments qui favorisent une bonne collaboration interdisciplinaire dans le cadre d'ASCOP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont, selon vous, les éléments qui facilitent une collaboration réussie au sein de l'équipe autour des soins ASCOP ?</li> <li>Comment le soutien institutionnel ou organisationnel (ex : réunions, interventions, outils partagés) influence-t-il la collaboration entre les professionnels ?</li> </ul>
<b>Impact perçu de la collaboration interdisciplinaire sur les soins</b>	Explorer l'impact de la collaboration interdisciplinaire sur la qualité des soins et la satisfaction des patients.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel impact la collaboration interdisciplinaire a-t-elle, selon vous, sur la qualité des soins offerts aux patients dans le cadre de la méthodologie ASCOP ?</li> <li>Avez-vous remarqué des améliorations dans les résultats des patients ou dans leur satisfaction grâce à cette collaboration ?</li> <li>Comment la méthodologie ASCOP a-t-elle influencé la façon dont vous travaillez avec vos collègues au sein de l'équipe interdisciplinaire ?</li> </ul>

### Conclusion de l'entretien

- Objectif :** Clore l'entretien en offrant une dernière opportunité au participant d'ajouter des informations importantes.

- “Merci pour vos réponses et le temps que vous avez consacré à cet entretien. Y a-t-il des aspects que nous n’avons pas abordés et que vous aimeriez mentionner concernant la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la méthodologie ASCOP ?”
- “Encore merci pour votre participation. Nous vous tiendrons informé des résultats de l’étude, si vous le souhaitez.”

## 8.7. Annexe VII : Diagramme de Gantt

Tâches planifiées	2024										2025					
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	déc	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin
Réalisation du protocole de recherche																
Validation du protocole de recherche																
Rédaction des guides d’entretiens																
Demande auprès du comité d’éthique																
Recrutement des participants à l’étude																
Collecte des données																
Analyse des données																
Rédaction des résultats																
Préparation défense orale																
Défense orale																

## 8.8. Annexe VIII : demande au comité d'éthique



Ethique  
À Vous

17 oct.

...



Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine mais puisque vous souhaitez la publier dans une revue scientifique ou médicale, elle sera soumise à la réunion du Comité d'Ethique du 29/10/2024.

Veuillez mentionner son numéro de référence - 2024-410 - pour toute question s'y rapportant.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

*Secrétariat Administratif*

*Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège*

*Route 562, Porte 166*

*Avenue de l'Hôpital, 1*

*4000 Liège*

## 8.9. Annexe IX : accord du comité d'éthique

### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 05/11/2024

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Margaux Dumont de Chassart  
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: 2024/410

"La collaboration interdisciplinaire au sein de la méthodologie Goal Oriented Care dans l'accompagnement des maladies chroniques."  
Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Toutefois, veuillez ajouter la phrase « j'accepte n'accepte pas (biffer la mention inutile) d'être enregistré(e) » dans le formulaire d'information et de consentement.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b> Intensiviste, CHU	<b>Président</b>
Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b> Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b> Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b> Généraliste, membre extérieur au CHU	<b>Vice-Président</b>
Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b> Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Viviane DESSOUROUX</b> / Monsieur <b>Pascal GRILLI</b> (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante) Psychologue, CHU                      Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Isabelle HERMANS</b> Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b> Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure <b>Marie-Paule LECART</b> Rhumato-gériatre, CHU	
Madame <b>Marie LIEBEN</b> Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Patricia MODANESE</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b> Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Marc RADERMECKER</b> Chirurgien, CHU	
Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b> Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Isabelle ROLAND</b> / Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b> (suppléant) Pharmacien, CHU                      Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure <b>Liliya ROSTOMYAN</b> Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b> Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Cécile THIRION</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	

### 8.10. Annexe X : Tableau de présentation de l'échantillon

Code	Type d'entretien	Profession	Type d'institution
1-A1	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
1-A2	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
1-A3	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
1-A4	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
1-A5	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
1-A6	Focus group	Assistante sociale	Service de coordination de soins à domicile
E2	Entretien semi-directif	Assistante sociale	Service Hospitalier
E3	Entretien semi-directif	Logopède	Service de santé mentale
E4	Entretien semi-directif	Coordinatrice	Service de santé mentale
E5	Entretien semi-directif	Éducateur	Service de santé mentale
E6	Entretien semi-directif	Infirmière	Maison médicale
E7	Entretien semi-directif	Infirmière	Maison médicale
E8	Entretien semi-directif	Médecin généraliste	Maison de repos