

**Portrait de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile des personnes
âînées : perception des ergothérapeutes**

Laurie Noël

Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

ERG 6015: Projet d'intégration

Valérie Poulin, professeure

Décembre 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Résumé

Problématique : Le contexte de soutien à domicile permet d'offrir des services soutenant le maintien à domicile des usagers et la réalisation de leurs activités quotidiennes signifiantes. Alors que plusieurs intervenants de différentes disciplines sont généralement impliqués dans les services de soutien à domicile des personnes âgées, l'ergothérapeute occupe une place importante dans l'équipe et joue un rôle essentiel dans la collaboration interprofessionnelle grâce à ses compétences et son approche holistique. Pourtant, bien que la collaboration interprofessionnelle soit bien documentée, peu d'écrits abordent la perception qu'en ont les ergothérapeutes en contexte de soutien à domicile. **Objectif :** Cette recherche vise donc à dresser le portrait de la collaboration interprofessionnelle telle que perçue par les ergothérapeutes travaillant au soutien à domicile auprès des personnes âgées. **Cadre conceptuel :** Pour guider l'exploration du phénomène à l'étude, le Cadre d'action pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative (OMS, 2010) est utilisé. Le cadre présente trois concepts-clés, soit la collaboration interprofessionnelle, l'éducation interprofessionnelle et le système d'éducation et de soins de santé en contexte local. **Méthodologie :** L'étude exploratoire se base sur un devis qualitatif descriptif et décrit l'expérience de six ergothérapeutes travaillant au soutien à domicile au Québec, recrutées par un échantillonnage non-probabiliste. Leurs perceptions de la collaboration interprofessionnelle sont explorées par des entrevues semi-structurées et une analyse thématique de contenu. **Résultats :** Les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle est variable selon les organisations et les caractéristiques des équipes et des intervenants impliqués. Ces différences pourraient s'expliquer par différents éléments qui influencent la collaboration interprofessionnelle regroupés selon quatre thèmes. Ceux-ci concernent 1) la communication, 2) les croyances et attitudes liées à la collaboration interprofessionnelle, 3) la mise à profit de l'expertise de l'ergothérapeute dans l'équipe multidisciplinaire et 4) l'organisation du système de santé. Chacun de ces thèmes expose les aspects qui facilitent la collaboration interprofessionnelle autant ceux qui la compromettent. **Discussion :** Les résultats démontrent que la collaboration interprofessionnelle est influencée positivement ou négativement par les valeurs, les croyances et les attitudes des intervenants favorables à la collaboration interprofessionnelle ou par les enjeux de communication exacerbés par les contraintes liées au système de santé. **Conclusion :** Ce projet met en lumière la perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle. Il a permis d'identifier des stratégies et des obstacles à cette collaboration au soutien à domicile, ainsi que des avenues possibles pour mettre à profit les compétences de l'ergothérapeute pour soutenir la collaboration interprofessionnelle.

Mots-clés : collaboration interprofessionnelle, soutien à domicile, ergothérapie, personnes âgées, perception.

Keywords : interprofessional collaboration, home care, occupational therapy, older adults, perception.

Abstract

Background: The home care context enables the provision of services that allow clients to remain at home and engage in meaningful life activities. While several professionals from various disciplines are typically involved in home support services for older adults, occupational therapists hold a valued position within the team and play a significant role in interprofessional collaboration due to their expertise and holistic approach. However, although interprofessional collaboration is well-documented in numerous studies, little research exists on the perceptions of occupational therapists within the home support context. **Objective :** This study aims to provide an overview of interprofessional collaboration as perceived by occupational therapists working in home support services for older adults. **Conceptual framework :** The study is guided by the *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* (WHO, 2010). This framework highlights three key concepts: interprofessional collaboration, interprofessional education and the local education and healthcare systems. **Method :** This exploratory study uses a descriptive qualitative design to describe the experiences of six occupational therapists working in home care services in Quebec, recruited through non-probabilistic sampling. Their perceptions of interprofessional collaboration were explored via semi-structured interviews and thematic content analysis. **Results:** The results show that interprofessional collaboration varies from one organization to another, depending on the characteristics of the teams and stakeholders involved. These differences could be explained by different elements influencing interprofessional collaboration, grouped into four themes. These concern 1) communication, 2) beliefs and attitudes related to interprofessional collaboration, 3) valuing the occupational therapist's expertise in the multidisciplinary team, and 4) the organization of the healthcare system. Each of these themes outlines aspects that facilitate interprofessional collaboration, as well as those that compromise it. **Discussion:** The results show that interprofessional collaboration is influenced positively or negatively by the values, beliefs and attitudes of those involved in interprofessional collaboration or by communication issues exacerbated by the constraints of the healthcare system. **Conclusion:** This study sheds light on occupational therapists' perceptions of interprofessional collaboration. It identified strategies and obstacles to this collaboration in home support, as well as possible avenues for promoting occupational therapists' skills to support interprofessional collaboration.

Mots-clés : collaboration interprofessionnelle, soutien à domicile, ergothérapie, personnes âgées, perception.

Keywords : interprofessional collaboration, home care, occupational therapy, older adults, perception.

Remerciements

Ce projet s'est concrétisé grâce à l'aide de plusieurs personnes que je souhaite remercier. Tout d'abord, je remercie ma directrice d'essai Valérie Poulin qui a su me conseiller et rester disponible tout au long de cet essai. Son écoute, sa rétroaction hors pair, sa collaboration sur ce projet ainsi que le temps dédié à mon essai ont grandement été appréciés et ont permis la réalisation du fruit de ma maîtrise.

Je tiens également à remercier les six participantes qui m'ont offert leur généreux temps et leur collaboration afin de concrétiser cet essai. Sans leurs partages inestimables et leurs réflexions, ce projet n'aurait pu voir le jour.

Sans les oublier, j'aimerais remercier ma précieuse famille et mes chères amies qui m'ont soutenue et conseillée durant les heures innombrables de ce projet et pendant ces années d'études qui se terminent enfin. Je suis reconnaissante de mon entourage merveilleux sans qui mon parcours universitaire n'aurait pas été le même.

Table des matières

Liste des figures	7
Liste des abréviations.....	8
1. Introduction.....	9
2. Problématique	10
2.1 Enjeu du vieillissement de la population.....	10
2.1.1 Portrait de la population aînée	10
2.2 Le soutien à domicile au Québec	11
2.2.1 Portrait des services offerts et des acteurs impliqués au SAD	12
2.3 Collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile.....	13
2.3.1 Pertinence de l'ergothérapie au soutien à domicile	14
2.4 Question et objectif de recherche	15
3. Cadre conceptuel.....	16
3.1 Éducation interprofessionnelle.....	17
3.2 Collaboration interprofessionnelle	18
3.3 Système d'éducation et de soins de santé en contexte local	19
4. Méthode	20
4.1 Devis de recherche	20
4.2 Méthode d'échantillonnage	21
4.3 Méthode de collecte de données.....	21
4.4 Analyse des données	22
4.5 Considérations éthiques.....	23
5. Résultats.....	23
5.1 Participants.....	23
5.2 Perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile.....	24
5.2.1 Communication en contexte de collaboration interprofessionnelle	25
5.2.1.1. Les petites équipes, un facilitateur à la communication	25
5.2.1.2 Plusieurs moyens de communication.....	25
5.2.1.3 Efficacité de la transmission de l'information	26
5.2.1.4 Pouvoir se rencontrer	26

5.2.1.5 Communication avec les supérieurs.....	28
5.2.1.6. Communication difficile et inefficace	29
5.2.1.7. Retard dans la tenue de dossier	30
5.2.2 Croyances et attitudes liées à la collaboration interprofessionnelle	30
5.2.2.1 Collaboration interprofessionnelle facilitée par les croyances et les valeurs partagées au sein de la profession et entre les professionnels de la réadaptation	31
5.2.2.2 Confiance et respect.....	31
5.2.2.3 Formation interprofessionnelle	31
5.2.2.4 Vivre la collaboration	32
5.2.2.5 La valeur ajoutée des visites à domicile	32
5.2.3. Organisation du système de santé.....	33
5.2.4 Mise à profit de l'expertise de l'ergothérapeute	35
6. Discussion	36
6.1 Analyse critique des résultats	36
6.1.1 Les valeurs, les croyances et les attitudes favorables à la collaboration interprofessionnelle	36
6.1.1.1 Se faire confiance et se respecter mutuellement pour bien collaborer.....	36
6.1.1.2 L'éducation interprofessionnelle, un élément clé à la collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes.....	38
6.1.2 Les enjeux de la communication exacerbés par l'organisation du système de santé : des obstacles compromettant la collaboration interprofessionnelle.....	39
6.2 Forces et limites de l'étude	40
6.3 Retombées pour la pratique en ergothérapie	41
7. Conclusion	42
Références.....	44
ANNEXE A	50
ANNEXE B	52

Liste des figures

Figure 1	Cadre d'action pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative.....	18
Figure 2	Schématisation des thèmes influençant la collaboration interprofessionnelle.....	27

Liste des abréviations

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

SAD : Soutien à domicile

CLSC : Centre local de services communautaires

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

PPA : Personne proche aidante

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

WFOT : Fédération mondiale des ergothérapeutes (*World Federation of Occupational Therapists*)

1. Introduction

Les personnes aînées souhaitent vivre à leur domicile le plus longtemps possible, tout en conservant une bonne qualité de vie lorsque des incapacités fonctionnelles apparaissent au cours du vieillissement. Dans cette perspective, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) souhaite rehausser la pratique de soutien à domicile (SAD) afin que le plus de gens possible puissent recevoir les services nécessaires (MSSS, 2023b). À cette fin, il importe que ces services soient coordonnés pour répondre en temps opportun aux besoins des personnes. La collaboration interprofessionnelle est un moyen efficace pour faciliter la pratique au SAD, mais également pour assurer la prise en charge de multiples comorbidités qui rendent les besoins de soins plus complexes (Johnson et al., 2021; Muusse et al., 2023). Pour faciliter la gestion de cas complexes, plusieurs disciplines peuvent collaborer au bénéfice de l'usager, où les ergothérapeutes jouent un rôle important dans l'équipe par leurs compétences et leur approche holistique. Cependant, peu d'écrits ont abordé la perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle, particulièrement en contexte de SAD. Cet essai aura donc pour objectif d'explorer la perception des ergothérapeutes de l'état de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile des personnes aînées. Pour atteindre cet objectif, la problématique sera d'abord présentée afin de souligner la pertinence de ce projet. Ensuite, le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie employée seront abordés. Les résultats obtenus seront détaillés, suivis par une discussion approfondie et par la conclusion de l'étude.

2. Problématique

2.1 Enjeu du vieillissement de la population

2.1.1 Portrait de la population aînée

Le vieillissement de la population au Québec est un phénomène bien discuté. La proportion de la population âgée de 65 ans et plus passera de 20% en 2020 à 27% d'ici 2066. Ceci correspond à une augmentation de 1,1 million de personnes, totalisant environ 2,7 millions d'individus âgés de plus de 65 ans (Institut de la statistique du Québec, 2021). D'ailleurs, cette proportion importante peut être expliquée par le fait que l'espérance de vie augmente, que le taux de natalité diminue, ainsi que par le fait que les *baby-boomers* constituent de plus en plus une part importante de la population aînée (MSSS, 2021).

Mais qu'en est-il de l'état de santé de cette population? Globalement, grâce aux technologies en santé et à l'amélioration des conditions de vie, les personnes aînées sont maintenant amenées à vivre plus longtemps sans limitation et à demeurer à domicile. En ce sens, 81% des personnes de 65 ans et plus considèrent leur santé comme étant bonne, quoique les trois quarts souffrent d'au moins une maladie chronique (ex. : arthrite, diabète, maladie cardiovasculaire, asthme). Malgré cela, environ 93 % déclarent n'avoir aucune incapacité dans leurs activités de la vie quotidienne, ou avoir une incapacité légère, 81 % se perçoivent en bonne, en très bonne, ou en excellente santé, et plus de 40 % sont satisfaites de leur vie sociale (Institut de la statistique du Québec, 2023).

Il n'en demeure pas moins que plus les personnes aînées vieillissent, plus elles risquent de présenter des incapacités liées à une combinaison de conditions, telles que la douleur ou la diminution de l'amplitude ou de mobilité. De plus, une personne présentant déjà une incapacité est plus enclue à développer d'autres troubles concomitants en vieillissant (Statistique Canada,

2023). Ces conditions multiples sont aussi associées à une augmentation du risque de chute, qui sont susceptibles de causer de multiples hospitalisations (MSSS, 2021; Statistique Canada, 2023). Le fait de rester alité à l'hôpital pendant plusieurs jours amène aussi un risque accru de déconditionnement chez les personnes aînées, pouvant réduire notamment l'autonomie dans les déplacements, dans les soins d'hygiène ou dans la préparation de repas. En outre, il est remarqué que les personnes aînées sortent moins de leur domicile après une hospitalisation et reçoivent plus d'aide pour les activités de la vie quotidienne (Arieli et al., 2023). Il en découle un besoin accru de services pour assurer l'autonomie de ces personnes aînées, relevant plus particulièrement du secteur des soins à domicile.

2.2 Le soutien à domicile au Québec

Il est estimé que plus de 400 000 personnes bénéficieront de services de SAD au Québec en 2027 afin d'assurer leur maintien dans la communauté (MSSS, 2023a). Le SAD est d'ailleurs une approche qui permet de respecter le souhait de la population de demeurer à domicile aussi longtemps que possible, incluant les personnes présentant des incapacités. Il s'avère ainsi possible pour ces gens d'accomplir leurs activités quotidiennes dans le confort de leur chez-soi, de maintenir leur indépendance et de conserver leurs rôles ainsi que leur qualité de vie de manière satisfaisante, tout en étant suivis à domicile par différents intervenants et professionnels de la santé (MSSS, 2023b). Le SAD permet aux usagers de recevoir différents services de soutien qui favorisent le maintien de leur autonomie et de leur santé sans avoir à se déplacer. Cette approche est bénéfique pour l'usager présentant plusieurs limitations pour qui se déplacer vers différents établissements de santé peut être exigeant.

2.2.1 Portrait des services offerts et des acteurs impliqués au SAD

Le SAD est un service efficace pour répondre aux besoins des personnes présentant des incapacités qui permet aux gens d'avoir accès à plusieurs services offerts par plusieurs professionnels de la santé. Le SAD est composé de trois volets (MSSS, 2023b). Le premier volet consiste en des soins et services rendus à domicile directement pour l'usager par différents professionnels de la santé et adaptés selon les besoins de l'usager. Ces services incluent généralement les soins infirmiers et les services psychosociaux, de nutrition et de réadaptation (MSSS, 2023b). Il existe également deux autres volets qui ont trait à l'ensemble des services contribuant au soutien à domicile. Le deuxième volet englobe des services en périphérie du SAD, comme ceux des organismes communautaires, des centres de jour, des CLSC, des centres de réadaptation, etc. Le troisième volet comporte, quant à lui, une perspective sociétale du soutien à domicile, qui inclut les secteurs relatifs notamment au logement, au transport et à l'intégration sociale (MSSS, 2023b). Ces différents volets permettent donc de soutenir la personne à demeurer à domicile, comme le veut le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), qui encadre les professionnels et intervenants offrant les différents services nommés précédemment. Aller à domicile permet aux professionnels d'offrir à l'usager un suivi personnalisé. Pour orienter leurs interventions ou pour diriger l'usager vers d'autres services, ceux-ci doivent considérer l'environnement et les besoins de l'usager.

Une des ressources inestimables du soutien à domicile est l'apport des personnes proches aidantes (PPA) par leur partage d'expériences et de savoirs (MSSS, 2023b). Les professionnels doivent la plupart du temps intervenir auprès de leurs usagers en impliquant une ou des personnes proches aidantes. En ce sens, l'objectif principal visé du SAD est la réponse aux besoins de l'usager, tout en offrant un accompagnement aux PPA dans le processus, notamment

pour déterminer le type d'aide que l'aidant peut offrir à l'usager ou l'aide dont la PPA elle-même bénéficierait par l'intermédiaire de divers organismes (ex.: information, éducation, soutien, répit). En effet, les professionnels collaborent aussi avec les organismes communautaires, notamment pour favoriser la participation sociale de l'usager et son autonomie, ainsi que pour offrir un soutien à la PPA (MSSS, 2023b). Plusieurs acteurs étant impliqués avec l'usager pour favoriser son soutien à domicile, une collaboration entre eux s'avère essentielle.

2.3 Collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile

Plusieurs intervenants de différentes disciplines sont généralement impliqués dans les services de soutien à domicile des personnes âînées, et ce, d'autant plus lorsque celles-ci présentent une diversité de comorbidités et de conditions associées à des besoins complexes (Johnson et al., 2021; Muusse et al., 2023). La population vieillissante est effectivement susceptible de présenter des besoins plus importants au niveau des soins de santé en raison de plusieurs conditions complexes de santé (Johnson et al., 2021). Néanmoins, la collaboration interprofessionnelle permet de gérer efficacement la complexité des cas par le partenariat de soins entre l'usager et les professionnels d'une part, et d'autre part grâce à la communication entre les professionnels (Carter et al., 2023). Autrement dit, par la compréhension des rôles des professionnels, la complémentarité des expertises, la capacité de gérer des conflits et le soutien optimal du fonctionnement de l'équipe, la collaboration interprofessionnelle permet de mieux répondre aux besoins complexes de la population (Carter et al., 2023). La collaboration interprofessionnelle amène les professionnels à aller au-delà de la collaboration multidisciplinaire où chacun des professionnels se concentre sur ses objectifs professionnels sans participer à un objectif commun (Drenth et al., 2023). Afin de contrer cette limite de la collaboration multidisciplinaire et offrir de bons services, une approche qui englobe les besoins

de l'usager est nécessaire. Dans les services de soutien à domicile, l'ergothérapeute se démarque par la vision holistique de sa pratique, sa capacité à collaborer avec plusieurs professionnels et son approche centrée sur le client (Paquette, 2020; Townsend et Polatajko, 2013).

2.3.1 Pertinence de l'ergothérapie au soutien à domicile

Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), les ergothérapeutes prennent une place importante dans la prestation de services à domicile par l'évaluation globale des besoins d'un individu qui considère sa situation et ses préférences (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Les ergothérapeutes sont des professionnels qui, dans leur pratique, doivent respecter les exigences et les champs de compétences liées à l'exercice de leur profession en se fiant aux référentiels des compétences de cette profession (ACORE, ACPUE et ACE, 2021; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010, révision 2013). La compétence de collaborateur, une des compétences clés de cette profession, exige de l'ergothérapeute la collaboration avec le client, les autres professionnels et les parties prenantes (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010, révision 2013). Dans ce contexte-ci, l'ergothérapeute doit être en mesure d'agir à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire en contexte de soutien à domicile. Par ses compétences de collaborateur, ses contributions à améliorer la pratique érudite et son expertise pour faciliter l'occupation des usagers selon leurs besoins, leurs préférences et leurs attentes, l'ergothérapeute est un professionnel de choix en ce qui a trait à la pratique du soutien à domicile, notamment en présence de cas complexes (Arcand, 2020).

Plusieurs études ont été réalisées sur la collaboration interprofessionnelle (Carter et al., 2023; Drenth et al., 2023; Muusse et al., 2023), mais qu'en est-il de l'état de la collaboration interprofessionnelle au soutien à domicile? Qu'en disent les écrits? Il existe, de toute évidence, des enjeux reliés à l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle au SAD. Les études

montrent des facteurs qui l'influencent, tels que la confiance et le respect, la communication ainsi que les valeurs partagées (Johnson et al., 2021). Une autre étude aborde le sens que les ergothérapeutes en SAD attribuent à leur travail clinique quotidien (Paquette, 2020). Toutefois, qu'en est-il de la perception qu'ont les ergothérapeutes sur la collaboration interprofessionnelle qui est au cœur du SAD? Peu d'études se penchent sur le sujet. Une étude relève que, parmi les étudiants en soins infirmiers, en physiothérapie et en ergothérapie, ces derniers présentent l'attitude la plus positive face à la compétence, la préparation et la volonté de coopérer avec d'autres professionnels de la santé (Itzhaki et al., 2023). Une étude menée récemment par Donoso Brown et ses collaborateurs (2024) vise aussi à déterminer l'expérience de la collaboration interprofessionnelle vécue par les ergothérapeutes. Les résultats de sondages complétés par des ergothérapeutes montrent que ceux-ci pratiquent la collaboration interprofessionnelle et que cette notion leur est familière en raison de l'éducation qu'ils reçoivent (Donoso Brown et al., 2024). L'ergothérapeute serait ainsi un professionnel de choix pour noter les enjeux vécus au cœur de ce contexte de la pratique qu'est le SAD, notamment par ses compétences acquises et par l'exposition à la collaboration interprofessionnelle durant le cursus universitaire (ACORE, ACPUE et ACE, 2021).

2.4 Question et objectif de recherche

De ces constats émerge l'importance de s'intéresser à la perception qu'ont les ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile au Québec. Ce projet de recherche consiste donc en une étude exploratoire qui cherche à répondre à la question : « Quelle est la perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile des personnes âgées? ». En ce sens,

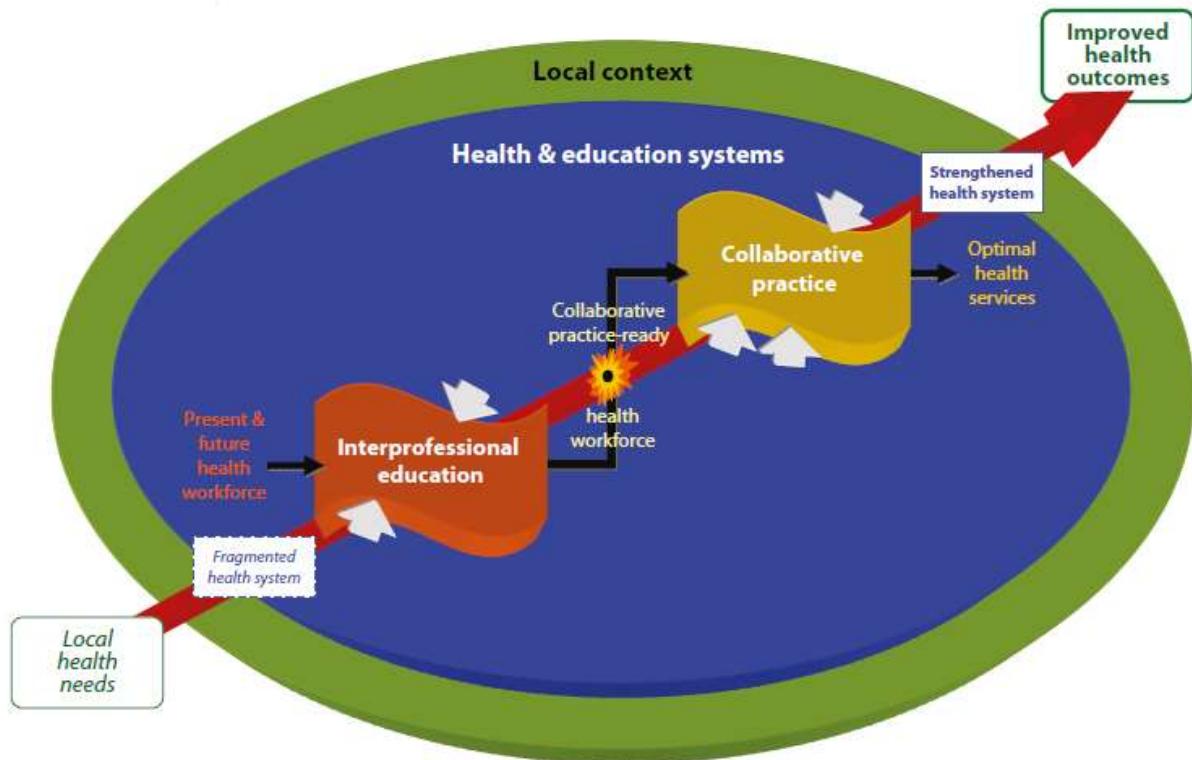
l'objectif de cette recherche est de dresser le portrait de la collaboration interprofessionnelle telle que perçue par les ergothérapeutes travaillant au soutien à domicile auprès des personnes âgées.

3. Cadre conceptuel

Cette section permet de bien définir les concepts entourant la collaboration interprofessionnelle en contexte de soins de santé. À cet effet, le cadre conceptuel utilisé est celui élaboré en 2010 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nommé Cadre d'action pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative (*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*) [traduction libre] (voir Figure 1). Ce cadre propose des stratégies et des idées pertinentes qui aident les décideurs de politiques en santé à intégrer des éléments de l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative afin de renforcer le système de santé et d'améliorer les soins de santé (OMS, 2010). Selon ce cadre, la réponse aux enjeux du système de santé fragilisé et aux besoins grandissants en santé peut effectivement être renforcée et améliorée par l'éducation interprofessionnelle et par la pratique collaborative. Ces approches, qui se trouvent au cœur du système de santé et d'éducation, tiennent également compte du contexte local (OMS, 2010). La section qui suit décrira plus en détail ce cadre et ses principes clés, ainsi que son apport dans cette recherche.

Figure 1

Cadre d'action pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative (*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* (OMS, 2010)



3.1 Éducation interprofessionnelle

L'OMS (2010) affirme que l'éducation interprofessionnelle, soit l'apprentissage des professionnels à collaborer avec d'autres, est la clé pour améliorer le système de santé qui est actuellement fragilisé. L'éducation interprofessionnelle repose sur le principe que des étudiants de deux professions ou plus apprennent à se connaître les uns les autres et découvrent ensemble comment une collaboration optimale amène l'amélioration des soins de santé (OMS, 2010). Une fois ces apprentissages faits, les nouveaux professionnels sont davantage en mesure de travailler

en collaboration avec les autres professionnels de différentes disciplines (OMS, 2010). En effet, chaque professionnel reconnaît davantage l'expertise de chacun et partage ses connaissances afin que les soins et services offerts aux patients soient optimisés (OMS, 2010). L'éducation interprofessionnelle étant un prérequis pour le développement de la pratique collaborative, il importe que les étudiants apprennent ce qu'est la collaboration interprofessionnelle et comment l'appliquer dans leur pratique. Dans le cadre de cette recherche qui prend place au Québec, il est important de souligner qu'une formation sur la collaboration interprofessionnelle est offerte dans le parcours des étudiants en ergothérapie, en cohérence avec les normes minimales établies par la Fédération mondiale des ergothérapeutes sur les savoirs et le savoir-faire qui doivent être enseignés, lesquels doivent notamment inclure la collaboration interprofessionnelle (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2016).

3.2 Collaboration interprofessionnelle

Une fois la formation interprofessionnelle réalisée, les professionnels sont préparés à appliquer la pratique collaborative. L'OMS la définit comme étant plusieurs professionnels qui offrent des services adéquats en collaborant entre eux et avec la famille de l'usager et les organismes concernés (OMS, 2010). Comme le mentionnent Carter et al. (2023), la collaboration interprofessionnelle permet de gérer des cas par le partenariat entre les professionnels, l'usager et sa famille. De plus, l'OMS mentionne qu'une pratique collaborative amène les membres de l'équipe à vouloir s'engager activement à la résolution de problèmes complexes en joignant les connaissances et les compétences de chacune (OMS, 2010). Ce faisant, les concepts de pratique collaborative et de collaboration interprofessionnelle apparaissent étroitement liés et seront traités de manière similaire dans le contexte de cet essai.

En somme, le cadre montre la pertinence d'offrir une formation interprofessionnelle afin d'encourager une collaboration interprofessionnelle qui amène des services de haute qualité aux usagers. Pour ce projet de recherche, le cadre de l'OMS permet aussi de rendre compte de l'importance de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile, où les ergothérapeutes et les autres professionnels ne travaillent pas au même lieu physique la majeure partie du temps, outre leur bureau d'attache. Ils doivent néanmoins être capables de communiquer et de collaborer efficacement entre eux afin d'offrir des services de qualité et coordonnés, tout en respectant la volonté des usagers de demeurer à domicile (MSSS, 2023b).

3.3 Système d'éducation et de soins de santé en contexte local

Dans le but d'assurer la prestation adéquate de soins de santé, le système de santé doit encourager l'éducation interprofessionnelle afin de permettre la pratique collaborative. Comme le cadre conceptuel le mentionne, de nombreux besoins de santé sont présents. Pour bien subvenir à ceux-ci, les systèmes de santé et d'éducation doivent soutenir les stratégies qui promeuvent l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative (OMS, 2010).

Cependant, les stratégies mises en place par les systèmes varient selon le contexte local, les besoins et les capacités du milieu. C'est pourquoi l'OMS illustre, dans son cadre, l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative en les plaçant au centre du contexte local ainsi que du système de santé et d'éducation. Ces deux éléments (c.-à-d., contexte local et système de santé et d'éducation) influencent ainsi comment la collaboration interprofessionnelle sera mise en place. Dans le cadre de cet essai, cette notion de contexte local apparaît capitale pour deux raisons. D'une part, il n'existe rien de plus personnel qu'un domicile. Le système de santé doit permettre aux professionnels d'intervenir selon l'environnement de la personne et ses besoins. D'autre part, la pratique de soutien à domicile est particulière en soi. Les professionnels

travaillent au domicile de l'usager; ils ne reçoivent pas les usagers à leur bureau. Ils doivent donc adapter leurs méthodes de travail selon le milieu, en plus de collaborer avec d'autres professionnels ayant également chacun leur manière de travailler. De ce fait, il importe que les professionnels aient une pratique collaborative soutenue par le système de santé et d'éducation, d'autant plus que le contexte particulier de travailler chez l'usager peut poser des défis accrus (ex. : ne pas avoir accès aux ressources ou aux collègues immédiatement pour répondre aux incertitudes). Dans cet essai, il s'agit donc de s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle, telle que perçue par les ergothérapeutes, dans le contexte spécifique du soutien à domicile. Par la description et la mise en lien de plusieurs concepts pertinents, le cadre sélectionné permet de structurer la collecte de données, l'analyse des résultats ainsi que la discussion, en plus de mettre en exergue l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour optimiser les résultats des services de soutien à domicile.

4. Méthode

Cette section a pour but d'expliquer la démarche scientifique utilisée afin d'explorer les perceptions de la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes travaillant au soutien à domicile des personnes âgées. Pour ce faire, le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques sont décrits.

4.1 Devis de recherche

Un devis qualitatif descriptif est appliqué dans cette étude exploratoire. Ce devis permet de décrire l'expérience de personnes ayant vécu une situation donnée et d'obtenir un résumé exhaustif de celle-ci (Fortin et Gagnon, 2022). Ce devis est donc en cohérence avec l'objectif de la recherche qui vise à explorer la perception de la collaboration interprofessionnelle des

ergothérapeutes au soutien à domicile des personnes aînées. Il permet ici de décrire la situation vécue dans ce contexte sous un angle peu documenté à ce jour, soit celui d'ergothérapeutes œuvrant au Québec.

4.2 Méthode d'échantillonnage

L'échantillon de l'étude comprend six ergothérapeutes travaillant depuis au moins un an auprès de personnes aînées et usagères du soutien à domicile au Québec. Aucun critère d'exclusion n'a été établi. En ce qui a trait au processus d'échantillonnage et de recrutement, deux types d'échantillonnage non probabilistes sont utilisés dans le cadre de cet essai, soit l'échantillonnage accidentel et par réseaux (Fortin et Gagnon, 2022). En ce sens, les participants ont été recrutés par le partage d'une affiche de sollicitation incluant l'objectif de l'étude ainsi que les critères de sélection dans les pages Facebook intitulées « Ergothérapie Québec » et « Ergothérapie UQTR » ainsi que par le biais du réseau de contacts de l'étudiante-rechercheuse et de sa directrice d'essai. Les participants intéressés à prendre part à la recherche étaient aussi invités à partager l'information à leurs collègues de leurs milieux de travail. Un courriel a été envoyé aux participantes avec le formulaire d'information et de consentement afin de recueillir leur consentement écrit libre et éclairé avant de procéder à l'entrevue.

4.3 Méthode de collecte de données

La méthode de collecte de données mise de l'avant dans cette étude est l'entrevue individuelle semi-structurée ayant une durée d'environ 60 minutes. L'entrevue semi-structurée permet d'avoir un certain contrôle sur le contenu et le déroulement dans le but d'obtenir les données essentielles pour répondre à l'objectif de recherche, soit la perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile (Fortin et Gagnon, 2022). La première partie de l'entrevue inclut un questionnaire sociodémographique

qui permet d'avoir un portrait global des caractéristiques des participants ainsi que de leur contexte de pratique. Les questions abordent les caractéristiques du professionnel (ex. : âge, années d'expérience, type de programme où il exerce). Par la suite, les entrevues permettent d'explorer la collaboration interprofessionnelle au sein du milieu de pratique du participant (voir annexe A). Les questions ouvertes portent sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle, avec qui elle se fait ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans la collaboration. Certaines questions sont notamment basées sur le cadre conceptuel de l'OMS (2010) dans cet essai. Le participant est aussi invité à partager de bons coups de la collaboration et des enjeux vécus dans la pratique. Bien que les obstacles soient nommés, le participant réfléchit aussi à ce qui pourrait être fait pour améliorer cette collaboration interprofessionnelle. Ces entrevues semi-structurées individuelles ont lieu au moment de convenance du participant par vidéoconférence à l'aide de la plateforme Zoom, et ce, à une seule reprise. Afin d'assurer la confidentialité des participants, les entrevues sont réalisées dans une pièce fermée.

4.4 Analyse des données

Les données obtenues à la suite des entrevues sont analysées essentiellement de façon qualitative. Effectivement, seules les questions sociodémographiques destinées à décrire l'âge, le nombre d'années d'expérience clinique et la proportion de la charge de travail auprès des personnes aînées demeurant à domicile sont analysées quantitativement à l'aide du logiciel MS Excel. À cette fin, une mesure de tendance centrale et de dispersion, soit respectivement la moyenne et l'écart-type, sont utilisées pour faire l'analyse de ces variables (Fortin et Gagnon, 2022).

En ce qui a trait aux questions ouvertes posées lors de l'entrevue, elles sont enregistrées à l'aide de la plate-forme Zoom. Les enregistrements audios sont retranscrits de manière intégrale

et ensuite protégés par un mot de passe. Une analyse thématique de contenu est réalisée afin d'identifier les principaux thèmes qui ressortent des données (Fortin et Gagnon, 2022). Pour ce faire, une première lecture des verbatims permet à l'étudiante de se familiariser avec les réponses obtenues. Le logiciel NVivo (version 14) est ensuite utilisé pour coder, organiser et trier les données (QSR International, Doncaster, VIC, Australia). Une première liste de codes est ainsi élaborée par l'étudiante, en s'inspirant des catégories du guide d'entrevue tout en laissant place à l'émergence de nouveaux codes qui se dégagent des données. Des définitions spécifiques sont créées pour chaque code et catégorie. Cet arbre de codes initiaux est ensuite raffiné, au fur et à mesure de la codification et en s'appuyant sur la rétroaction et les réflexions faites avec la directrice de cet essai. Les thèmes et sous-thèmes révisés ainsi que des extraits de verbatims associés sont finalement discutés et validés avec la directrice de maîtrise.

4.5 Considérations éthiques

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-24-309-07.12 a été émis le 14 mai 2024.

5. Résultats

Cette section présente les caractéristiques des participants à l'étude ainsi que les principaux thèmes ressortis des entrevues concernant leur perception de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile.

5.1 Participants

Six ergothérapeutes ($n=6$) s'identifiant au genre féminin ont participé à l'étude. Les participantes travaillent au soutien à domicile dans les régions de la Mauricie ($n=1$), l'Outaouais ($n=1$), ainsi que le Centre-du-Québec ($n=4$). Au moment de la collecte de données, les

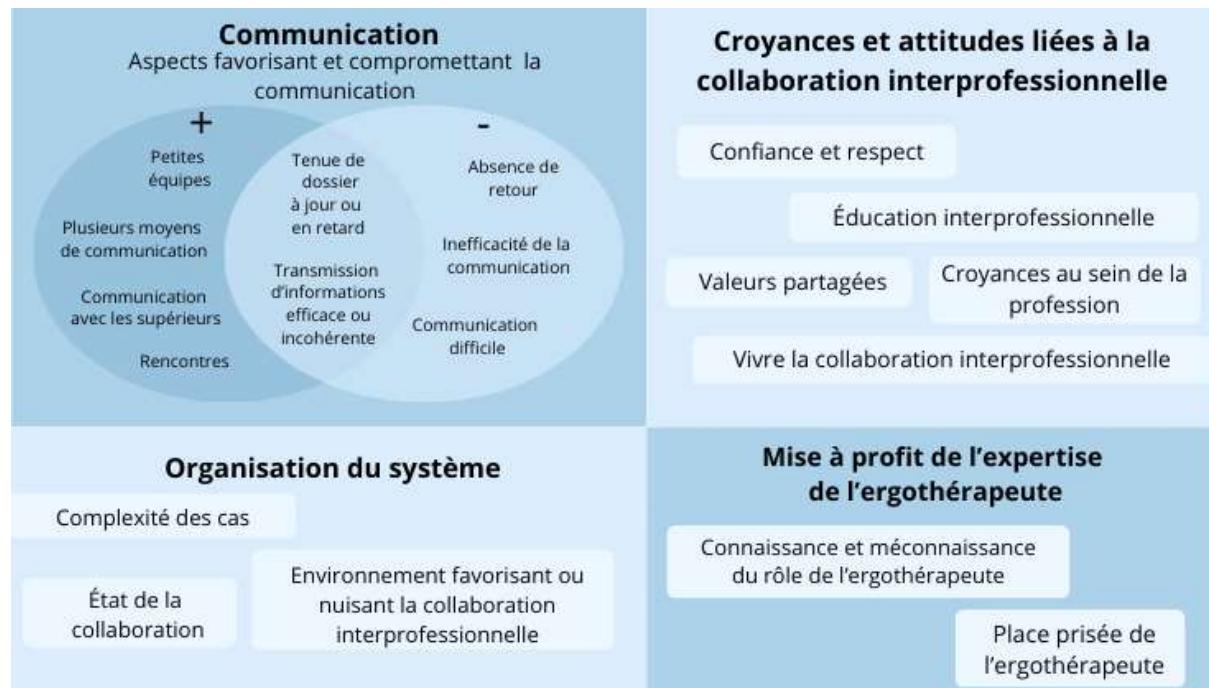
participants étaient âgées entre 26 et 55 ans (âge moyen de 39 ans) et possédaient entre 1,33 an et 32 ans d'expérience clinique, pour une moyenne de 14,7 années. Quant à l'expérience clinique auprès de personnes aînées demeurant à domicile, la moyenne d'années se résume à 10,4 années d'expérience; trois des participantes avaient moins de 10 ans d'expérience (n=3) alors que les trois autres avaient 14 ans et plus d'expérience clinique dans ce secteur (n=3).

5.2 Perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile

La section suivante présente les thèmes ressortis de l'analyse des données des participantes à l'étude. Ceux-ci concernent 1) la communication, 2) les croyances et attitudes liées à la collaboration interprofessionnelle, 3) la mise à profit de l'expertise de l'ergothérapeute dans l'équipe multidisciplinaire et 4) l'organisation du système de santé (voir figure 2).

Figure 2

Schématisation des thèmes influençant la collaboration interprofessionnelle



5.2.1 Communication en contexte de collaboration interprofessionnelle

La communication est perçue comme un aspect clé qui influence positivement la collaboration interprofessionnelle lorsqu'elle est sollicitée adéquatement. Certaines ergothérapeutes (participantées 2 et 4) mentionnent aussi l'importance de la communication pour une pratique efficace. Lors des entrevues, les ergothérapeutes ont dégagé certains facteurs qui favorisent la communication et d'autres qui la compromettent, ayant un impact direct sur la collaboration interprofessionnelle.

5.2.1.1. Les petites équipes, un facilitateur à la communication. Lorsque questionnées sur les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle, les participantées ont nommé le fait de travailler avec les mêmes intervenants en petites équipes. Toutefois, en contexte de soutien à domicile, les ergothérapeutes ont souvent à collaborer avec la physiothérapie, les soins infirmiers et les services psychosociaux, ce qui résulte en de plus grandes équipes interprofessionnelles et peut ainsi rendre la communication plus ardue. En ce sens, une participante affirme que « *des plus petites équipes et que ça soit toujours les mêmes qui travaillent ensemble, je pense que ça, ça pourrait améliorer* » (participantée 6).

Ainsi, le fait d'avoir une proximité et de développer des affinités avec les autres intervenants facilite la communication et la collaboration interprofessionnelle en petites équipes.

5.2.1.2 Plusieurs moyens de communication. Comme les équipes au soutien à domicile comptent parfois plusieurs intervenants au dossier d'un usager, la communication doit être réalisée de la manière la plus efficace possible. Les ergothérapeutes rapportent utiliser plusieurs moyens de communication pour être en mesure de transmettre l'information adéquatement.

À mon niveau, j'essaie vraiment, que ça soit les courriels, téléphone, textos, j'essaie d'avoir tous ces moyens de communication-là, en espérant que la personne qui le reçoit,

bien, il va avoir un de ces moyens avec lequel elle va être confortable, puis elle va me répondre (participante 1).

Cette participante aborde le fait que les équipes sont composées de gens issus de différentes générations. Ce faisant, l'aisance avec la technologie est un enjeu vécu par certains. Elle mentionne que les intervenants plus jeunes vont davantage utiliser les textos, alors que les intervenants plus âgés se pencheront plus sur les appels téléphoniques ou les appels vidéo en Zoom, en Teams, « où il y a vraiment le contact visuel qui était là de base » (participante 1).

5.2.1.3 Efficacité de la transmission de l'information. Pour une communication efficace, une transmission de l'information adéquate est nécessaire. Les ergothérapeutes qualifient la transmission d'informations comme un « must pour gérer notre horaire, être le plus efficace possible, mettre nos priorités aux bonnes places aussi » (participante 4). La communication entre les intervenants au dossier permet donc une meilleure gestion du temps et des interventions à planifier. En ce sens, en connaissant ce qui doit être fait par chacun, les ergothérapeutes sont en mesure d'offrir les interventions appropriées : « C'est de là la pertinence d'évaluer de façon juste, de se communiquer l'information, d'avoir tous les morceaux du casse-tête pour donner les bons services à la bonne personne » (participante 5). La clarté et la cohérence dans les consignes qui sont communiquées aux divers intervenants permettent aussi de faciliter la collaboration. En bref, la transmission d'informations amène une efficacité dans la pratique, une gestion de temps optimale et, donc, une meilleure collaboration entre les intervenants.

5.2.1.4 Pouvoir se rencontrer. Lorsque les participantes ont été questionnées sur les facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle, l'importance des rencontres a été mentionnée à multiples reprises, et ce, par l'ensemble des participantes. Elles se sont exprimées

sur la valeur ajoutée des rencontres. Elles partagent l'avis selon lequel les rencontres favorisent l'efficacité dans la pratique. Le fait de se voir au bureau et de se parler de manière ponctuelle permet de poser des questions et de faire les suivis et les recommandations spontanément. La participante 4 remarque que les dossiers avancent beaucoup plus vite et que les suivis se font également beaucoup plus rapidement suite aux rencontres. En ce sens, les participantes 2 et 3 affirment qu'une rencontre de courte durée (ex. : 15 minutes) peut permettre de partager les informations essentielles pour identifier les objectifs et mettre en place les actions nécessaires. La participante 6 apporte aussi le point que les rencontres permettent d'évacuer les émotions vécues lors de situations cliniques complexes. En somme, les rencontres efficaces permettent de faciliter la pratique de tous les jours.

Ainsi, il importe de planifier ces rencontres et de les favoriser. La participante 3 a partagé l'importance de favoriser les rencontres dès la prise en charge d'un usager et de communiquer aux personnes concernées le fait qu'elle intervient maintenant auprès de cet usager. Compte tenu du contexte de soutien à domicile où chacun a son propre horaire et où les visites à domicile ne sont pas au même moment que celles des autres intervenants, il peut être difficile de planifier une rencontre. Certaines participantes ont soulevé l'idée d'entretenir des rencontres statutaires, même courtes, mais plus fréquentes. Il s'agit de réserver un moment dans la semaine pour que toutes les personnes concernées soient présentes, afin de faire le point et de faciliter la collaboration entre les intervenants concernant un dossier d'un usager.

À cet effet, il importe d'impliquer toutes les personnes concernées dans les rencontres :

« Il faut qu'on se rende compte que tout le monde [est] obligé d'être aux rencontres, il [ne] faut [pas] que ça soit juste ceux qui portent souvent le chapeau d'intervenants pivots » (participante 1).

Bien qu'il puisse être difficile d'impliquer tout le monde, une fois que cette habitude est

établie, les intervenants sont plutôt contents de se rencontrer. Cette participante ajoute que l'engagement et le sentiment d'appartenance des intervenants sont favorisés par ces rencontres. La participante 4 apporte, quant à elle, que de telles rencontres aident à valoriser la pertinence de l'ergothérapie dans le dossier et elles permettent aussi de partager plus efficacement des recommandations à la famille sans qu'une référence vers un autre service soit nécessaire.

5.2.1.5 Communication avec les supérieurs. Trois participantes ont indiqué la pertinence de communiquer avec la coordonnatrice lorsque la collaboration est plus ardue. La participante 4 mentionne la ligne directrice suivante : « *Si ça ne va pas, allez voir votre coordonnatrice, elle va vous donner des conseils* » (participante 4). Elle ajoute que ce sont parfois les coordonnateurs des services qui discutent entre eux pour prendre une décision, ce qui permet, selon elle, de diminuer les animosités entre les intervenants puisque la décision provient de leurs supérieurs. La participante 6 ajoute, quant à elle, la pertinence de discuter avec les collègues de la difficulté vécue en premier lieu et, si le problème persiste, de ne pas hésiter à aller en discuter avec la coordonnatrice. La participante 2 en est témoin : « *J'ai d'autres dossiers que j'ai des rencontres avec les gestionnaires parce que ça bloque sur la collaboration interprofessionnelle justement* » (participante 2). En somme, la communication avec le supérieur est un facilitateur à la communication en permettant de rendre les échanges fluides et de conserver une bonne relation entre les intervenants en contextes plus difficiles.

Pour résumer, la communication a été mentionnée à plusieurs reprises lors des entrevues, suggérant qu'il s'agit d'un aspect essentiel à la collaboration interprofessionnelle, par les liens développés entre les intervenants, les échanges riches et l'efficacité au travail. Les ergothérapeutes ont partagé des expériences où la communication était mise de l'avant, mais ont

également partagé des situations où la communication était inefficace, compromettant la collaboration interprofessionnelle.

5.2.1.6. Communication difficile et inefficace. Alors que la communication est un élément important dans une collaboration interprofessionnelle efficace, il peut arriver que les intervenants trouvent la communication inadéquate ou inefficace. Des participantes remarquent ainsi un manque de réciprocité dans certaines situations d'échanges, tel que le mentionne la participante 1 : « *Je m'implique, mais c'est rare que les autres intervenants fassent ça, que je reçoive la même chose des autres intervenants* » (participante 1). Aussi, bien qu'il ait été nommé que les rencontres soient un élément favorable à la collaboration interprofessionnelle, ce n'est pas tout le monde qui partage cet avis ou, du moins, qui le valorise autant. Entre autres, il arrive que les tentatives visant à amener les intervenants à se rencontrer et à être efficaces se soldent par des résultats infructueux. Une participante mentionne que cette inefficacité a un impact également sur l'usager, puisque le temps consacré à planifier ces rencontres ne peut être investi dans les interventions auprès de l'usager : « *Ce n'est pas efficace comme professionnel, comme intervention, comme équipe pour aider un usager* » (participante 3).

Selon les participantes, ces difficultés sont notamment attribuables à des lacunes et des incohérences dans la transmission d'informations, que ce soit pour des informations concernant les disponibilités, les absences des intervenants, des consignes reçues par les supérieurs ou des interventions faites auprès d'usagers. Les participantes 1 et 4 rapportent l'impact que la transmission d'informations peut avoir sur leur pratique en ce qui a trait aux absences des intervenants. Elles sont retardées dans les suivis à faire puisqu'elles ne connaissent pas quel intervenant est en congé ou non. De même, un élément rendant la communication difficile apporté par plusieurs participantes est l'absence de retour, lorsque les intervenants manquent à

retourner des appels et des courriels : « *La difficulté à se rejoindre. Si quelqu'un, on laisse un message, puis qu'il n'y a pas de retour d'appel, ça arrive* » (participante 6). Ces difficultés de communication amènent aussi certaines ergothérapeutes à aller de l'avant avec les interventions à faire pour l'usager, plutôt que de s'acharner à communiquer avec des intervenants absents : « *Alors ça a été du travail, mais tant qu'à me battre pour faire des suivis, puis essayer qu'elle fasse ses choses, je me suis dit que je vais le faire moi-même et ça va être tout* » (participante 4). Inversement, la participante 4 ajoute que les lacunes dans l'information font parfois aussi en sorte que « *on n'est pas tout le temps interpellé quand il y a des besoins* » (participante 4).

5.2.1.7. Retard dans la tenue de dossier. Quelques participantes ont aussi nommé le retard dans la tenue de dossier comme étant un obstacle à la transmission d'informations. Les ergothérapeutes mentionnent vouloir faire la collecte de données et administrer des interventions appropriées pour l'usager, mais se rendent compte que la tenue de dossier de certains intervenants n'est pas à jour. Ce faisant, elles se voient retardées dans leur pratique puisqu'elles n'ont pas les informations complètes concernant un usager ou les démarches entreprises pour ce dernier.

À la lumière de ce qui précède, plusieurs aspects ont donc une influence favorable ou défavorable sur la communication dans la collaboration interprofessionnelle. Ceci suggère que la communication entre les intervenants se doit d'être optimale afin de favoriser non seulement la pratique clinique au quotidien, mais aussi la qualité des interventions faites auprès de l'usager.

5.2.2 Croyances et attitudes liées à la collaboration interprofessionnelle

Dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, plusieurs professionnels ayant des croyances et des manières différentes de travailler peuvent être impliqués. En effet, les

participants ont fait ressortir que les croyances et les attitudes des différentes parties prenantes peuvent influencer la collaboration interprofessionnelle.

5.2.2.1 Collaboration interprofessionnelle facilitée par les croyances et les valeurs partagées au sein de la profession et entre les professionnels de la réadaptation. Les participantes ont exprimé que la collaboration et la transmission d'informations se font généralement bien lorsque celle-ci a lieu entre les ergothérapeutes ou les autres professionnels de l'équipe de réadaptation, partageant une vision et des objectifs communs, alors que ce peut être plus difficile dans les autres services : « *En [réadaptation], on dirait, c'est un peu dans notre fibre naturelle d'aller chercher la collaboration* » (participante 4).

5.2.2.2 Confiance et respect. La confiance et le respect de l'autre constituent aussi des aspects à ne pas négliger dans la collaboration interprofessionnelle. Ils se traduisent par le respect de l'expertise et la confiance de l'autre à effectuer son travail. Les participantes mettent en lumière l'importance de faire confiance à l'autre : « *Fais-moi confiance, que moi, mon petit bout de chemin, je vais le faire, toi tu vas faire ton petit bout de chemin, puis on va se rejoindre dans le milieu* » (participante 2). L'une d'elles aborde également le fait qu'à l'inverse, en n'ayant pas confiance envers l'autre intervenant, le respect de l'expertise est parfois brisé en voulant en faire plus et dépasser le rôle par peur que le travail ne soit pas fait correctement. De ce fait, la confiance et le respect sont intimement liés et influencent la collaboration interprofessionnelle.

5.2.2.3 Formation interprofessionnelle. Un élément ayant une influence sur la collaboration interprofessionnelle est l'éducation interprofessionnelle. La participante 2 relève le fait qu'avoir des cours de collaboration interprofessionnelle lors du cursus universitaire permet de prendre conscience de l'importance de favoriser la collaboration dans la pratique. Certaines participantes admettent qu'il serait pertinent d'avoir davantage de formations sur ce sujet, et ce,

plus fréquemment, afin de faciliter la communication, notamment. La participante 5 partage l'idée que c'est la nature de la profession en ergothérapie de vouloir bien communiquer, alors que ce n'est pas le cas pour tous. En somme, le fait d'être exposé à la collaboration interprofessionnelle par le biais de formations peut avoir un impact favorable à cet égard.

5.2.2.4 Vivre la collaboration. Plusieurs participants soulignent aussi que l'expérience positive de la collaboration interprofessionnelle permet de renforcer les croyances et les attitudes favorables à celle-ci de sorte « *Que tout le monde y croit* » (participante 3). Le fait de vivre l'expérience d'une collaboration efficace amène ainsi les gens à « *[comprendre], la plus-value de vivre de vraies bonnes réunions d'équipe et de vrais bons échanges* » (participante 1). Ils ont ensuite le goût de répéter l'expérience de collaboration tout en conservant une ouverture d'esprit. De plus, les valeurs partagées constituent un élément important dans la collaboration interprofessionnelle. Les participantes 2 et 4 mentionnent notamment qu'en ayant un but commun, des valeurs communes et de travailler dans le même sens permettent de faciliter la collaboration, comme le souligne aussi la participante 5 : « *On partage nos visions, alors [...], chacun a un petit morceau de casse-tête, puis on les met ensemble* » (participante 5). En bref, ce sont donc la volonté de collaborer, de vivre la collaboration et d'en voir les bénéfices, ainsi que les connaissances acquises qui permettent de s'engager activement dans la collaboration interprofessionnelle.

5.2.2.5 La valeur ajoutée des visites à domicile. L'ensemble des participantes a aussi partagé la croyance en la valeur ajoutée des visites conjointes à domicile pour faciliter la collaboration interprofessionnelle. Les participantes mentionnent l'avantage de « *travailler ensemble dans une même évaluation, ça peut, je pense que ça a du bon* » (participante 1). Les visites conjointes permettent de faciliter le travail, de se séparer la tâche entre intervenants et de

collaborer de manière efficace de plusieurs façons. En travaillant conjointement, le travail se voit facilité par les observations faites ensemble, qui sont enrichies par les visions différentes et la complémentarité d'informations issues de chaque professionnel. Les visites conjointes amènent donc non seulement une richesse aux évaluations, mais aussi aux interventions auprès de l'usager. Une participante suggère aussi que « *Une bonne rencontre à domicile avec l'usager avec les bons intervenants qui sont disponibles au bon moment* » (participante 3) permet d'enrichir les interventions et de leur donner un plus grand impact sur le quotidien de ce dernier. Ainsi, que ce soit par la vision apportée par chacun ou par l'impact sur l'usager, le fait de se présenter conjointement chez lui, parfois en présence de la famille, comme le mentionne la participante 5, favorise la collaboration interprofessionnelle.

5.2.3. *Organisation du système de santé*

Selon les participantes, plusieurs facteurs liés à l'état du système de santé viennent influencer la collaboration interprofessionnelle. D'abord, le roulement de personnel fait en sorte que les ergothérapeutes doivent s'ajuster aux changements de personnel fréquents et de tenter de réexpliquer le rôle de l'ergothérapie tout en offrant des interventions adéquates à l'usager. Ensuite, la liste d'attente exacerbée par la pénurie d'intervenants ainsi que par l'augmentation et la complexification des besoins fait en sorte que l'implantation de la collaboration interprofessionnelle ne se fait pas nécessairement au moment de la prise en charge initiale de l'usager. Toutefois, certaines participantes nomment qu'être au dossier d'un usager en même temps que d'autres intervenants peut faciliter la communication et la collaboration, ce qui n'est pas toujours possible en raison des délais de prise en charge actuels. La participante 1 précise que le travail serait diminué grâce à la cohésion des informations et la mise en commun des

résultats des évaluations initiales des différents professionnels, et ce, dès l'assignation au dossier de l'usager.

Par ailleurs, la situation de santé des usagers peut également se compliquer ou s'aggraver en raison des longs délais d'attente pour accéder aux services. Il en découle souvent des besoins d'interventions plus complexes, qui peuvent nécessiter la mobilisation de plusieurs professions. C'est donc à ce moment que la collaboration interprofessionnelle est mise de l'avant, alors que, pour les cas plus simples, il n'est pas rare que seule une ergothérapeute soit au dossier.

Enfin, l'environnement physique a également une influence variable sur la collaboration interprofessionnelle. La proximité des bureaux où il est facile de se communiquer, d'échanger et de se voir régulièrement est un facilitateur, alors que l'absence de contacts qui est vécue en raison du télétravail, mis de l'avant depuis les dernières années, est un obstacle. La participante 1 partage qu'elle travaille dans un CLSC depuis 3 ans et qu'elle n'a encore jamais rencontré certains de ses collègues. La participante 4 ajoute : « *C'est sûr que [les supérieurs] misent moins sur le télétravail justement parce que ça nuit à la collaboration (rires)* » (participante 4).

En résumé, le système de santé actuel a une influence sur la collaboration interprofessionnelle qui est vécue de manière variable par les intervenants au sein des équipes et des organisations. Les participantes 1 et 3 expriment d'ailleurs qu'elles ont déjà connu une collaboration meilleure avec leurs collègues. En effet, lorsque questionnée sur un bon coup de collaboration interprofessionnelle, la participante 1 dit : « *J'ai tu un bon coup? Je te dirais qu'on est vraiment beaucoup dans les défis* » (participante 1). Pour certaines, la collaboration se passe toutefois bien et est valorisée au cœur de la pratique comme « *le nerf de la guerre* » (participante 4).

5.2.4 Mise à profit de l'expertise de l'ergothérapeute

Alors que la connaissance du rôle de l'ergothérapeute demeure variable, les ergothérapeutes du SAD rapportent qu'elles poursuivent leurs efforts pour faire reconnaître l'expertise de la profession afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle. Certaines participantes mentionnent que, souvent, lorsque les intervenants de différents services ont eu à collaborer avec l'ergothérapeute, ils reconnaissent mieux le rôle et la pertinence de l'ergothérapie pour certains usagers : « *On est un peu le département des miracles, des fois-là, ils voient vraiment le bénéfice d'avoir un ergo dans les dossiers* » (participante 4). Cette connaissance de l'expertise de la profession est aussi facilitée par la coordination qui informe les autres intervenants du rôle de l'ergothérapeute et des interventions ergothérapiques possibles : « *Il y a des places qu'on peut lever la main et de faire comme : « Hey on peut faire ça en ergo » quand c'est des choses précises* » (participante 4). Inversement, la méconnaissance du rôle peut avoir un impact sur l'efficacité du travail de l'ergothérapeute et les références faites. Autrement dit, si la compréhension du rôle était meilleure, certaines références en ergothérapie seraient faites en amont, avant que le cas ne se complique davantage.

Une fois le rôle de l'ergothérapeute bien défini, son expertise peut être mise à profit, que ce soit par son approche centrée sur le client ou par sa vision holistique : « *On est souvent les premiers demandés comme ergo, parce qu'on est très holistique, on porte un chapeau très large* » (participante 1). Une participante nomme aussi qu'il arrive que les mandats soient formulés de sorte que l'ergothérapeute puisse prendre en charge le dossier rapidement dans le contexte où un autre intervenant ne serait pas disponible pour le faire (ex. : liste d'attente trop longue d'un autre intervenant). En ce sens, ce n'est pas toujours le service le plus adéquat qui est sollicité pour un besoin donné.

En somme, le rôle de l'ergothérapeute au soutien à domicile est de mieux en mieux connu, mais gagne à l'être davantage afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle et d'optimiser les services offerts.

6. Discussion

Dans la section suivante, les résultats obtenus seront discutés de manière critique. Les forces et les limites ainsi que les retombées pour la pratique de l'ergothérapie seront détaillées par la suite.

6.1 Analyse critique des résultats

Cet essai avait comme objectif de dresser le portrait de la collaboration interprofessionnelle telle que perçue par les ergothérapeutes œuvrant au SAD. Globalement, les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle est variable selon les organisations et les caractéristiques des équipes et des intervenants impliqués. Ces différences pourraient s'expliquer par différents facilitateurs et obstacles, tels que discuté ci-après, lesquels sont aussi mis en lien avec d'autres écrits scientifiques.

6.1.1 Les valeurs, les croyances et les attitudes favorables à la collaboration interprofessionnelle

Les entrevues avec les ergothérapeutes ont permis de relever que le fait de partager une vision commune dans la pratique favorise la collaboration interprofessionnelle. Cette vision commune se traduit de plusieurs manières, telles que de maintenir une confiance et un respect mutuels, de partager des valeurs similaires ainsi que de croire en la valeur ajoutée de l'éducation interprofessionnelle et la collaboration interprofessionnelle au quotidien.

6.1.1.1 Se faire confiance et se respecter mutuellement pour bien collaborer.

La notion de respect a été mentionnée à plusieurs reprises lors des entrevues, comme étant un facteur favorable à la collaboration interprofessionnelle. En conservant une ouverture

d'esprit, en respectant l'opinion professionnelle de l'autre et en respectant autant l'intervenant que son expertise, la collaboration interprofessionnelle est facilitée, comme le suggèrent d'autres études (Johnson et al., 2021; Tuononen et al., 2023). Une telle posture de confiance en regard de l'expertise et des interventions des autres professionnels permettrait également à l'équipe d'être plus efficace (Agreli, Peduzzi, et Bailey, 2017; Johnson et al., 2021; Tuononen et al., 2023). Ceci implique aussi de bien connaître le rôle des autres intervenants pour être en mesure de le respecter ensuite. La connaissance des rôles de chacun est ainsi considérée comme un facteur clé à la collaboration interprofessionnelle efficace dans plusieurs écrits (Carter et al., 2023; Fox et al., 2021; Johnson et al., 2021; Muusse et al., 2023). Les propos des ergothérapeutes interrogées appuient ces études en mentionnant que les références sont faites plus facilement et les interventions sont davantage appropriées lorsque le rôle de l'ergothérapeute est connu (Donoso Brown et al., 2024). Les participantes ont également rapporté avoir des valeurs similaires avec d'autres professionnels de la réadaptation qui faisaient en sorte que la communication, la transmission d'informations et la collaboration étaient facilitées, alors qu'elles peuvent se voir plus difficiles avec d'autres professions (Avrech Bar et al., 2018; Schwab-Farrell et al., 2024). Selon son approche holistique, l'ergothérapeute considère le client dans ses interventions et les intervenants dans sa pratique. Il a aussi été rapporté que l'ergothérapeute collabore bien et fréquemment avec les intervenants au sein de la profession ou celles similaires, comme la physiothérapie, par exemple (Schwab-Farrell et al., 2024).

En valorisant ces deux aspects, soit la confiance et le respect ainsi que la connaissance du rôle des intervenants, il apparaît ainsi plus facile de communiquer ensemble, de se transmettre la bonne information, d'échanger sur des situations complexes d'usagers et de partager des

conseils, tout en favorisant la communication avec l'usager lui-même (Donoso Brown et al., 2024; Schwab-Farrell et al., 2024).

6.1.1.2 L'éducation interprofessionnelle, un élément clé à la collaboration

interprofessionnelle pour les ergothérapeutes. Afin de développer les connaissances et les attitudes favorables à la collaboration interprofessionnelle, il apparaît que l'éducation interprofessionnelle devient un grand facilitateur. En effet, le fait d'être exposés à la collaboration interprofessionnelle par le biais de formations permet aux intervenants de mieux collaborer, comme le mentionne le modèle de l'OMS (2010) qui sert de cadre théorique dans cet essai. L'éducation interprofessionnelle dans les programmes d'études supérieures, comme en ergothérapie, amène les professionnels à adopter des croyances et des attitudes ainsi que des connaissances et des compétences favorables à la collaboration interprofessionnelle (Browne et al., 2021; De Vries, 2016; Friedman, Akselrud, et Prisco, 2024). Une différence significative serait aussi notée lorsque l'exposition à l'éducation interprofessionnelle est active versus passive, bien que la perception de bienfaits de l'éducation interprofessionnelle demeure observée dans les deux cas (Morrell et al., 2021). Suivre une formation de manière active améliore ainsi le travail d'équipe et les bénéfices pour l'usager (Morrell et al., 2021). Il importe aussi que l'exposition à l'éducation interprofessionnelle se fasse à plusieurs reprises pour être en mesure de bien l'assimiler et l'intégrer dans la pratique. En ce sens, en ayant suivi des cours de collaboration interprofessionnelle durant leur cursus de formation, comme le préconise la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT), les ergothérapeutes sont de fins collaborateurs et possèdent les compétences pour favoriser la collaboration afin d'en faire bénéficier autant l'usager que la profession (Nonaillada et al., 2017). En effet, l'éducation interprofessionnelle aide à ce que chaque membre de l'équipe connaisse l'expertise de chacun. Ce partage permet ainsi d'inclure

l’ergothérapeute de manière optimale dans l’équipe de soins pour l’usager (« Importance of Interprofessional Education for Occupational Therapy », 2022).

6.1.2 Les enjeux de la communication exacerbés par l’organisation du système de santé : des obstacles compromettant la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs défis à la collaboration interprofessionnelle demeurent pour les ergothérapeutes du SAD. Parmi ceux-ci, les participantes ont identifié différents enjeux de communication, qui sont aussi exacerbés par les contraintes liées au système de santé. D’abord, considérant l’impossibilité de croiser les collègues tous les jours compte tenu du contexte de travail au SAD, les participantes font ressortir que la communication entre les intervenants s’avère d’autant plus primordiale afin d’offrir des interventions bien coordonnées et appropriées pour les usagers. Or, les résultats montrent que la pénurie d’intervenants occasionnant un roulement de personnel rend la communication bien difficile, additionnée au fait que les intervenants ne partagent pas quotidiennement le même environnement physique. Une étude précédente indique que la communication informelle rendrait la collaboration interprofessionnelle plus efficace, alors que ce peut être difficile lorsque les intervenants ne se retrouvent pas au même endroit (Fox et al., 2021). Tel que suggéré par nos résultats, il arrive aussi que les ergothérapeutes soient face à des lacunes dans l’organisation du partage d’informations, où ils ne disposent pas de lieux de discussion pour faire valoir les enjeux vécus (Paquette, 2020). Pourtant, l’OMS (2010) démontre le besoin qu’ont les organisations de santé de soutenir la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, il demeure important de développer des moyens pour ce faire, tels que des mécanismes de soutien institutionnel (ex. : protocoles structurés, politiques du personnel), les mécanismes de culture de travail (ex. : stratégies de communication, politiques de résolution de conflits, processus de prise de décision partagée) ainsi que les mécanismes environnementaux (ex. :

installations, environnements bâtis) (OMS, 2010). Toutefois, le contexte actuel de services au SAD semble poser des défis pour actualiser ces moyens. Que ce soit la grande charge de travail pour compenser le manque de personnel ou la pression de performance due à la reddition de compte imposée par le MSSS (Carrier et al., 2016; Paquette, 2020), certains ergothérapeutes nomment une perte de sens liée à leur pratique. Les mécanismes de reddition de compte et d'optimisation de performance accentuent la pression pour fournir le plus de services possible avec moins de ressources (Carrier et al., 2016). En ce sens, la qualité des interventions peut être compromise, mettant davantage de l'avant la productivité au détriment de la réalisation des occupations signifiantes des usagers (par exemple, les loisirs) ; l'ergothérapeute étant pressé à devoir faire le plus de démarches possibles pour le plus d'usagers possibles (Carrier et al., 2016). Cependant, le MSSS affirme que l'augmentation du nombre de personnes servies ne doit pas compromettre l'intensité et la qualité des services offerts (MSSS, 2019). Il reste que le SAD demeure le premier choix pour répondre aux besoins d'une grande partie de la population (MSSS, 2019). Ainsi, des réflexions et des actions concrètes doivent se poursuivre pour donner les moyens aux ergothérapeutes d'atteindre ces objectifs.

6.2 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces et des limites qu'il importe de considérer. D'abord, cette étude a permis aux ergothérapeutes de s'exprimer sur un sujet d'actualité, mais sur lequel les données probantes demeurent limitées, particulièrement en contexte de soutien à domicile. Pour des raisons de faisabilité, les entrevues se sont faites de manière individuelle. Il est possible qu'un entretien en groupe ait permis des échanges encore plus riches entre les participantes. Néanmoins, les entrevues individuelles permettent aux participantes d'être en confiance pour se confier davantage. Malgré le petit nombre de participants ($n=6$), il est encourageant de constater

la récurrence des thèmes abordés par ceux-ci, sans nécessairement atteindre la saturation des données avec six participantes. Aussi, bien que la méthode de recrutement n'ait pas permis de contrôler les caractéristiques des participantes, l'étudiante chercheuse a été en mesure de recruter des participantes présentant des profils d'expérience variés et provenant de différentes régions du Québec favorisant la transférabilité des résultats (Fortin et Gagnon, 2022). La fiabilité de l'étude peut être affectée par le fait que seule l'étudiante chercheuse ait procédé à l'analyse des données. Néanmoins, l'arbre de codes a été présenté et discuté avec la directrice d'essai, permettant de soutenir la validation des thèmes finaux.

6.3 Retombées pour la pratique en ergothérapie

L'étude peut amener plusieurs avenues en ergothérapie. En effet, elle permet de mettre en évidence l'importance de la collaboration interprofessionnelle au soutien à domicile et de prioriser le partenariat de soins entre les intervenants tout en mettant l'usager au centre des interventions, comme le fait l'ergothérapeute depuis bien longtemps. En outre, l'étude a permis de mettre en lumière la position clé de l'ergothérapeute dans le contexte de SAD ainsi que les avenues de cette profession dans des rôles de gestion mettant à profit ses compétences pour soutenir la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs études montrent d'ailleurs la pertinence des ergothérapeutes ayant plusieurs années d'expérience clinique pour occuper des rôles de gestion (Heard, 2014; Rutschke et Fick, 2023; Shams, Batth, et Duncan, 2019). En effet, l'ergothérapeute est formé à la collaboration interprofessionnelle et possède des compétences clés en gestion, ce qui peut contribuer à soutenir la collaboration interprofessionnelle au sein de son équipe au SAD. À cet égard, Burd et ses collaborateurs (2023) identifient quatre principales compétences. Celles-ci comprennent 1) l'analyse d'activités qui est utile dans l'élaboration de plans ou de tâches, 2) la capacité de résolution de problèmes axée sur les solutions, ainsi que 3)

l'approche centrée sur la personne qui permet de faire évoluer les intervenants afin qu'ils administrent ensuite de bonnes interventions aux usagers. Enfin, notons 4) le fait que les ergothérapeutes se penchent sur l'engagement dans les occupations signifiantes, font d'eux des professionnels de choix pour occuper un rôle de gestion et promouvoir la collaboration interprofessionnelle, plus particulièrement au soutien à domicile (Burd et al., 2023).

En ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle en soi, l'étude a permis de montrer le caractère essentiel de l'éducation interprofessionnelle pour développer une vision commune sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle et comprendre les rôles respectifs de chacun. Ceci concorde avec les positions des associations professionnelles, telles que la WFOT qui met de l'avant l'éducation interprofessionnelle à travers le cursus scolaire. Il serait intéressant que les instances concernées se penchent sur l'inclusion des cours de collaboration interprofessionnelle non seulement dans les cursus universitaires, mais aussi dans les techniques collégiales en santé afin d'y préparer les différents intervenants susceptibles d'être impliqués.

D'un point de vue scientifique, davantage d'études demeurent nécessaires afin de bien cerner les facilitateurs et les obstacles de la collaboration interprofessionnelle au SAD, mais également d'identifier et de mettre en place des avenues de solutions efficaces (ex. : formation aux approches de proximité, la technologie permettant le partage d'informations) pour contrer ces enjeux et, de ce fait, favoriser la collaboration interprofessionnelle de manière optimale en contexte de soutien à domicile.

7. Conclusion

En cohérence avec l'objectif visé, cet essai a permis de dresser un portrait exploratoire de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soutien à domicile des personnes aînées, selon la perception d'ergothérapeutes œuvrant au Québec. L'étude souligne des stratégies

facilitant la collaboration interprofessionnelle tout en bénéficiant aux usagers, comme l'éducation interprofessionnelle, la communication efficace ainsi que le respect mutuel de l'expertise. L'étude présente également des obstacles, notamment liés au contexte organisationnel, qu'il importe de considérer afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle. Il en ressort aussi des avenues possibles pour mettre à profit les compétences de l'ergothérapeute pour soutenir la collaboration interprofessionnelle au SAD (ex. : rôles de chef de programme ou autres opportunités d'exercer son leadership).

Afin de faire suite à ce projet, d'autres recherches pourraient s'intéresser à la perception des usagers quant à la collaboration interprofessionnelle et ses retombées sur les services reçus. Sous une autre perspective, il pourrait être utile d'explorer comment des conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle peuvent promouvoir la santé mentale et le mieux-être des intervenants dans le système de santé, et, ultimement, contribuer à optimiser les services offerts aux usagers.

Références

- ACORE, ACPUE et ACE. (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada*. <https://acotro-acore.org/wp-content/uploads/2022/08/OT-Competency-Document-FR-HiRes.pdf>
- Agreli, H. F., Peduzzi, M., et Bailey, C. (2017). Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis [Article]. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), 679-684. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1351425>
- Arcand, R. (2020). *Pratiques optimales en ergothérapie auprès d'une clientèle présentant une complexité de soins : une étude de portée* [Essai, UQTR]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9466>
- Arieli, M., Kizony, R., Gil, E., et Agmon, M. (2023). Participation in daily activities after acute illness hospitalization among high-functioning older adults: a qualitative study [Article]. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley et Sons, Inc.), 32(13/14), 3456-3468. <https://doi.org/10.1111/jocn.16418>
- Avrech Bar, M., Katz Leurer, M., Warshawski, S., et Itzhaki, M. (2018). The role of personal resilience and personality traits of healthcare students on their attitudes towards interprofessional collaboration. *Nurse education today*, 61, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.005>
- Browne, F. R., Zucchero, R. A., Hooker, E. A., et Tunningley, J. (2021). Longitudinal outcomes of a brief interprofessional educational experience with or without an interprofessional education course. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), 74-82. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1702513>

- Burd, M., Barnes, A., Barnes, L., Ellison, J., Richert, J., Richman, N., et Czuba, F. (2023). Administration and management special interest section. *Communiqué*(2), 1-5.
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé Publique*, 28(6), 769-780. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0769>
- Carter, C., Mohammed, S., Upshur, R., et Kontos, P. (2023). "I don't see the whole picture of their health": a critical ethnography of constraints to interprofessional collaboration in end-of-life conversations in primary care. *BMC primary care*, 24(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02171-w>
- De Vries, D. (2016). Therapists Perception and Valuing of Interprofessional Collaboration. *Annual in Therapeutic Recreation*, 23, 12-30.
- Donoso Brown, E. V., Manspeaker, S., Blaskowitz, M. G., et Bratton, K. (2024). Occupational therapy practitioners' experiences with interprofessional collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 38(3), 525-533. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2303489>
- Drenth, H., Krijnen, W., van der Weerd, L., Reinders, J. J., et Hobbelen, H. (2023). Nursing home geriatric rehabilitation care and interprofessional collaboration; a practice-based study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 539. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04212-6>
- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2016). *Critères minimums requis pour la formation des ergothérapeutes*. <https://wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4 ed.). Chenelière éducation.

- Fox, S., Gaboury, I., Chiocchio, F., et Vachon, B. (2021). Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice [Article]. *Health Communication*, 36(2), 125-135. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>
- Friedman, Z. L., Akselrud, R., et Prisco, D. (2024). Working together or apart? Impact of interprofessional education on collaborative competencies of applied behavior analysis and occupational therapy practitioners [Article]. *European Journal of Behavior Analysis*, 25(1), 94-107. <https://doi.org/10.1080/15021149.2024.2360791>
- Heard, C. (2014). *Choosing the Path of Leadership in Occupational Therapy*.
- Importance of Interprofessional Education for Occupational Therapy. (2022). *American Journal of Occupational Therapy*, 76, 1-15. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.76S3007>
- Institut de la statistique du Québec. (2021). *Vers une population de 10 millions de personnes au Québec d'ici 2066*. <https://statistique.quebec.ca/fr/communique/vers-une-population-de-10-millions-de-personnes-au-quebec-2066>
- Itzhaki, M., Katz Leurer, M., Warshawski, S., et Avrech Bar, M. (2023). Preparedness of health professions students for interprofessional collaboration: a mixed method study. *Teaching in Higher Education*, 28(1), 66-84. <https://doi.org/10.1080/13562517.2020.1769057>
- Johnson, J. M., Hermosura, B. J., Price, S. L., et Gougeon, L. (2021). Factors influencing interprofessional team collaboration when delivering care to community-dwelling seniors: A metasynthesis of Canadian interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 35(3), 376-382. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1758641>
- Morrell, B. L. M., Cecil, K. A., Nichols, A. M., Moore, E. S., Carmack, J. N., Hetzler, K. E., Toon, J., et Jochum, J. E. (2021). Interprofessional Education Week: the impact of active and passive learning activities on students' perceptions of interprofessional education.

Journal of Interprofessional Care, 35(5), 799-802.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1856798>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2019). *Plan stratégique 2019-2023*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2021). Vieillir en santé: rapport du directeur national de santé publique 2021

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2023a). Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoirs/indicateurs-gestion/indicateur-000203/?&date=DESC>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2023b). *Orientations en soutien à domicile*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf>

Muusse, J. S. C., Zuidema, R., van Scherpenseel, M. C., et Velde, S. J. t. (2023). Influencing factors of interprofessional collaboration in multifactorial fall prevention interventions: a qualitative systematic review. *BMC primary care*, 24(1), 116.

<https://doi.org/10.1186/s12875-023-02066-w>

Nonaillada, J., Gangai, N. C., Eichner, C., et Costas-Muniz, R. (2017). The Geriatrics Workforce Enhancement Program: Occupational Therapy's Imperative Role in Interprofessional Education. *Open Journal of Occupational Therapy (OJOT)*, 5(3), 1-9.

<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1378>

Organisation Mondiale de la Santé. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010, révision 2013). Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec.

https://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Famille et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

<https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/9~v~reponse-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux-soutien-a-domicile-et-chsld.pdf>

Paquette, M.-A. (2020). L'ergothérapie en soutien à domicile, un travail qui a du sens? *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 6(1), 35-54.

<https://doi.org/10.13096/rfre.v6n1.89>

Rutschke, M., et Fick, J. (2023). Exploring Leadership Competencies and Mentoring Needs of Physical and Occupational Therapy Leaders in the United States. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 14. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1764356>

Schwab-Farrell, S. M., Dugan, S., Sayers, C., et Postman, W. (2024). Speech-language pathologist, physical therapist, and occupational therapist experiences of interprofessional collaborations. *Journal of Interprofessional Care*, 38(2), 253-263.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2287028>

Shams, S., Batth, R., et Duncan, A. (2019). The Lived Experiences of Occupational Therapists in Transitioning to Leadership Roles. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7.

<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1513>

Statistique Canada. (2023). Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 à 2022.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/231201/dq231201b-fra.htm>

Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (2 ed.). CAOT.

Tuononen, T. A., Saaranen, T., Holopainen, T., Suominen, A. L., et Silén-Lipponen, M. (2023).

Large-group simulation as a learning method to promote interprofessional collaboration and older adults' patient centered-care. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 43(6), 883-892.

<https://doi.org/10.1111/scd.12898>

ANNEXE A
GUIDE D'ENTREVUE

- 1. Pour débuter, parlez-moi du rôle de l'ergothérapeute dans votre milieu de pratique auprès des personnes aînées qui vivent à domicile?**
- 2. Racontez-moi comment se passe la collaboration interprofessionnelle lors des services de soutien à domicile que vous offrez?**

À préciser au besoin :

- a. *Dans quel(s) contexte(s) la collaboration interprofessionnelle tend à être mobilisée? (Par exemple, pour des situations cliniques complexes?)*
- b. *Pour répondre à quels types de besoins?*
- c. *À quelle partie du processus clinique (évaluation, intervention, fin de suivi) ?*
- 3. Avec qui la collaboration interprofessionnelle se fait généralement?**

À préciser au besoin :

- a. *Acteurs-clés : intervenante sociale, infirmière, organismes communautaires, famille, etc.*
- b. *Comment favoriser l'engagement de ces différents acteurs?*
- 4. Dans quelle mesure le rôle d'ergothérapeute est-il bien défini, reconnu et clair pour les autres membres de l'équipe?**

À préciser au besoin : quel est le type de requêtes qui vous sont envoyées?

- 5. Actuellement, comment percevez-vous l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans votre milieu de pratique?**

À préciser au besoin :

- a. *Confiance et respect, communication, valeurs partagées (vision commune)*

- 6. Comment favorisez-vous la collaboration interprofessionnelle dans votre pratique?**
- 7. Pourriez-vous me partager un bon coup lié à la collaboration interprofessionnelle dans votre milieu de pratique?**

À préciser au besoin :

- a. Quels ont été les facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle?*
 - b. Quels ont été les impacts et les avantages de cette collaboration (pour l'usager, pour les collaborateurs)*
- 8. À l'inverse, pourriez-vous me raconter une situation où des enjeux de collaboration interprofessionnelle furent rencontrés.**

À préciser au besoin :

- a. Parlez-moi des obstacles à la collaboration interprofessionnelle dans votre milieu ?*
 - b. Comment gérer les situations plus complexes où la collaboration interprofessionnelle n'est pas efficace?*
- 9. Dans un monde idéal, qu'est-ce qui pourrait être fait, selon vous, pour améliorer la collaboration interprofessionnelle?**

À préciser au besoin :

- a. Comment préparer les différents acteurs à la collaboration interprofessionnelle? Que pensez-vous de l'éducation interprofessionnelle? des formations, etc.?*

ANNEXE B

Affiche de sollicitation

Figure 3

Affiche de sollicitation

Perception de la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes travaillant au maintien à domicile des personnes aînées

.....
Projet de recherche - Maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Objectif de la recherche

Documenter les perceptions de la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes travaillant au maintien à domicile des personnes aînées

Participant(e)s recherché(e)s

Ergothérapeute exerçant depuis au moins un an en soutien à domicile auprès de personnes aînées au Québec

Implication

Participer à une entrevue individuelle par vidéoconférence d'environ 60 minutes



Pour participer ou obtenir plus d'informations:
communiquez avec Laurie Noël, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'adresse suivante:
laurie.noel@uqtr.ca


 Université du Québec
 à Trois-Rivières

Certificat éthique: CER-24-309-07.12