

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
ANDRÉANNE DUPONT

PERCEPTION D'ERGOTHÉRAPEUTES DE LEUR TRAVAIL D'ÉQUIPE AVEC LES
PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE
LONGUE DURÉE

DÉCEMBRE 2020

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans la précieuse collaboration et le soutien de nombreuses personnes. D'abord, je tiens à remercier ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, pour son engagement, son enthousiasme et sa disponibilité tout au long du projet. Sa passion pour la recherche et pour l'ergothérapie m'a permis d'approfondir mes réflexions. Je désire également remercier tous les répondants de ce projet, qui ont fourni des réponses très riches et intéressantes. Merci également à Julie Lahaie, ergothérapeute et chargée de cours au département d'ergothérapie, pour la révision de mon essai. Ses précieux commentaires et suggestions m'ont permis de bonifier mon essai. Finalement, je remercie de tout mon cœur mes parents, Manon et Pierre, ma sœur, Fannie, ainsi que mes amies de m'avoir supportée, non seulement au cours de la rédaction de mon essai, mais également tout au long de mon parcours universitaire. Je ne pourrais vous remercier assez!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Hébergement en CHSLD	2
2.2. Collaboration interdisciplinaire	2
2.3. Études empiriques abordant la collaboration interdisciplinaire entre les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé	4
2.3.1 Perception de la collaboration interdisciplinaire par les professionnels.....	7
2.4. Pratique collaborative en centre d’hébergement et de soins de longue durée	9
2.5. Les préposés aux bénéficiaires au sein de l’équipe interdisciplinaire	10
2.6. Constats et pertinence du sujet de recherche	13
2.7. Objectifs de recherche.....	14
3. CADRE CONCEPTUEL	15
3.1. Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme.....	15
4. MÉTHODE.....	18
4.1. Devis de recherche.....	18
4.2. Échantillonnage.....	18
4.3. Méthode de collecte de données	19
4.4. Déroulement de la recherche	20
4.5. Analyse des données	20
4.6. Considérations éthiques	21
5. RÉSULTATS	22
5.1. Répondants à l’étude.....	22
5.2. Taux de participation et nombre de répondants par section	23
5.3. Participation des préposés aux bénéficiaires et des ergothérapeutes aux réunions d’équipe	23
5.4. Perception d’ergothérapeutes sondés de leur travail d’équipe avec les préposés aux bénéficiaires.....	25
5.5. Stratégies efficaces mises en place par les répondants	28
5.6. Facteurs nuisant au travail d’équipe identifiés par les répondants	32
5.7. Suggestions d’amélioration proposées par les répondants.....	36

6. DISCUSSION	41
6.1. Participation des préposés aux bénéficiaires aux réunions d'équipe	41
6.2. Perception d'ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires	42
6.3. Perception des stratégies efficaces mises en place par les ergothérapeutes.....	43
6.4. Perception des facteurs nuisant au travail d'équipe	44
6.5. Suggestions d'amélioration par les ergothérapeutes.....	45
6.6. Forces et limites de l'étude	46
7. CONCLUSION.....	48
RÉFÉRENCES	50
ANNEXE A	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Domaines de compétences et description	15
Tableau 2.	Caractéristiques des répondants de l'étude	22
Tableau 3.	Répartition du niveau d'accord et de désaccord des répondants selon différentes affirmations.....	26
Tableau 4.	Stratégies mises en place par les répondants et leur fréquence d'apparition.....	31
Tableau 5.	Facteurs nuisant au travail d'équipe selon les répondants et leur fréquence d'apparition	35
Tableau 6.	Suggestions d'amélioration des répondants et leur fréquence d'apparition	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Représentation de la participation des PAB aux réunions d'équipe	24
Figure 2.	Représentation de la tenue de réunions d'équipe où les infirmières, infirmières auxiliaires et PAB participent auxquelles l'ergothérapeute ne participe pas	24
Figure 3.	Présentation du niveau d'accord et de désaccord de chaque affirmation en ordre décroissant	28

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFISS	Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé
CÉREH	Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAB	Préposé aux bénéficiaires
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Les personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) présentent une perte d'autonomie importante qui se traduit par des besoins complexes, globaux et individuels (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018b), les plaçant ainsi dans une situation de vulnérabilité. La collaboration entre les différents professionnels est nécessaire pour assurer des soins de qualité auprès de ces personnes (MSSS, 2018b, 2020; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2010; Plourde, 2016). Plusieurs études empiriques abordent la collaboration entre les ergothérapeutes et d'autres professionnels dans les soins aux personnes âgées (Birkeland et al., 2017; De Vries, 2016; Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Öhman et al., 2017; Suter et al., 2009; Wieser et al., 2018). Cependant, la recension des écrits a fait valoir que peu d'études empiriques abordent la collaboration entre les professionnels travaillant en CHSLD et auprès de préposés aux bénéficiaires (PAB). Pourtant, les ergothérapeutes et les PAB sont appelés à travailler en équipe, notamment par la mise en place par les PAB des recommandations émises par l'ergothérapeute.

Objectifs : Décrire la perception d'ergothérapeutes quant au travail d'équipe avec les PAB en CHSLD et les stratégies facilitant ce travail d'équipe. **Cadre conceptuel :** Cette étude s'appuie sur le *Référentiel national en matière d'interprofessionnalisme* du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). Il propose six domaines de compétences nécessaires à une collaboration efficace, soit la communication interpersonnelle, les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le *leadership* collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels. **Méthode :** Pour atteindre les objectifs de recherche, le devis utilisé dans le cadre de cette étude est un devis mixte simultané de type descriptif (Briand et Larivière, 2014). L'étude a été réalisée auprès d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD à l'aide d'un questionnaire électronique autoadministré. Les données quantitatives ont fait l'objet de statistiques descriptives simples et les données qualitatives, d'une analyse de contenu. **Résultats :** 36 ergothérapeutes travaillant en CHSLD ont participé à l'étude. Les résultats indiquent que les répondants perçoivent positivement leur travail d'équipe avec les PAB en CHSLD. Les stratégies mises en place pour faciliter ce travail d'équipe se rapportent à utiliser des stratégies de communication, coopérer avec les PAB dans le processus ergothérapique, faire de l'enseignement aux PAB, entretenir de bonnes relations de travail avec les PAB, planifier le travail d'équipe avec les PAB et participer à des rencontres d'équipes. Les éléments jugés nuisibles se rattachent à des facteurs organisationnels, institutionnels et individuels. Les répondants fournissent des suggestions d'amélioration, soit une réorganisation du travail des PAB, une réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD, le développement de stratégies de communication efficaces, la stabilisation du personnel et la promotion de la profession d'ergothérapie. **Discussion :** Bien que les ergothérapeutes mettent en place des stratégies efficaces pour travailler avec les PAB et qu'ils sont critiques au sujet de leur propre pratique, des changements sont à effectuer pour améliorer cette pratique et ainsi assurer des soins de qualité aux personnes âgées. **Conclusion :** Il s'agit de résultats inédits quant à la compréhension du travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB en CHSLD. Il y a lieu de faire de plus amples recherches sur le travail d'équipe en CHSLD en impliquant les PAB et d'autres membres de l'équipe.

Mots clés : ergothérapie, préposé aux bénéficiaires, travail d'équipe, CHSLD, personnes âgées

1. INTRODUCTION

L'intérêt pour cette recherche s'est développé lors de mon emploi étudiant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), emploi qui a façonné la future ergothérapeute que je suis. Il s'agit d'un milieu régulièrement abordé dans les médias et dépeint comme difficile par certains, mais il a été pour moi une expérience ô combien gratifiante! J'ai d'abord constaté la réalité de travail des différents intervenants de la santé et l'impact de la pénurie de main-d'œuvre sur les soins aux résidents. Dès lors, je me suis questionnée sur les façons de faire pour améliorer les soins et les services aux personnes âgées. C'est en consultant ma directrice de recherche que nous nous sommes arrêtées sur le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires (PAB), thématique qui n'est pas beaucoup discutée et étudiée à notre connaissance, mais qui est pourtant d'actualité. Ainsi, cet essai critique vise à présenter les résultats d'un projet de recherche sur le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB en CHSLD.

Pour ce faire, dans cette présente étude, il sera d'abord question de la problématique qui expose la pertinence de s'intéresser à la compréhension de la perception du travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB en CHSLD. Pour ce, une recension des écrits a été réalisée. Le cadre conceptuel sur lequel repose cette étude et la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs seront décrits. Ensuite, les résultats, ayant fait l'objet d'analyses quantitatives et qualitatives, seront présentés, puis analysés dans la discussion, en comparaison avec les écrits recensés dans la problématique. Les forces et les limites de cette étude seront également établies. En conclusion, une brève synthèse des résultats et des pistes pour de futures recherches seront présentées.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section aborde la problématique reliée aux soins apportés aux personnes âgées en CHSLD qui se font dans un contexte de collaboration. Pour ce faire, un portrait des personnes âgées hébergées en CHSLD ainsi qu'une brève définition de la collaboration et de sa pertinence seront énoncés. Ensuite, la recension des études empiriques abordant la collaboration sera présentée. Les documents encadrant la pratique collaborative en CHSLD au Québec et la place des PAB au sein de l'équipe interdisciplinaire seront décrits. Finalement, à la lumière des constats et de la pertinence de la recherche, les questions et les objectifs de la recherche seront formulés.

2.1. Hébergement en CHSLD

Comme dans plusieurs pays industrialisés, le vieillissement de la population québécoise est un phénomène d'actualité qui prend de plus en plus d'ampleur et qui entraîne de l'hébergement en CHSLD pour de nombreuses personnes âgées. Actuellement, au Québec, une personne sur cinq est âgée de 65 ans et plus, ce qui correspond à 1,5 million de personnes, et ce nombre ne cesse d'augmenter (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018b). De cette population, 2,9 % résidaient en CHSLD en 2012-2013 (Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2018). Bien que ce nombre représente un petit pourcentage, la qualité des soins et des services est tout de même essentielle, car cela a une influence directe sur la qualité de vie des gens qui y résident (INESSS, 2018). Les personnes qui ont recours à l'hébergement ont une perte d'autonomie importante qui se traduit par des besoins complexes, globaux et individuels (MSSS, 2018b). Ces personnes se trouvent ainsi dans une situation de vulnérabilité, où la compétence des intervenants et l'organisation des soins et des services aux personnes âgées en CHSLD influencent grandement leur qualité de vie. Par ailleurs, au fil des années, le profil de santé des personnes âgées hébergées en CHSLD est de plus en plus complexe (Plourde, 2016). Le travail au sein de l'équipe entre les différents intervenants de la santé s'avère donc essentiel dans les soins aux personnes âgées dans les CHSLD.

2.2. Collaboration interdisciplinaire

La collaboration interdisciplinaire entre les différents acteurs de santé est une pratique soutenue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et dont l'efficacité sur les soins de santé est bien documentée (2010). Entre autres, la collaboration peut améliorer « l'accès et la

coordination des services de santé, l'utilisation appropriée des ressources cliniques spécialisées, les résultats pour la santé des personnes atteintes de maladies chroniques, les soins et la sécurité des patients » [traduction libre] (OMS, 2010). Cette pratique peut également diminuer « les complications des patients, la durée du séjour à l'hôpital, la tension et les conflits parmi les soignants, le roulement de personnel, l'admission à l'hôpital, le taux d'erreur clinique et les taux de mortalité » [traduction libre] (OMS, 2010).

Plusieurs termes sont employés pour parler du travail au sein d'une équipe de différents acteurs de la santé et leur utilisation est parfois confondue ou utilisée sans distinction (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux [RCPI], 2018). Les termes tels qu'interdisciplinarité, multidisciplinarité, collaboration interprofessionnelle et travail d'équipe sont des exemples qui peuvent être utilisés. Il est question de multidisciplinarité lorsque les différents professionnels travaillent indépendamment vers des objectifs propres à leur discipline, mais partagent des informations entre eux. Les besoins de la personne sont complexes et nécessitent plusieurs professionnels. L'interdisciplinarité, quant à elle, se déroule lorsque les professionnels travaillent conjointement vers un but commun. Chacun met à profit son expertise pour déterminer les besoins biopsychosociaux de la personne et de ses proches, où s'ensuit un partage des décisions. Ainsi, l'interdépendance entre les acteurs de la santé s'intensifie (RCPI, 2018). Dans le présent projet, une distinction est faite entre collaboration et travail d'équipe. Étant donné que le personnel auxiliaire (intervenants non-professionnels), notamment les PAB, ne peuvent effectuer de décision professionnelle (Gouvernement du Québec, s. d.), mais qu'il y a certes un travail conjoint entre eux et les divers professionnels de la santé, le terme utilisé est travail d'équipe.

Pour acquérir les compétences nécessaires à cette pratique collaborative, divers professionnels de la santé reçoivent de la formation interprofessionnelle, c'est-à-dire de la formation sur la collaboration interdisciplinaire (Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé [AFISS], 2008). Des exigences de compétences relativement à cette pratique sont nécessaires à l'obtention de leur permis d'exercice. En effet, dans le cadre du projet sur l'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé financé par Santé Canada, huit organismes canadiens responsables de l'agrément de six professions (ergothérapie, médecine,

pharmacie, physiothérapie, sciences infirmières et travail social) se sont unis pour développer des principes directeurs quant à la formation interprofessionnelle (AFISS, 2008). Ainsi, ils ont élaboré des normes, des critères et des méthodes d'évaluation pour assurer la formation adéquate quant à la collaboration interprofessionnelle des professionnels des disciplines impliquées.

2.3. Études empiriques abordant la collaboration interdisciplinaire entre les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé

La recension des écrits fait valoir que plusieurs études empiriques (Birkeland et al., 2017; Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Suter et al., 2009) abordent la collaboration interdisciplinaire entre les ergothérapeutes et d'autres professionnels œuvrant auprès de personnes âgées dans divers milieux. Ces différentes études empiriques viennent documenter les éléments qui influencent cette collaboration et permettent donc de préciser la mise en œuvre de cette pratique dans divers milieux cliniques.

Une étude phénoménologique réalisée par Suter et ses collaborateurs (2009) auprès de 60 gestionnaires et professionnels de la santé (soins infirmiers, médecins, professionnels paramédicaux et autres professionnels) de divers milieux de première ligne a permis de déterminer les compétences pour une pratique collaborative centrée sur le patient. Les deux compétences fondamentales qui ont émergé des entrevues sont la communication ainsi que la compréhension et l'appréciation du rôle et des responsabilités des autres professionnels.

Une étude phénoménologique herméneutique réalisée par Birkeland et ses collaborateurs (2017) auprès de 33 personnes de différentes professions (physiothérapie, soins infirmiers, ergothérapie, soins infirmiers auxiliaires, travail social, psychoéducation) a permis d'obtenir une meilleure compréhension de la façon dont la collaboration interdisciplinaire se déroule en contexte de réadaptation à domicile. À l'aide de groupes de discussion focalisée, quatre thèmes ont émergé comme prérequis à la collaboration interdisciplinaire efficace, soit les suivants : (1) objectifs personnels du client en tant que plateforme interdisciplinaire commune, (2) communauté professionnelle positive, (3) apprendre des aptitudes et des compétences des autres et (4) nouveaux rôles et efforts conjoints, mais compétences spécifiques à la profession.

Dans le même ordre d'idée, Hansson et ses collaborateurs (2018) se sont penchés sur les obstacles et les opportunités de collaboration entre les professionnels de la santé, les patients et leurs proches, identifiés à partir de cas fictifs. L'étude ethnographique s'est déroulée en trois groupes de discussion focalisée de huit personnes, comprenant des médecins, des infirmières, des agents d'assistance municipale (souvent des travailleurs sociaux), un physiothérapeute, des ergothérapeutes et des membres de la famille de patients. Quatre catégories d'opportunités de collaboration ont été identifiées, soit la transmission d'informations aux patients et à leurs proches adaptées à leurs besoins, une amélioration de la communication entre les professionnels, un plan de soins commun dont une personne est responsable à la planification et au suivi ainsi qu'une réaffectation des ressources entre les fournisseurs de soins de santé. Quatre catégories d'obstacles à la collaboration ont été dégagées, soit une communication insuffisante entre les patients et leurs proches, une communication différée entre les professionnels, un manque de planification adéquate des soins et des ressources non distribuées en fonction des besoins réels des patients. Ces derniers peuvent dépendre de facteurs sociétaux (ambitions politiques et actions gouvernementales), organisationnels (procédures de gestion et considérations économiques) et individuels (affiliations à un groupe professionnel et intérêts personnels).

L'étude phénoménologique de Duner (2012) avait pour but d'examiner la collaboration et les frontières professionnelles dans les équipes interprofessionnelles de planification de soins pour personnes âgées. Elle a été réalisée auprès de professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes) travaillant dans une équipe de soins à domicile ou dans une équipe responsable du congé à la suite d'une hospitalisation. Les résultats démontrent une inconsistance dans l'intégration des professionnels au cours du processus de prise en charge. Lors de l'investigation et l'évaluation des besoins de la personne âgée, plusieurs professionnels étaient conjointement impliqués. Lors du processus de planification, les professionnels avaient moins tendance à travailler ensemble tandis que lors des prises de décisions, elles étaient majoritairement faites individuellement, pour chaque profession. Les résultats soulignent également le fait que travailler dans le même environnement physique permet les rencontres formelles et informelles ce qui facilite le travail d'équipe ainsi que l'importance de l'établissement de rôles clairs pour chacun des professionnels pour atteindre un équilibre entre l'autonomie et l'interdépendance professionnelle.

Une étude, ethnographique qui a été réalisée par Jones et Jones (2011) dans un service de réadaptation pour personnes âgées, avait pour but d'explorer comment les pratiques de travail d'équipe se sont développées à la suite de l'implantation d'un programme d'amélioration des services et les effets de ce dernier sur le travail d'équipe selon les perceptions du personnel. Douze membres du personnel, plus précisément un consultant, cinq infirmiers, trois physiothérapeutes, deux ergothérapeutes et un travailleur social, ont participé. Les changements effectués dans le cadre du projet consistaient à une relocalisation des professionnels à un même endroit, l'ajout d'un travailleur social à temps plein, des rondes quotidiennes et des réunions d'équipe hebdomadaires dirigées par des consultants ainsi que la réalisation d'ateliers aux professionnels pour encourager le travail coordonné et la résolution de problèmes. Les effets de ce programme sur la collaboration se rapportent à l'émergence d'une confiance entre les collègues de l'équipe, l'importance des rencontres d'équipe et de la confiance entre les différents acteurs, l'impact des objectifs partagés dans la gestion des conflits et l'autonomie au sein de l'équipe interprofessionnelle. De plus, des réductions des niveaux d'absence du personnel et des incidents majeurs mettant en jeu la sécurité des patients ont également été observées à la suite de l'introduction du programme.

Morris et Matthews (2014) se sont intéressés plus précisément à la collaboration interprofessionnelle dans un contexte rural. Leur étude qualitative comparative, réalisée auprès de 11 professionnels de la santé provenant de deux équipes qui comprenaient des diététiciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des infirmières, un gestionnaire de cas et un superviseur des services alimentaires, a permis de dégager des dimensions de la collaboration interprofessionnelle ainsi que les avantages et les défis de cette collaboration qui sont rencontrés par les professionnels. Les résultats indiquent que la communication, le respect et le *leadership* sont des éléments importants à une bonne collaboration. Les défis associés à la collaboration dans des hôpitaux ruraux identifiés sont le travail à temps partiel pour les professionnels paramédicaux, les professionnels paramédicaux convoqués au besoin, la confidentialité ainsi que la tension entre le flux des patients et l'accommodation des besoins des patients et des familles. Les avantages associés comprenaient un environnement de travail plus personnalisé, un environnement accueillant pour les nouveaux employés, des relations à long terme avec les collègues et l'identification d'objectifs plus simples à réaliser.

En somme, les différentes études ont permis de démontrer que plusieurs éléments influencent la pratique de la collaboration entre les ergothérapeutes et les différents professionnels. La communication, la compréhension du rôle et des responsabilités de chacun, le respect ainsi que la confiance sont des facteurs importants à une collaboration efficace. Ces intervenants rencontrent également certains défis à travailler ensemble, autant sur le plan individuel, organisationnel que sociétal. Bien que différentes études abordant la collaboration interdisciplinaire aient été réalisées, peu d'entre elles impliquent des professionnels travaillant en CHSLD.

2.3.1 Perception de la collaboration interdisciplinaire par les professionnels

D'autres auteurs se sont pour leur part penchés sur la perception des professionnels de la santé sur la collaboration. Une étude mixte réalisée par Wieser et ses collaborateurs (2018) auprès de 2,238 personnes de sept disciplines différentes, soit des médecins, des infirmiers, des diététiciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes et des psychologues, a permis d'obtenir une représentation actuelle de la collaboration interprofessionnelle en milieu hospitalier et en soins communautaires. Il a été démontré que malgré le fait que certains professionnels n'ont pas l'occasion de travailler en collaboration de la même façon et avec la même intensité avec tous les professionnels d'autres disciplines, cette pratique est tout de même perçue positivement. De surcroît, il a été rapporté que l'organisation des soins de santé avait un impact majeur sur la collaboration.

L'étude descriptive comparative de De Vries (2016) avait pour but de déterminer s'il existe des différences individuelles dans les perceptions des thérapeutes en réadaptation concernant leurs croyances, leurs comportements et leurs attitudes envers la collaboration interprofessionnelle et l'importance accordée à cette pratique pour chaque discipline. Elle a été effectuée auprès de 377 participants comprenant des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des récréologues et des orthophonistes. Aucune différence significative entre les disciplines n'a été obtenue en ce qui concerne la valeur, le confort et la perception des capacités à travailler avec les autres, l'autoperception de la responsabilité de l'équipe ainsi que la valorisation des soins centrés sur le patient. Ainsi, les résultats indiquent que les thérapeutes des différentes disciplines témoignent une attitude collaborative et une valorisation égale des autres disciplines.

Dans un autre ordre d'idée, une étude s'est penchée sur la satisfaction au travail dans une perspective de genre. L'étude mixte de Öhman et ses collaborateurs (2017) a été réalisée auprès d'infirmières, ergothérapeutes et physiothérapeutes. 1024 professionnels ont répondu à un questionnaire, où ils avaient à faire une liste des éléments qui contribuent à la satisfaction au travail, et 17 professionnels travaillant en gériatrie ont participé à des entrevues. Les résultats obtenus avec le questionnaire soulignent que 28,8 % des éléments mentionnés par les professionnels se rapportent à avoir une équipe de travail et une collaboration efficaces, 18,9 % se rapportent à avoir des tâches de travail stimulantes et de l'indépendance, 18,8 % faisaient référence à avoir un bon *leadership* et 13,1 % à avoir un bon environnement de travail. De surcroît, quatre éléments influençant la satisfaction au travail et l'expérience de travail positive dans les soins aux personnes âgées ont été dégagés lors des entrevues, soit la cohésion sociale de l'équipe, la possibilité d'avoir une évolution de carrière et d'avoir de l'autonomie, la pratique centrée sur le client ainsi que les structures de pouvoir invisibles et ignorées. Ainsi, il a été possible de déterminer que la satisfaction au travail était dépendante principalement de l'environnement de travail, qui inclut la collaboration et la cohésion d'équipe.

Ainsi, bien que peu d'études documentent la perception des professionnels quant à la collaboration, ces écrits permettent de constater que la collaboration est vue de façon positive par différents professionnels de la santé, même s'ils ne sont pas tous appelés à travailler au même niveau avec les autres professionnels de disciplines différentes. La collaboration est également perçue comme un élément important de la satisfaction au travail. Les études concernant la collaboration interdisciplinaire présentées ci-dessus ont abordé la pratique de la collaboration et la perception des intervenants sur celle-ci (Birkeland et al., 2017; De Vries, 2016; Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Öhman et al., 2017; Suter et al., 2009; Wieser et al., 2018), mais force est de constater qu'aucune de ces études n'incluait des PAB. La majorité de ces études, portant sur la collaboration et impliquant de nombreux professionnels, incluent divers professionnels de la santé titulaires d'un diplôme d'études supérieures, travaillant dans certains cas à temps partiel avec les personnes âgées. Pourtant, même si les PAB ne sont pas titulaires d'un diplôme universitaire, ils font partie de l'équipe interdisciplinaire, même si leur implication au sein de celle-ci relève du travail d'équipe.

2.4. Pratique collaborative en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Dans le but d'encadrer la pratique collaborative et ainsi offrir des soins de qualité aux personnes âgées en CHSLD, plusieurs documents ont été publiés au Québec. En 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec interpellait les autres ordres professionnels afin de revoir l'offre de soins pour les personnes âgées vivant en CHSLD (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2015). À la suite de cet appel, quinze ordres professionnels de la santé et des services sociaux, dont l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, se sont unis pour publier le document *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – collaboration interprofessionnelle*, qui présente la contribution de diverses disciplines à une offre de soins et de services adaptée aux besoins de personnes hébergées en CHSLD (Plourde, 2016). Ce document propose les meilleures pratiques à adopter pour solutionner les problématiques prioritaires des personnes âgées hébergées, dont le maintien de la mobilité et de l'autonomie, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ainsi que l'alimentation et l'hydratation. Pour plusieurs de ces problématiques, l'ergothérapeute est un des principaux professionnels impliqués et les meilleures pratiques incluent le travail de concert avec les PAB (p.10, 11, 12). En effet, l'ergothérapeute vise à optimiser l'autonomie fonctionnelle et la participation active des personnes âgées dans leurs occupations, par la mise en place de stratégies, de pratiques, d'aides techniques et de modifications de l'environnement. Cela se fait tout en minimisant les facteurs de risques, liés notamment aux chutes, aux blessures, à l'apparition d'une plaie, d'une pneumonie d'aspiration et à une douleur d'origine posturale, pouvant limiter cette participation. L'ergothérapeute a également un rôle de soutien et d'éducation auprès de la personne âgée, de sa famille et des intervenants, sur les stratégies à adopter. Ainsi, cela implique de la part des ergothérapeutes de travailler en équipe avec les PAB, qui sont appelés à mettre en place un grand nombre de ces recommandations et interventions (ex. approche à adopter lors des soins pour diminuer les SCPD, positionnement à mettre en place pour diminuer le risque de plaie, utilisation d'aides techniques, participation de la personne âgée à ses soins autant que possible), étant donné leur présence 24/7. Ainsi, les meilleures pratiques requièrent de l'ergothérapeute de communiquer, de soutenir, de former, de faire de l'enseignement et de faire la promotion de certaines habitudes de vie avec les PAB.

Pourtant, en 2018, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a émis des orientations concernant cette organisation des soins dans un document intitulé *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* (MSSS, 2018a), dans le but d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées à l'ensemble des CHSLD. Un des objectifs de ce document est d'orienter le travail en interdisciplinarité dans lequel est proposé un partage des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe de soins en centre d'hébergement s'inspirant du travail de Cyr (2009). Force est de constater que les membres de cette équipe de soins ne comprennent que les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Pour assurer une collaboration efficace entre les différents acteurs de la santé, le MSSS indique (2018a), entre autres, que les établissements doivent mettre en place certaines stratégies, dont la réalisation de rencontres d'équipe hebdomadaire. Ainsi, une des normes de ce cadre stipule que « les professionnels concernés directement ou indirectement par le plan d'intervention d'un résident doivent participer à la rencontre [interdisciplinaire] » (MSSS, 2018a). Il en est de même dans le *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux* récemment émis par le MSSS en 2020. Il fait mention que les PAB font partie intégrante des équipes soignantes et interdisciplinaires dans tous les milieux de travail. En raison des observations quotidiennes qu'ils effectuent et leur proximité avec les patients, les PAB détiennent des informations importantes sur les patients qu'ils doivent communiquer avec les autres membres de l'équipe. Un de leur rôle consiste ainsi à « collaborer et participer à l'élaboration et la mise à jour du plan de soins infirmiers et du plan d'intervention interdisciplinaires » (MSSS, 2020). Pourtant, il y a lieu de se questionner sur la réalité dans les CHSLD du Québec, à savoir si les PAB participent en partie ou en totalité aux rencontres interdisciplinaires, tel que suggéré par le MSSS, étant donné l'impact sur la communication formelle entre ces intervenants et les autres professionnels de la santé. Il est également possible de constater une dichotomie entre les différents documents émis.

2.5. Les préposés aux bénéficiaires au sein de l'équipe interdisciplinaire

Les PAB (aussi appelés aides infirmières, auxiliaires de santé ou aides-soignantes) font partie de l'équipe interdisciplinaire. Ils assurent les soins et subviennent aux besoins de base de ces personnes. Ils les assistent dans les diverses activités de la vie quotidienne, telles que se laver, s'alimenter, se coucher et s'habiller, tout en maintenant et prévenant la détérioration de leurs

capacités (MSSS, 2020). Sous la supervision du personnel infirmier, les PAB veillent au bien-être des personnes hébergées et ils sont considérés comme les yeux et les oreilles de ces professionnels (Gouvernement du Québec, s. d.). Ces intervenants détiennent ainsi de nombreuses informations, concernant les personnes âgées, pertinentes pour de nombreux professionnels. Ils sont fréquemment appelés à mettre en place les recommandations des professionnels, dont les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les diététiciens. Il est de la responsabilité des professionnels de la santé de soutenir la prestation de ces soins et services, pour assurer la qualité de la mise en œuvre des recommandations (Plourde, 2016). Par ailleurs, les PAB ne reçoivent aucun cours sur la collaboration et sur le rôle des autres professionnels de la santé dans leur formation d'étude professionnelle (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES], s. d.), ainsi le travail d'équipe est d'autant plus nécessaire.

Néanmoins, peu d'études empiriques (Atwal et al., 2005; Barry et al., 2019; Falk et al., 2017) ont étudié la participation des PAB, qui sont pourtant au quotidien avec les personnes âgées. Falk et ses collaborateurs (2017) se sont penchés sur la participation des PAB dans le partage d'informations. L'étude ethnographique s'est déroulée auprès de deux équipes de soins comprenant chacune un patient, un ou deux médecins, quatre ou cinq infirmières, quatre ou cinq PAB, un ergothérapeute, un physiothérapeute et un assistant de réadaptation et travaillant dans un service de réadaptation pour lésion médullaire et a permis de relever que les PAB participaient à différents degrés au partage d'informations avec les autres professionnels. En effet, les PAB ne participaient pas aux rencontres d'équipe du matin, où l'ensemble des autres professionnels était impliqué. Ils étaient toutefois présents lors des rencontres interdisciplinaires, dans lesquelles le patient et ses proches participaient également, mais leurs savoirs et leur expertise n'étaient pas totalement pris en compte par les autres professionnels. Ils avaient toutefois l'occasion de partager activement leurs connaissances lors des rencontres concernant les rapports médicaux, qui se déroulaient avec le personnel infirmier au début de leur quart de travail. Ainsi, le fait qu'ils ne participent pas à l'ensemble des rencontres peut limiter leur partage d'informations avec les autres cliniciens.

L'étude phénoménologique d'Atwal et ses collaborateurs (2005), réalisée auprès de 24 professionnels de la santé travaillant en soins aigus (infirmières, PAB, physiothérapeutes,

ergothérapeutes, assistants de réadaptation, médecins), a permis de montrer que les PAB étaient perçus comme les intervenants les mieux placés pour mettre en application les recommandations des autres professionnels et étaient activement impliqués dans les occupations de la vie quotidienne. Dans cette étude, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes s'occupaient presque exclusivement des évaluations alors que les PAB s'occupaient de la mise en place de leurs recommandations. Malgré cela, les PAB n'assistaient pas aux réunions. Des pénuries de personnel thérapeutique et infirmier ainsi que des contraintes de temps ont également été relevées comme des limites au travail d'équipe et à la promotion de l'indépendance des patients.

L'étude descriptive de Barry et ses collaborateurs (2019) avait, quant à elle, pour but d'analyser les perceptions du personnel infirmier de leur sentiment d'inclusion par les autres dans les équipes en soins de longue durée et d'explorer si l'inclusion était corrélée avec l'*empowerment*. Elle s'est déroulée auprès de 95 membres du personnel infirmier, soit des infirmières, des infirmières auxiliaires et des PAB. Les résultats indiquent que la majorité des participants se sentent inclus par leur superviseur (71,2 %) et par leurs collègues des soins infirmiers (77,7 %), mais se sentent moins inclus par les cliniciens des autres disciplines (41,5 %). Ils avaient tout de même une bonne perception du travail d'équipe sur l'unité (77,6 %). Le sentiment d'être inclus par le superviseur, les collègues et les autres cliniciens ainsi que la perception d'un bon travail d'équipe étaient tous corrélés avec l'*empowerment* et ses dimensions, soit l'autonomie (perception d'une personne sur son niveau de liberté et de contrôle), la participation (degré à laquelle une personne sent qu'elle contribue et influence les résultats) et la responsabilité (niveau d'investissement psychologique et d'engagement qu'a une personne envers son travail). Plus précisément, le sentiment d'être inclus par les autres cliniciens était le facteur le plus fortement corrélé à la participation et était un prédicteur significatif de la participation. Également, la perception d'un bon travail d'équipe sur l'unité prédisait positivement l'*empowerment* et la responsabilité.

En somme, ces trois études ont permis de démontrer que bien que les PAB travaillent de concert avec d'autres professionnels, dont les ergothérapeutes, pour mettre en place les recommandations, ils ne participent tout de même pas à l'ensemble des rencontres d'équipe et ne se sentent pas inclus dans l'équipe. Cela limite ainsi le partage d'informations entre eux et les

autres membres de l'équipe. Bien qu'il a été démontré que les PAB travaillent en équipe avec différents professionnels, il est possible de constater une disparité, de par le fait que ceux-ci ne sont pas impliqués dans les études empiriques qui s'intéressent directement à la collaboration ou au travail d'équipe.

2.6. Constats et pertinence du sujet de recherche

À la lumière des informations recueillies, de nombreux constats peuvent être émis. De nombreux facteurs influençant la collaboration interdisciplinaire ont été rapportés dans les écrits. La communication est un des éléments importants de ce type de travail (Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Suter et al., 2009). Cependant, des études impliquant les PAB ont permis de dégager qu'ils ne sont que rarement impliqués lors des rencontres formelles d'équipe (Atwal et al., 2005; Falk et al., 2017). Il s'agit pourtant de moments privilégiés pour échanger avec les autres membres de l'équipe et mettre à profit l'expertise de chacun, et ainsi, permettre une communication efficace entre eux. Les PAB détiennent l'expertise du quotidien des personnes âgées qui est pertinent pour de nombreux professionnels. Un autre facteur important est la compréhension du rôle et des responsabilités des autres membres de l'équipe (Birkeland et al., 2017; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Suter et al., 2009). De nombreux professionnels de la santé reçoivent de la formation interprofessionnelle, leur permettant ainsi d'avoir une compréhension suffisante du rôle des autres disciplines et d'être outillés à travailler avec eux (AFISS, 2008). Les PAB, quant à eux, ne reçoivent aucun cours sur la collaboration et sur le rôle des divers professionnels de la santé dans leur formation d'étude professionnelle (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES], s. d.). Ainsi, ces intervenants arrivent sur le marché du travail sans formation sur cette pratique, comparativement aux autres membres de l'équipe. Il est donc possible que les PAB rencontrent des difficultés à travailler en équipe avec les autres membres et aient un niveau de connaissance plus bas des rôles et des responsabilités des autres membres de l'équipe. Finalement, de nombreuses barrières à la collaboration ont été dégagées des écrits et certaines pourraient avoir davantage d'impact sur le travail d'équipe avec les PAB. En effet, les études démontraient que le manque de temps et de ressources représente des éléments contraignants à la collaboration (Atwal et al., 2005; Duner, 2013; Morris et Matthews, 2014). Il est indéniable de dire que le contexte actuel dans les CHSLD de pénurie de main-d'œuvre et de départ touche grandement les PAB

(MSSS, 2020). Il est donc pertinent de se pencher sur le travail d'équipe dans le but d'améliorer les pratiques, de maximiser l'utilisation du personnel et d'offrir de meilleurs soins aux personnes âgées en CHSLD. Pour ce faire, il apparaît pertinent de se pencher sur les stratégies mises en place, les facteurs jugés nuisibles et les suggestions d'amélioration directement auprès des acteurs impliqués.

De surcroît, il s'agit d'un sujet d'actualité, dont il est important de s'attarder. La crise sanitaire causée par la pandémie de COVID-19 a permis de mettre en exergue les conditions de travail des intervenants de la santé travaillant en CHSLD et les soins prodigués aux personnes âgées vivant dans ces établissements. Un article de *La Presse* (Mercure, 2020) faisait état des propos de Mme Francine Ducharme qui suggérait des façons de mieux travailler dans les CHSLD, dont le fait d'augmenter le nombre de PAB et de professionnels de la santé. Bien que les infirmières, les inhalothérapeutes, les psychologues, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux soient nommés, il n'est pas mention des ergothérapeutes.

Il y a lieu de se questionner sur le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB travaillant en CHSLD au Québec. La recension des écrits soulève la question de recherche suivante : Comment les ergothérapeutes perçoivent-ils le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée et quelles sont les stratégies mises en place pour faciliter ce travail?

2.7. Objectifs de recherche

De la question de recherche précédemment formulée se dégage les objectifs de recherche suivants : (1) décrire la perception des ergothérapeutes quant au travail d'équipe avec les PAB en CHSLD et (2) décrire les stratégies facilitant ce travail d'équipe.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir le cadre conceptuel utilisé pour analyser les résultats de cette étude. Ainsi, le *Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010), qui propose six domaines de compétences, sera présenté.

3.1. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Au Canada, afin d'orienter les pratiques et les programmes de formation, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010) a émis le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Il propose six domaines de compétences nécessaires à une collaboration interprofessionnelle efficace, et ce, peu importe le niveau d'habiletés et le contexte de pratique des personnes qui les mettent en application. Ceux-ci s'acquièrent de manière continue, tout au long de la pratique professionnelle. Chaque domaine est associé à des descripteurs, qui établissent les savoirs, les habiletés, les attitudes, les valeurs et l'esprit critique que les professionnels doivent être en mesure de faire. Ensemble, ces six domaines de compétences permettent d'atteindre des résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux (CPIS, 2010).

Ces domaines de compétences sont (1) la communication interpersonnelle, (2) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, (3) la clarification des rôles, (4) le travail d'équipe, (5) le *leadership* collaboratif et (6) la résolution de conflits interprofessionnels. Deux domaines, soit la communication interpersonnelle et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, sont inhérents dans toutes situations et soutiennent les quatre autres. Le Tableau 1 présente ces catégories et leurs compétences (adaptation du *Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme*).

Tableau 1.
Domaines de compétences et description

Domaine de compétences	Compétences se rattachant au domaine
Clarification des rôles : Les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit de manière à établir et à atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté	<ul style="list-style-type: none">• Décrire son propre rôle et celui des autres;• Reconnaître et respecter la diversité des autres rôles, des responsabilités et des compétences en matière de santé et de services sociaux;• Assumer leur propre rôle tout en respectant la culture d'autrui;

Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté : Lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services, les professionnels cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté

Travail d'équipe : Les professionnels comprennent les principes de la dynamique du travail en équipe et les processus de groupe

Leadership collaboratif : Les professionnels comprennent et sont en mesure d'appliquer les principes du *leadership* dans un contexte de pratique en collaboration

- Communiquer dans un langage approprié leur rôle, leur savoir, leurs habiletés et leurs attitudes;
 - Recourir de manière appropriée et par l'entremise de la consultation aux habiletés et au savoir des autres;
 - Tenir compte du rôle des autres pour définir leur propre rôle professionnel et interprofessionnel.
-
- Demander l'avis à la personne concernée par les soins et aux proches sur les soins à recevoir;
 - Partager l'information avec les personnes de façon respectueuse et de manière à ce qu'elle soit compréhensible, qu'elle encourage la discussion et qu'elle favorise la participation à la prise de décision;
 - Vérifier si l'information transmise à la personne donnant des soins est comprise;
 - Écouter avec respect les besoins exprimés par toutes les parties concernées tout au long de la planification et de la prestation des soins ou des services.
-
- Identifier les processus de développement des équipes et situer l'étape de développement de l'équipe;
 - Établir un ensemble de principes régissant le travail en collaboration de manière à respecter les valeurs éthiques des membres de l'équipe;
 - Établir un mode de discussion efficace;
 - Participer à la prise de décisions en collaboration et respecter la participation de tous les membres de l'équipe;
 - Interagir avec les autres membres de l'équipe et discuter sur la manière dont ils interagissent;
 - Établir et entretenir des relations de travail saines et efficaces avec les membres de l'équipe;
 - Agir dans le respect des règles éthiques, y compris les questions de confidentialité, d'allocation des ressources et de professionnalisme.
-
- Agir pour atteindre une collaboration visant à produire des résultats optimaux pour la personne recevant des soins;
 - Participer à des relations de travail fondées sur l'interdépendance entre tous les participants;
 - Adopter des méthodes efficaces de travail en équipe;
 - Adopter des mesures qui facilitent une prise de décisions efficace;
 - Utiliser des stratégies au travail qui contribuent au climat de travail de collaboration;
 - Co-crée un environnement de travail propice au *leadership* concerté et à la pratique en collaboration;
 - Mettre en œuvre des principes de concertation pour la prise de décisions;
 - Appliquer des principes d'amélioration continue de la qualité aux procédures de travail et aux résultats.

Communication interprofessionnelle : Les professionnels de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture

- Mettre en place des principes de communication adaptés au travail en équipe;
- Écouter activement les autres membres de l'équipe;
- Communiquer de manière à ce que tous aient une même compréhension des décisions relatives aux soins et services;
- Déterminer ce qui contribue à une relation de confiance avec les autres dans l'équipe;
- Utiliser des technologies de l'information et des communications de manière efficace;
- Identifier des objectifs partagés, élaborer un plan de soins partagés, participer à la prise de décision partagée, partager les responsabilités de soins entre les membres de l'équipe et démontrer du respect.

Résolution de conflits interprofessionnels : Les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant de leur part que celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir

- Apprécier la nature potentiellement positive des conflits;
- Reconnaître les risques de conflit et prendre des mesures constructives pour y faire face;
- Identifier les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits, notamment l'ambiguïté concernant les différents rôles, les contraintes hiérarchiques et des objectifs divergents;
- Maîtriser des stratégies de gestion de conflits;
- Établir des procédures pour résoudre les différends;
- Travailler concrètement à la gestion et à la résolution des différends, notamment en analysant leurs causes et en s'employant à y trouver une solution acceptable;
- Créer un environnement propice à l'expression d'opinions différentes;
- Établir une méthode pour déterminer le consensus entre les membres de l'équipe.

Ce tableau est une adaptation du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010).

Ainsi, dans cette étude, ce modèle sert de bases théoriques afin de baliser les comportements mis en place par les professionnels pour favoriser une collaboration interdisciplinaire efficace dans l'équipe. Il permet de définir les compétences et les actions posées par ceux-ci dans leur pratique.

4. MÉTHODE

Cette section aborde les éléments de la démarche scientifique pour atteindre les objectifs de recherche qui sont de décrire la perception des ergothérapeutes quant au travail d'équipe avec les PAB en CHSLD et les stratégies mises en place par ces professionnels pour faciliter ce travail d'équipe. Plus précisément, le devis de recherche, l'échantillonnage, les méthodes de collecte de données et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques seront décrits.

4.1. Devis de recherche

La présente étude a été réalisée selon un devis de recherche mixte simultanée de type descriptif, de par la présence de données quantitatives et qualitatives qui sont récoltées à l'aide d'un questionnaire électronique. L'approche mixte permet d'approfondir le sujet à l'étude et ainsi répondre efficacement à la question de recherche (Briand et Larivière, 2014). Les données qualitatives, obtenues via les questions ouvertes, viennent enrichir la compréhension de l'objet à l'étude. De surcroît, les études descriptives permettent de dresser un portrait détaillé d'un phénomène (Fortin et Gagnon, 2016). Ce devis est cohérent avec les objectifs de cette étude qui sont de décrire la perception des ergothérapeutes quant au travail d'équipes avec les PAB en CHSLD et les stratégies mises en place.

4.2. Échantillonnage

Deux types d'échantillonnage ont été utilisés dans le cadre de cette étude, soit par convenance et par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016), dans le but d'augmenter le nombre de répondants. La présente recherche s'intéresse aux ergothérapeutes travaillant en CHSLD. Les critères d'inclusion comprenaient d'être ergothérapeute travaillant en CHSLD depuis minimalement six mois et de maîtriser le français écrit. Ces critères de sélection avaient pour objectif de recruter des ergothérapeutes ayant un minimum d'expérience dans le travail d'équipe avec les PAB en CHSLD. Aucun critère d'exclusion n'a été émis. Le nombre de répondants attendus était d'environ 20 ergothérapeutes, compte tenu de la situation actuelle de pandémie qui touchait grandement les CHSLD du Québec.

4.3. Méthode de collecte de données

La méthode de collecte de données était un questionnaire élaboré à la suite de la recension des écrits empiriques (Atwal et al., 2005; Barry et al., 2019; Birkeland et al., 2017; Duner, 2012; Falk et al., 2017; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Weiser et al., 2018) et du cadre conceptuel (CPIS, 2010). Il a fait l'objet d'une validation apparente auprès d'une professionnelle de la santé travaillant en CHSLD afin de vérifier la compréhension des questions et la durée de passation du questionnaire.

Le questionnaire comprend trois sections et est présenté à l'Annexe A. La première section concerne les données sociodémographiques, plus précisément l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience en ergothérapie et en CHSLD, le nombre de centres desservis ainsi que deux questions sur la participation de l'ergothérapeute et des PAB aux différentes rencontres d'équipe. Ainsi, cette section avait pour but d'obtenir un portrait de l'échantillon et du déroulement des réunions d'équipe dans leur milieu de travail.

La deuxième section consiste en 18 questions avec échelle de type Likert à cinq niveaux, abordant la perception des ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les PAB. Les répondants devaient qualifier sur une échelle allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord » les différentes affirmations. Ces affirmations portent sur : (1) la nécessité du travail d'équipe avec les PAB pour offrir des soins de qualité, (2) la qualité du travail avec les PAB, (3) le respect entre les PAB et l'ergothérapeute, (4) la disponibilité des PAB à travailler en équipe avec l'ergothérapeute, (5) la connaissance du rôle et des responsabilités de l'ergothérapeute au sein de l'équipe par les PAB, (6) les objectifs communs avec les PAB, (7) la confiance envers les PAB, (8) la connaissance des PAB par l'ergothérapeute (PAB de profession, future infirmière ou future professionnelle de la santé), (9) l'impact sur le travail d'équipe de la participation partielle des PAB aux rencontres interdisciplinaires, (10) la participation des PAB aux décisions d'équipe et aux rencontres interdisciplinaires, (11) la consultation des PAB avant la mise en place de recommandations qui les impliquent, (12) la prise en considération de la réalité de travail des PAB dans les recommandations émises, (13) l'explication aux PAB des raisons des recommandations, (14) la mise en place des recommandations par les PAB, (15) la compréhension de la réalité de travail des PAB par l'ergothérapeute, (16) la prise en considération des opinions et des suggestions

des PAB par l'ergothérapeute, (17) l'efficacité des stratégies de communication utilisées avec les PAB et (18) l'impact de l'organisation sur le travail avec les PAB. Advenant que l'ergothérapeute répondant travaille dans deux ou trois centres, il était invité à répondre pour chacun des centres qu'il dessert.

La troisième section comprend quatre questions ouvertes en ce qui concerne le travail d'équipe qu'il effectue avec les PAB. La première question aborde les stratégies mises en place par les ergothérapeutes pour faciliter ce travail d'équipe. La deuxième question concerne les éléments qui nuisent au travail d'équipe. La troisième question, quant à elle, s'intéresse aux suggestions d'amélioration du travail d'équipe avec les PAB. Finalement, la quatrième question permettait aux ergothérapeutes de laisser des commentaires au besoin. Ainsi, le questionnaire comprenait 29, 47 ou 65 questions selon le nombre de centres desservis par l'ergothérapeute.

4.4. Déroulement de la recherche

L'étude s'est déroulée en différentes étapes. D'abord, afin de recruter les répondants à l'étude, deux types d'échantillonnage ont été utilisés, soit par convenance et par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016). L'invitation à participer à l'étude a été partagée sur *Facebook* dans les groupes Ergothérapie Québec et Ergothérapie Québec CHSLD, qui regroupent des ergothérapeutes du Québec. Le message d'invitation présentait les objectifs de la recherche ainsi que les informations principales et était accompagné d'une lettre d'information et de consentement. Les répondants ont également été invités à partager le questionnaire électronique avec leurs collègues ergothérapeutes travaillant en CHSLD, dans le but de rejoindre les personnes ne faisant pas partie des groupes sur *Facebook*. L'invitation a fait l'objet d'une relance dans ces mêmes groupes pour augmenter la visibilité du questionnaire. Les répondants recrutés sont donc ceux se portant volontaires à remplir le questionnaire électronique. Les données ont été récoltées de manière anonyme à l'aide d'un questionnaire électronique autoadministré accessible par la plateforme sécurisée *Eval&Go*, et ce, au moment qu'il leur convenait le mieux. La période de collecte de données s'est déroulée du 18 avril au 19 juin 2020.

4.5. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide de statistiques descriptives simples pour les données quantitatives et d'une analyse de contenu pour les données qualitatives. Plus précisément,

les données sociodémographiques ont été analysées par des statistiques descriptives simples, soit la distribution des fréquences et les moyennes, afin d'obtenir les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Les questions de la deuxième section du questionnaire, ayant eu recours à un dispositif de type Likert, ont également été compilées à l'aide de statistiques descriptives simples. Les données qualitatives, obtenues dans la troisième section du questionnaire, ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Les données ont été traitées afin d'en dégager des thèmes et des tendances. Pour ce faire, les données ont été transcrites dans un fichier, codées manuellement puis regroupées de façon inductive en catégories. La fréquence d'apparition de celles-ci a également été établie. Afin d'augmenter la fiabilité des résultats obtenus, la formation des catégories a été validée par un deuxième chercheur, soit la directrice de la recherche.

4.6. Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle détient un certificat éthique portant le numéro CER-20-266-10.08, émis le 16 avril 2020. Chaque répondant a été informé sur le projet de recherche à l'aide d'une lettre d'informations, qui leur était présentée avant de remplir le questionnaire électronique. Le consentement libre, éclairé et continu a été obtenu pour chaque répondant. En acceptant de remplir le questionnaire, les répondants étaient avisés qu'ils donnaient leur consentement. Il a également été mentionné aux répondants qu'ils pouvaient refuser de répondre à certaines questions ou se retirer sans préjudice et sans avoir à fournir une explication. Les données recueillies sont confidentielles et ne peuvent mener à l'identification d'une personne. Celles-ci ont été conservées dans des fichiers sécurisés par mots de passe.

5. RÉSULTATS

La présente section rapporte les résultats de l'étude visant à décrire la perception des ergothérapeutes quant à leur travail d'équipe avec les PAB en CHSLD et les stratégies mises en place. Dans un premier temps, il sera d'abord question de présenter l'échantillon, le taux de participation ainsi que la participation des PAB et des ergothérapeutes aux réunions d'équipe. Ensuite, la perception des ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les PAB selon diverses affirmations sera quantifiée. Finalement, les stratégies mises en place, les facteurs nuisant au travail d'équipe et les suggestions d'amélioration identifiés par les répondants seront présentés.

5.1. Répondants à l'étude

Les répondants de l'étude sont 36 ergothérapeutes travaillant en CHSLD ayant répondu au questionnaire électronique. L'échantillon est constitué uniquement de femmes, dont l'âge moyen est de 32,56 ans (SD = 5,42). L'étendue d'âge est de 25 à 48 ans. Leur expérience de travail en tant qu'ergothérapeute varie entre 1 et 24 ans (moyenne = 8,31 ans; SD = 5,56). Ils ont en moyenne 5,90 années d'expérience en CHSLD (SD = 5,47), qui varie de 6 mois à 24 ans. En ce qui concerne le nombre de centres desservi par les répondants, 50 % d'entre eux (n = 18) en desservent un, 22,22 % (n = 8) en desservent deux, 19,44 % (n = 7) en desservent trois et 8,33 % (n = 3) en desservent plus de trois. Le Tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques des répondants à l'étude.

Tableau 2.
Caractéristiques des répondants de l'étude

Caractéristiques	Moyenne (SD)	n (%)
Genre		n = 36
Femme		36 (100)
Âge	32,56 (5,42)	
Nombre d'années d'expérience en ergothérapie	8,31 (5,56)	n = 36
≤ 5 ans		12 (33,33)
]5 et 10] ans		13 (36,11)
]10 et 15] ans		6 (16,67)
]15 et 20] ans		4 (11,11)
> 20 ans		1 (2,78)

Nombre d'années d'expérience en CHSLD	5,90 (5,47)	n = 36
≤ 5 ans		20 (55,56)
]5 et 10] ans		10 (27,78)
]10 et 15] ans		4 (11,11)
]15 et 20] ans		1 (2,78)
> 20 ans		1 (2,78)
Nombre de centres desservis		n = 36
1		18 (50)
2		8 (22,22)
3		7 (19,44)
Plus de 3		3 (8,33)

5.2. Taux de participation et nombre de répondants par section

Dans le cadre de l'étude, il n'est pas possible de calculer le taux de participation, car l'échantillonnage par convenance et par réseaux ne permet pas de déterminer le nombre de personnes sollicitées. Parmi les 36 répondants, 34 d'entre eux (94,4 %) ont répondu à l'ensemble des sections, à l'exception d'un énoncé de la deuxième section. Les deux autres personnes (5,6 %) ont répondu seulement aux deux premières sections. À la deuxième section, les ergothérapeutes travaillant dans plus d'un centre étaient invités à répondre pour chacun des centres qu'il couvre. Ainsi cette section a un taux de réponse plus élevé que les autres. Plus précisément, 19 personnes ont répondu pour un centre seulement, huit personnes ont répondu pour deux centres, dont un répondant qui a répondu à seulement quatre affirmations, et neuf personnes ont répondu pour trois centres.

5.3. Participation des préposés aux bénéficiaires et des ergothérapeutes aux réunions d'équipe

Cette section présente les résultats relativement à la participation des PAB et des ergothérapeutes aux différentes réunions d'équipe qui se déroule au CHSLD. À la question « Dans votre milieu, y a-t-il des réunions d'équipe où les préposés aux bénéficiaires participent? », 72,22 % (n = 26) rapportent que les PAB ne participent qu'à une partie des rencontres, tandis que 13,89 % (n = 5) des répondants rapportent que les PAB participent à l'intégralité des rencontres. Finalement, 13,89 % (n = 5) affirment que les PAB ne participent pas aux réunions d'équipe. Les résultats sont illustrés à la Figure 1 ci-dessous.

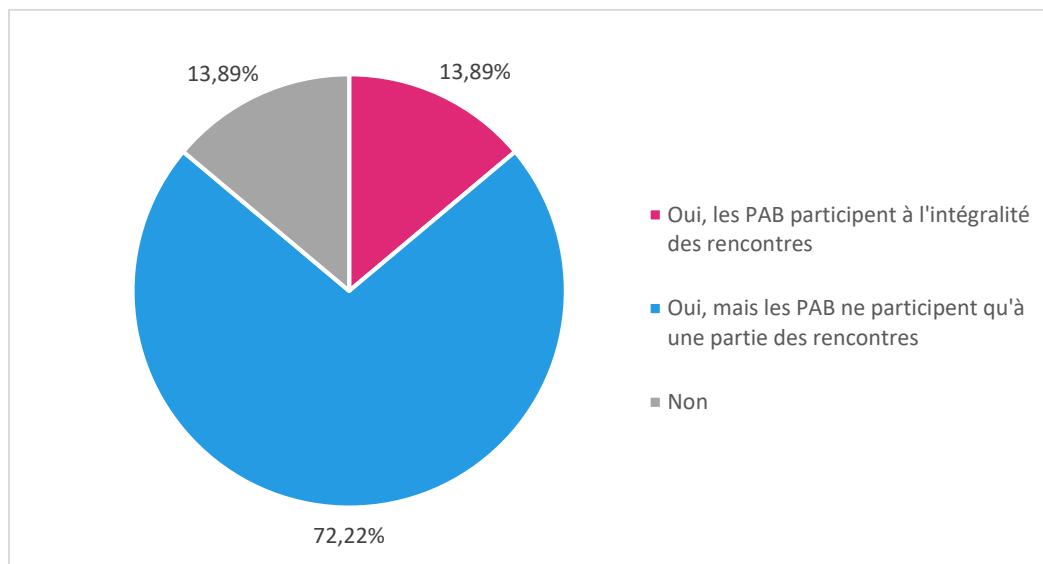


Figure 1. Représentation de la participation des PAB aux réunions d'équipe

À la question « Dans votre milieu, y a-t-il des réunions où infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires participent auxquelles vous ne participez pas? », 97,22 % (n = 35) des répondants ont répondu « Oui », tandis que 2,78 % (n = 1) ont répondu « Non ». La Figure 2 ci-dessous illustre les résultats obtenus.

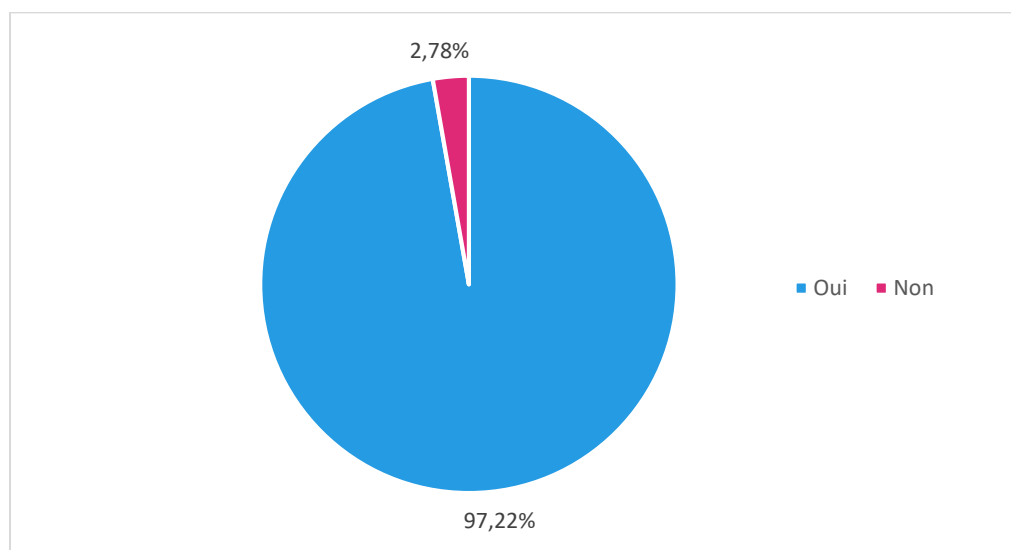


Figure 2. Représentation de la tenue de réunions d'équipe où les infirmières, infirmières auxiliaires et PAB participent auxquelles l'ergothérapeute ne participe pas

5.4. Perception d'ergothérapeutes sondés de leur travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires

Cette section présente les résultats reliés à la perception des ergothérapeutes sondés de leur travail d'équipe avec les PAB, à partir de diverses affirmations. Les résultats ont été compilés pour l'ensemble des centres. Tous les répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation que « Le travail d'équipe avec les PAB est nécessaire pour offrir des soins de qualité ». 95,08 % (n = 58) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation « Je prends en considération les opinions et les suggestions des préposés aux bénéficiaires ». 93,44 % (n = 57) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation « Je prends en considération la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires lorsque j'émetts des recommandations ». 91,80 % (n = 56) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec les deux affirmations suivantes : « Je consulte les préposés aux bénéficiaires avant d'émettre des recommandations qui les impliquent » et « J'explique aux préposés aux bénéficiaires les raisons de mes recommandations, lorsque ceux-ci sont impliqués dans leur mise en place ». 74,19 % (n = 46) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec les affirmations « Il y a du respect entre les préposés aux bénéficiaires et moi » et « Je travaille bien avec les préposés aux bénéficiaires ». 67,21 % (n = 41) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation que « Les préposés aux bénéficiaires devraient être plus inclus dans les décisions d'équipe et les rencontres interdisciplinaires ». À l'opposé, seulement 13,33 % (n = 8) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation « Les recommandations sont appliquées par les préposés aux bénéficiaires telles que je les ai émises ». 22,95 % (n = 14) des répondants sont fortement en accord ou en accord avec l'affirmation « Les préposés aux bénéficiaires ont les mêmes objectifs de soins que moi ». 34,43 % (n = 21) sont fortement en accord ou en accord avec les affirmations « Les préposés aux bénéficiaires connaissent mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe » et « L'organisation (horaire, temps, installations, etc.) me permet de travailler efficacement avec les préposés aux bénéficiaires ». Le détail des résultats reliés à la perception des ergothérapeutes sondés apparaît au Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3.
Répartition du niveau d'accord et de désaccord des répondants selon différentes affirmations

	Fortement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
	5	4	3	2	1
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Affirmation 1 Le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires est nécessaire pour offrir des soins de qualité (n = 62)*	95,16	4,84	0,00	0,00	0,00
Affirmation 2 Je travaille bien avec les préposés aux bénéficiaires (n = 62)	14,52	59,68	17,74	8,06	0,00
Affirmation 3 Il y a du respect entre les préposés aux bénéficiaires et moi (n = 62)	17,74	56,45	22,58	3,23	0,00
Affirmation 4 Les préposés aux bénéficiaires sont disponibles à travailler avec moi (n = 62)	11,29	27,42	41,94	19,35	0,00
Affirmation 5 Les préposés aux bénéficiaires connaissent mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe (n = 61)	3,28	31,15	39,34	22,95	3,28
Affirmation 6 Les préposés aux bénéficiaires ont les mêmes objectifs de soins que moi (n = 61)	4,92	18,03	49,18	26,23	1,64
Affirmation 7 J'ai confiance en les préposés aux bénéficiaires (n = 61)	9,84	45,90	24,59	18,03	1,64
Affirmation 8 Je connais bien les préposés aux bénéficiaires (PAB) avec qui je travaille (PAB de profession, future infirmière ou future professionnelle de la santé) (n = 61)	4,92	31,15	31,15	26,23	6,56
Affirmation 9 Le fait que les préposés aux bénéficiaires ne participent pas en totalité aux rencontres interdisciplinaires nuit au travail d'équipe avec eux (n = 61)	19,67	26,23	27,87	18,03	8,20
Affirmation 10 Les préposés aux bénéficiaires devraient être plus inclus dans les décisions d'équipe et les rencontres interdisciplinaires (n = 61)	39,34	27,87	31,15	1,64	0,00
Affirmation 11 Je consulte les préposés aux bénéficiaires avant d'émettre des recommandations qui les impliquent (n = 61)	22,95	68,85	8,20	0,00	0,00

Affirmation 12 Je prends en considération la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires lorsque j'émet des recommandations (n = 61)	22,95	70,49	6,56	0,00	0,00
Affirmation 13 J'explique aux préposés aux bénéficiaires les raisons de mes recommandations, lorsque ceux-ci sont impliqués dans leur mise en place (n = 61)	24,59	67,21	8,20	0,00	0,00
Affirmation 14 Les recommandations sont appliquées par les préposés aux bénéficiaires telles que je les ai émises (n = 60)	0,00	13,33	51,67	31,67	3,33
Affirmation 15 Je comprends bien la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires (n = 61)	8,20	50,82	36,07	4,92	0,00
Affirmation 16 Je prends en considération les opinions et les suggestions des préposés aux bénéficiaires (n = 61)	27,87	67,21	4,92	0,00	0,00
Affirmation 17 Des stratégies de communication efficaces sont utilisées avec les préposés aux bénéficiaires (n = 61)	9,84	31,15	29,51	26,23	3,28
Affirmation 18 L'organisation (horaire, temps, installations, etc.) me permet de travailler efficacement avec les préposés aux bénéficiaires (n = 61)	4,92	29,51	27,87	32,79	4,92

*Opinion compilée pour les répondants travaillant dans un ou plusieurs centres

La Figure 3 ci-dessous expose la perception des répondants de leur travail d'équipe en fonction de diverses affirmations, et ce, en ordre d'importance du niveau d'accord.

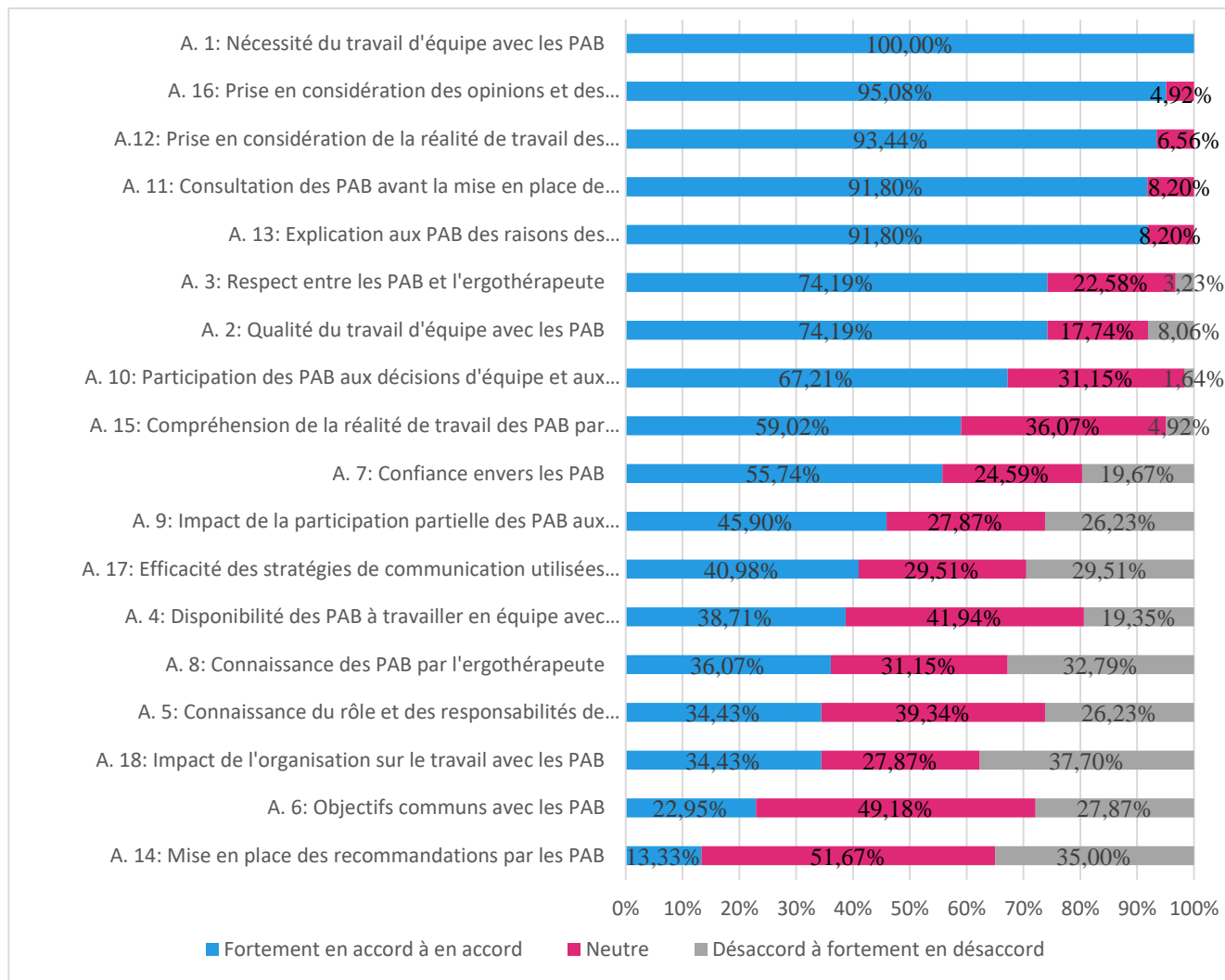


Figure 3. Présentation du niveau d'accord et de désaccord de chaque affirmation en ordre décroissant

5.5. Stratégies efficaces mises en place par les répondants

Cette section présente les différentes stratégies mises en place pour travailler efficacement en équipe avec les PAB qu'ont rapportées les répondants. À la question « Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour travailler efficacement en équipe avec les préposés aux bénéficiaires? », l'analyse de contenu a permis de dégager 125 énoncés, comme les répondants pouvaient nommer plus d'une stratégie. Ces énoncés se rapportent à six types de stratégie, soit utiliser des stratégies de communication, coopérer avec les PAB dans le processus ergothérapeutique, faire de l'enseignement aux PAB, entretenir de bonnes relations de travail avec les PAB, planifier le travail d'équipe avec les PAB et participer à des rencontres d'équipe avec les PAB.

27,2 % (n = 34) des énoncés sont des stratégies de communication employées par les répondants. Certaines stratégies correspondent à une communication directe entre l'ergothérapeute et les PAB, tel que le rapporte ce répondant : « *Éviter de transmettre mes recommandations seulement aux infirmières, mais les transmettre aux [PAB] également directement afin d'obtenir leur perception du réalisme de la recommandation dans le contexte* » (Énoncé 68). À l'opposé, certains répondants rapportent qu'ils utilisent davantage une communication indirecte, qui s'illustre par cet énoncé : « *Les recommandations sont toujours transmises à l'infirmière pour assurer le suivi avec les équipes non régulières* » (E. 76). Également, des outils concrets de communication, tels qu'un cahier ou un tableau de communication, sont utilisés pour faciliter la communication. Cet énoncé illustre un exemple : « *[Utilisation d'un] cahier de communication pour transmettre les recommandations ou [les] demandes aux PAB* » (E. 22).

25,6 % (n = 32) des énoncés se rapportent au fait que les ergothérapeutes coopèrent avec les PAB dans le processus ergothérapique. Les répondants les impliquent pour obtenir des informations, faire des mises en situation et assurer le suivi. Cet énoncé en témoigne : « *Je les consulte, questionne et [nous] trouvons des solutions ensemble, tout en conservant mon opinion professionnelle* » (E. 12). Un autre répondant rapporte : « *Lors d'évaluations les impliquant, je les fais participer pour voir comment l'intervention est réalisée réellement et avec quelles contraintes ils doivent composer* » (E. 46).

16 % (n = 20) des énoncés font référence à l'enseignement que font les ergothérapeutes aux PAB. Ces stratégies se rapportent aux explications émises par les ergothérapeutes pour favoriser la compréhension des interventions ergothérapiques par les PAB. Certains répondants font preuve d'enseignement en expliquant directement aux PAB, tel qu'en témoigne cet énoncé : « *Expliquer les avantages de l'application de la recommandation sur la charge de travail (ex. moins de temps investi pour gérer les comportements perturbateurs si la personne s'engage dans une activité, donc fournir des activités à la personne, lui permettre de circuler, [etc.])* » (E. 67). Un autre répondant indique : « *[Expliquer] clairement mes interventions et l'analyse sous-jacente pour favoriser leur compréhension et leur engagement dans la recommandation formulée* » (E. 65). D'autres répondants transmettent des informations aux PAB à l'aide de documents ou de capsules, tel que l'illustre cet énoncé : « *Rencontres mensuelles brèves d'enseignement de type*

«capsules d'informations» en lien avec différents sujets [pour] favoriser la compréhension des [PAB] par rapport aux interventions ainsi que le lien entre les professionnels et les [PAB] » (E. 72).

14,4 % (n = 18) des énoncés se rapportent à des actions faites dans le but d'entretenir de bonnes relations avec les collègues PAB. Les répondants indiquent qu'avoir une approche amicale et égalitaire facilite le travail d'équipe comme l'illustre cet énoncé : « *Passer beaucoup de temps au poste des soins infirmiers (plutôt que dans mon bureau) pour éviter la position "d'expert", mais plutôt de favoriser le sentiment du travail d'équipe égalitaire* » (E. 70). Il s'agit également de connaître l'équipe, de faire preuve d'écoute et de compréhension ainsi que de favoriser les bonnes relations de travail, qui s'illustre par ces deux énoncés : « *Implication lors des activités sociales organisées par les employés* » (E. 30) et « *Aider les [PAB], se porter volontaire s'ils ont besoin (ex. être la [deuxième] personne pour un transfert [au lève-personne], amener un résident à la toilette, répondre aux besoins d'un résident agité, répondre aux alarmes de moniteurs de chutes) pour qu'ils sentent notre collaboration* » (E. 31).

9,6 % (n = 12) des énoncés font référence à la planification du travail d'équipe avec les PAB. D'une part, certains répondants planifient en fonction des PAB et de leur horaire, tel que cet énoncé en témoigne : « *Prendre "rendez-vous" avec le PAB pour discuter d'un résident (m'assurer que je tombe au bon moment) et demander le meilleur temps pour se rencontrer selon leur horaire pour faire des mises en situation avec le résident* » (E. 26). D'une autre part, d'autres ergothérapeutes planifient puis en informent les PAB, tel que ce répondant le rapporte : « *Lorsque je dois voir un résident à un moment précis, je l'indique à l'horaire dans l'agenda de l'unité la veille pour que le préposé puisse s'ajuster* » (E. 75).

7,2 % (n = 9) des énoncés font référence au fait que les ergothérapeutes participent à des rencontres avec les PAB. Ces rencontres, qui comprennent les ergothérapeutes et les PAB, peuvent être planifiées, tel que ce répondant le rapporte : « *Une rencontre par semaine entre l'équipe de réadaptation et les PAB afin de faire des suivis et faire des mises à jour sur la situation des résidents, ce qui permet aussi de créer un lien de confiance avec eux* » (E. 1). Elles peuvent également correspondre aux rencontres de l'équipe de soins, auxquelles se joint l'ergothérapeute,

comme le témoigne cet énoncé : « *Si besoin, je demande à l'infirmière de l'unité si je peux participer à leur rencontre d'équipe, surtout lorsque les recommandations sont plus pointues* » (E. 48). Les résultats obtenus sont également rapportés dans le Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4.
Stratégies mises en place par les répondants et leur fréquence d'apparition
(n total d'énoncés = 125)

Stratégies efficaces mises en place	n (%)	Énoncés fournis par les répondants illustrant les stratégies
Utiliser des stratégies de communication	34 (27,2)	<p>« Éviter de transmettre mes recommandations seulement aux infirmières, mais les transmettre aux [PAB] également directement afin d'obtenir leur perception du réalisme de la recommandation dans le contexte » (E. 68)</p> <p>« Les recommandations sont toujours transmises à l'infirmière pour assurer le suivi avec les équipes non régulières » (E. 76)</p> <p>« [Utilisation d'un] cahier de communication pour transmettre les recommandations ou [les] demandes aux PAB » (E. 22)</p>
Coopérer avec les PAB dans le processus ergothérapeutique	32 (25,6)	<p>« Je les consulte, questionne et [nous] trouvons des solutions ensemble, tout en conservant mon opinion professionnelle » (E. 12)</p> <p>« Lors d'évaluations les impliquant, je les fais participer pour voir comment l'intervention est réalisée réellement et avec quelles contraintes ils doivent composer » (E. 46)</p>
Faire de l'enseignement aux PAB	20 (16)	<p>« Expliquer les avantages de l'application de la recommandation sur la charge de travail (ex. moins de temps investi pour gérer les comportements perturbateurs si la personne s'engage dans une activité, donc fournir des activités à la personne, lui permettre de circuler, [etc.]) » (E. 67)</p> <p>« [Expliquer] clairement mes interventions et l'analyse sous-jacente pour favoriser leur compréhension et leur engagement dans la recommandation formulée » (E. 65)</p> <p>« Rencontres mensuelles brèves d'enseignement de type "capsules d'informations" en lien avec différents sujets [pour] favoriser la compréhension des [PAB] par rapport aux interventions ainsi que le lien entre les professionnels et les [PAB] » (E. 72)</p>
Entretenir de bonnes relations de travail avec les PAB	18 (14,4)	<p>« Passer beaucoup de temps au poste des soins infirmiers (plutôt que dans mon bureau) pour éviter la position "d'expert", mais plutôt de favoriser le sentiment du travail d'équipe égalitaire » (E. 70)</p> <p>« Implication lors des activités sociales organisées par les employés » (E. 30)</p> <p>« Aider les [PAB], se porter volontaire s'ils ont besoin (ex. être la deuxième personne pour un transfert par [le lève-personne], amener un résident à la toilette, répondre aux besoins d'un résident agité, répondre aux alarmes de moniteurs de chutes) pour qu'ils sentent notre collaboration » (E. 31)</p>
Planifier le travail d'équipe avec les PAB	12 (9,6)	<p>« Prendre "rendez-vous" avec le PAB pour discuter d'un résident (m'assurer que je tombe au bon moment) et demander le meilleur temps pour se rencontrer selon leur horaire pour faire des mises en situation avec le résident » (E. 26)</p>

		« Lorsque je dois voir un résident à un moment précis, je l'indique à l'horaire dans l'agenda de l'unité la veille pour que le préposé puisse s'ajuster » (E. 75)
Participer à des rencontres d'équipe avec les PAB	9 (7,2)	« Une rencontre par semaine entre l'équipe de réadaptation et les PAB afin de faire des suivis et faire des mises à jour sur la situation des résidents, ce qui permet aussi de créer un lien de confiance avec eux » (E. 1) « Si besoin, je demande à l'infirmière de l'unité si je peux participer à leur rencontre d'équipe, surtout lorsque les recommandations sont plus pointues » (E. 48)

5.6. Facteurs nuisant au travail d'équipe identifiés par les répondants

Cette section présente les facteurs nuisant au travail d'équipe avec les PAB qui ont été identifiés par les répondants. À la question « Quels sont les éléments qui nuisent au travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires? », l'analyse de contenu a permis de dégager 141 énoncés, comme les répondants pouvaient fournir plus d'une réponse. Ces énoncés se rapportent à trois catégories, soit des facteurs organisationnels, des facteurs institutionnels et des facteurs individuels. Ceux-ci ont été déployés en sous-catégories, étant donné le nombre important d'énoncés. Les regroupements ont été produits de façon inductive. Les facteurs organisationnels se rapportent à l'organisation des soins de santé et comprennent les éléments suivants : grande charge de travail, manque et roulement de personnel, organisation du travail de l'ergothérapeute, manque de connaissances des PAB, manque d'équipement, variabilité des horaires, modèle de hiérarchie au sein d'un CHSLD et PAB qui n'ont pas de compte à rendre. Les facteurs institutionnels appartiennent à l'organisation des soins dans l'établissement dans lequel les intervenants de la santé travaillent et comprennent le manque de communication, les enjeux liés à la dynamique dans les relations de travail et les PAB qui ne participent pas aux rencontres d'équipe. Les facteurs individuels, quant à eux, sont propres à la personne et comprennent les éléments suivants : réticence aux changements de certains PAB, attitudes défavorables, méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute, PAB qui n'interpellent pas l'ergothérapeute au bon moment et prennent des décisions par eux-mêmes, difficultés hiérarchiques, variabilité de l'application des recommandations et quelques PAB qui ne savent pas lire.

48,94 % (n = 69) des énoncés sont des facteurs organisationnels. Les répondants ont rapporté que la grande charge de travail à laquelle font face les PAB et les ergothérapeutes nuit au travail d'équipe, tel que le mentionne ce répondant : « *Contrainte de temps/charge de travail*

faisant en sorte que les [PAB] font certaines tâches à la place des résidents, ce qui nuit au respect des recommandations » (E. 34). Cette surcharge de travail correspond à 28,99 % (n = 20) des facteurs organisationnels rapportés. Le manque et le roulement de personnel sont également deux éléments qui ont été relevés par les répondants, qui correspondent respectivement à 24,64 % (n = 17) et 15,94 % (n = 11) de ces facteurs. Cet exemple illustre l'impact du manque de personnel sur le travail d'équipe : « *Le manque de personnel, [car] je sens que les préposés veulent bien faire leur travail et participer au bien-être des résidents, mais quand ils ont à peine le temps de donner les soins de base, il est difficile pour eux de prendre le temps de discuter, de chercher des solutions [et] de faire des tâches en plus (programme de marche, etc.)* » (E. 77). L'organisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD a également été rapportée comme nuisible au travail d'équipe, de par le fait que ces professionnels travaillent principalement de jour et que plusieurs couvrent plus d'un centre, donc qu'ils sont à temps partiel dans chacun. Il a été mentionné que cela rend difficile la communication avec les PAB de soir et de nuit, ne permet pas à l'ergothérapeute de bien connaître les équipes et les réalités ainsi que d'assister aux rencontres de chaque centre. Un répondant rapporte : « *Le nombre [d'établissements] que je couvre ne me permet pas de bien connaître les équipes et les réalités des différents milieux. [...] Je ne peux pas être impliquée dans tous les dossiers. Je ne suis pas présente à toutes les réunions* » (E. 104). De plus, le fait que l'ergothérapeute n'est pas remplacé lors des congés, causant un bris de service, a été mentionné : « *Lorsqu'une ergothérapeute ne peut occuper son poste [...], [elle n'est] pas remplacée. Il y a donc bris de services et les équipes se débrouillent comme elles peuvent. Le message envoyé par le CISSS est que les ergothérapeutes ne sont pas essentielles* » (E. 106). Cela correspond à 15,94 % (n = 11) des facteurs organisationnels. Le manque de connaissances des PAB, que certains répondants identifient en raison d'un manque de formation et du fait qu'ils n'ont pas accès aux dossiers des résidents, a également été rapporté par les répondants. Cet énoncé témoigne de l'impact sur le travail d'équipe : « *Le fait qu'ils ne sont pas aux réunions et ne peuvent pas lire nos notes au dossier, donc ils ne comprennent pas l'ensemble de notre réflexion* » (E. 139). Cela correspond à 8,67 % (n = 6) des facteurs organisationnels rapportés. Le manque d'équipement, la variabilité des horaires, le modèle de hiérarchie au sein d'un CHSLD et le fait que les PAB n'ont pas de compte à rendre à personne en regard de la qualité de leur pratique (contrairement aux professionnels qui relèvent d'un ordre professionnel) sont également des éléments identifiés, à une reprise, par les répondants qui nuisent au travail d'équipe.

30,50 % (n = 43) des énoncés se rapportent à des facteurs individuels. Les répondants ont relevé que la réticence aux changements de la part de certains PAB nuit au travail d'équipe, tel qu'en témoigne cet énoncé : « *Réticence aux changements de la part de certaines PAB (ne pas vouloir intégrer certaines pratiques, car cela n'a jamais été fait) [combinée] au manque de temps de ma part pour travailler à changer ces mentalités [...]* » (E. 28). Cela correspond à 20,93 % (n = 9) des facteurs individuels rapportés. De plus, les répondants ont rapporté des attitudes défavorables, autant de la part des ergothérapeutes que des PAB, qui représente 20,93 % (n = 9). Cet énoncé en est un exemple : « *[...] Parfois je ne recommande pas certaines choses qui me paraîtraient plus adéquates, car je prends pour acquis que ce ne [sera] pas fait ou appliqué correctement en me fiant sur des situations semblables [...]* » (E. 56). Une méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute a également été soulevée comme nuisible pour le travail d'équipe, tel que le démontre cet énoncé : « *Leur méconnaissance de notre rôle et des objectifs de notre travail* » (E. 89). Cet élément représente 18,60 % (n = 8) des facteurs individuels. Les répondants ont rapporté qu'un autre élément est la perception des PAB des impacts négatifs sur leur travail, comme le démontre cet énoncé : « *[Les PAB] perçoivent nos recommandations comme un travail de plus* » (E. 136), qui correspond à 13,95 % (n = 6) des facteurs individuels. Le fait que les PAB ne communiquent pas ou pas au bon moment avec les ergothérapeutes et qu'ils prennent des décisions par eux-mêmes a également été rapporté, tel que cet énoncé l'illustre : « *Manque d'initiative ou manque de nous interpeller quand le problème débute et non quand c'est rendu plus grave (ex. plaie)* » (E. 28). Cela représente 9,30 % (n = 4) des facteurs individuels rapportés par les répondants. Les répondants indiquent que des difficultés hiérarchiques nuisent à leur travail d'équipe avec les PAB et représentent 11,63 % (n = 5) des facteurs individuels rapportés. Ces deux énoncés en témoignent : « *Fausse perception qu'on veut "être leur boss"* » (E. 26) et « *Ils ne se voient pas comme faisant partie de l'équipe. Pour eux, nous sommes deux équipes, soit PAB d'un côté ayant une infirmière comme chef et professionnels, gestionnaires, [assistante infirmière-chef], [infirmières] de l'autre* » (E. 141). Finalement, la « *variabilité de l'application des recommandations selon l'équipe en place [et] le quart de travail [...]* » (E. 8) et le fait que « *quelques PAB ne savent pas lire* » (E. 121) sont des éléments soulevés à une reprise.

19,86 % (n = 28) des énoncés font référence à des facteurs institutionnels. Le manque de communication a été relevé comme un élément qui nuit au travail d'équipe et représente 50 %

(n = 14) des facteurs institutionnels nommés. Il a été rapporté qu'il y a peu de communication directe entre les ergothérapeutes et les PAB de tous les quarts de travail, où la plupart des communications passent par les plans de travail, les infirmières ou la technicienne en réadaptation physique. Cet énoncé en témoigne : « *Peu de communication directe, [les] informations [sont] relayées par un tiers parti, sans nécessairement expliquer le pourquoi* » (E. 7). Plusieurs répondants ont indiqué que les plans de travail sont peu consultés par les PAB et qu'il est difficile de transmettre les informations aux PAB de tous les quarts de travail, tel que l'illustre cet énoncé : « *Manque de communication entre les [quarts de travail] ou manque de prise de temps des [PAB] pour voir les changements/recommandations* » (E. 23). Les répondants ont également rapporté des enjeux reliés à la dynamique dans les relations de travail peut nuire au travail d'équipe et ils représentent 32,14 % (n = 9) des facteurs institutionnels. Il s'agit de la présence de leaders négatifs dans l'équipe, du manque d'implication de l'infirmière ou d'un manque d'implication de la part de la direction. Un répondant indique : « *La direction ne guide pas, ne forme pas les PAB [et] ne fait pas de suivis des PAB connus de [ne] pas effectuer les recommandations* » (E. 119) et « *Les [recommandations] ne sont pas [mises] dans le plan de travail par les [infirmières]* » (E. 120). Le fait que les PAB ne participent pas aux rencontres d'équipe a également été identifié comme un élément qui nuit au travail d'équipe et correspond à 17,86 % (n = 5) des facteurs institutionnels. Les résultats obtenus sont également rapportés dans le Tableau 5.

Tableau 5.
Facteurs nuisant au travail d'équipe selon les répondants et leur fréquence d'apparition
(n total d'énoncés = 141)

Facteurs nuisant au travail d'équipe	n (%)	Énoncés fournis par les répondants illustrant les facteurs
Facteurs organisationnels	69 (48,94)	<p>« <i>Contrainte de temps/charge de travail faisant en sorte que les [PAB] font certaines tâches à la place des résidents, ce qui nuit au respect des recommandations</i> » (E. 34)</p> <p>« <i>Le manque de personnel, [car] je sens que les préposés veulent bien faire leur travail et participer au bien-être des résidents, mais quand ils ont à peine le temps de donner les soins de base, il est difficile pour eux de prendre le temps de discuter, de chercher des solutions [et] de faire des tâches en plus (programme de marche, etc.)</i> » (E. 77)</p> <p>« <i>Le nombre [d'établissements] que je couvre ne me permet pas de bien connaître les équipes et les réalités des différents milieux. [...] Je ne peux pas être impliquée dans tous les dossiers. Je ne suis pas présente à toutes les réunions</i> » (E. 104).</p>

		<p>« Lorsqu'une ergothérapeute ne peut occuper son poste [...], [elle n'est] pas remplacée. Il y a donc bris de services et les équipes se débrouillent comme elles peuvent. Le message envoyé par le CISSS est que les ergothérapeutes ne sont pas essentielles » (E. 106).</p> <p>« Le fait qu'ils ne sont pas aux réunions et ne peuvent pas lire nos notes au dossier, donc ils ne comprennent pas l'ensemble de notre réflexion » (E. 139)</p> <p>« Réticence aux changements de la part de certaines PAB (ne pas vouloir intégrer certaines pratiques, car cela n'a jamais été fait) [combinée] au manque de temps de ma part pour travailler à changer ces mentalités [...] » (E. 28)</p> <p>« [...] Parfois je ne recommande pas certaines choses qui me paraîtraient plus adéquates, car je prends pour acquis que ce ne [sera] pas fait ou appliqué correctement en me fiant sur des situations semblables [...] » (E. 56)</p> <p>« Leur méconnaissance de notre rôle et des objectifs de notre travail » (E. 89)</p> <p>« [Les PAB] perçoivent nos recommandations comme un travail de plus » (E. 136)</p> <p>« Manque d'initiative ou manque de nous interpeller quand le problème débute et non quand c'est rendu plus grave (ex. plaie) » (E. 28)</p> <p>« Fausse perception qu'on veut "être leur boss" » (E. 26)</p> <p>« Ils ne se voient pas comme faisant partie de l'équipe. Pour eux, nous sommes deux équipes, soit PAB d'un côté ayant une infirmière comme chef et professionnels, gestionnaire, [assistante infirmière-chef], [infirmière] de l'autre » (E. 141)</p> <p>« Variabilité de l'application des recommandations selon l'équipe en place [et] le quart de travail [...] » (E. 8)</p> <p>« Quelques PAB ne savent pas lire » (E. 121)</p>
Facteurs individuels	43 (30,50)	
Facteurs institutionnels	28 (19,86)	<p>« Peu de communication directe, [les] informations [sont] relayées par un tiers parti, sans nécessairement expliquer le pourquoi » (E. 7)</p> <p>« Manque de communication entre les [quarts de travail] ou manque de prise de temps des [PAB] pour voir les changements/recommandations » (E. 23)</p> <p>« La direction ne guide pas, ne forme pas les PAB [et] ne fait pas de suivis des PAB connus de [ne] pas effectuer les recommandations » (E. 119)</p> <p>« Les [recommandations] ne sont pas [mises] dans le plan de travail par les [infirmières] » (E. 120)</p>

5.7. Suggestions d'amélioration proposées par les répondants

Cette section présente les suggestions d'amélioration des ergothérapeutes sondés pour améliorer le travail d'équipe avec les PAB. À la question « Si c'était seulement de vous, comment pourriez-vous améliorer le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires? », l'analyse de contenu a permis de dégager 100 énoncés, étant donné que les répondants pouvaient fournir plus d'une suggestion. L'analyse de contenu de ces énoncés fait valoir cinq thèmes, soit une réorganisation du travail des PAB, une réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD,

le développement de stratégies de communication efficaces, une stabilisation du personnel et la promotion de la profession d'ergothérapie.

54 % (n = 54) des énoncés se rapportent au fait que les répondants proposent qu'une réorganisation du travail des PAB soit effectuée. Pour faciliter leur travail avec les PAB, les ergothérapeutes sondés proposent l'ajout de PAB et la diminution de leur charge de travail, tel que cet énoncé le démontre : « *Augmenter [le] nombre [de PAB] pour qu'ils aient le temps de faire partie intégrante des plans d'intervention et de rendre les milieux de vie dynamiques (loisirs, temps d'écoute, anniversaires, accompagnement pour [les] activités)* » (E. 61). Les répondants proposent aussi d'impliquer les PAB dans les rencontres d'équipe et dans les décisions. Les PAB seraient impliqués dans les rencontres d'admission et annuelles ainsi que dans la recherche de solutions et la prise de décisions. Cet énoncé en témoigne : « *Participation des PAB aux comités [interdisciplinaires] [...], [ce] qui leur permet de transmettre leur point de vue et leur fait réaliser leur importance dans les prises de décisions* » (E. 34). Un répondant mentionne que des changements relativement à l'organisation devraient s'opérer afin de leur permettre de participer aux rencontres, tel que cet énoncé le démontre : « *Il serait pertinent d'avoir une structure permettant aux PAB [de se] libérer pour les [rencontres de plan d'intervention] sans nécessairement que leur département soit "à découvert" durant ce temps* » (E. 53). Également, le travail des PAB devrait être davantage valorisé, comme l'illustre cet énoncé : « *Accorder davantage de crédit à la profession de PAB dans le milieu de la santé* » (E. 19). Sur le plan de la formation, les répondants ont mentionné l'ajout de formations supplémentaires, continues et plus spécifiques à la clientèle, tel que l'illustre cet énoncé : « *Avoir des rappels PDSB aux [deux] ans obligatoires et faire la formation au centre* » (E. 43). D'autres changements ont été indiqués par les répondants, soit « *éliminer [les heures supplémentaires obligatoires]* » (E. 5), « *[organiser avec] des horaires de 12 h* » (E. 6), « *offrir plus de primes* » (E. 7) et « *leur donner les jours de congés ou de vacances* » (E. 8).

16 % (n = 16) des énoncés correspondent à une réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD. Les répondants rapportent que réduire le nombre de CHSLD couverts par l'ergothérapeute et augmenter les ressources autant humaines que matérielles, permettraient d'améliorer le travail d'équipe avec les PAB. Cet énoncé en témoigne : « *Réduction du nombre de*

CHSLD couverts par l'ergothérapeute afin de lui permettre d'être présente au minimum [deux] jours/semaine par CHSLD » (E. 76). Un répondant rapporte l'impact que cela aurait sur le travail d'équipe : « *Il arrive que je puisse me tromper et que mes recommandations leur nuisent ou ne soient pas réalistes, en étant présente quotidiennement il serait plus facile de se réajuster rapidement pour ne pas créer de rancœur avec le personnel de soins. Je confirme d'ailleurs cette théorie, puisque je suis désormais confinée dans un seul centre et je vois ces améliorations. Les PAB me reconnaissent et me font beaucoup plus de demandes depuis le confinement, je les reconnais et la communication est plus naturelle et facile* » (E. 40). Il a également été suggéré d'augmenter la formation continue des ergothérapeutes, ce qui faciliterait l'enseignement aux PAB, tel que cet énoncé l'illustre : « *Faciliter l'accès aux formations professionnelles gratuitement afin de demeurer à jour au niveau des données probantes et ainsi mieux former les [PAB]* » (E. 17). De plus, un répondant indique de réduire la charge de la tenue de dossiers : « *Alléger la charge des notes en ergothérapie pour consacrer davantage de temps sur le terrain (les unités de soins) avec les résidents et l'équipe de soins* » (E. 14).

15 % (n = 15) des énoncés correspondent à développer des stratégies de communication efficaces. Les répondants indiquent que favoriser la communication directe avec les PAB faciliterait le travail d'équipe avec eux, comme l'illustre cet énoncé : « *Autoriser les PAB de communiquer directement avec des professionnels. [...] Au CHSLD, les infirmières sont des [intervenants] pivots, donc [les] PAB communiquent avec [les] infirmières en premier* » (E. 86). Également, il serait pertinent de développer des outils de communication qui seraient consultés et utilisés par les PAB de chaque quart de travail, où les nouvelles informations sont facilement repérables, tel que ce répondant le rapporte : « *Établir un système de communication efficace entre les quarts de travail (jour/soir/nuit) afin de favoriser une homogénéité des interventions recommandées* » (E. 15). Leur utilisation serait intégrée à leur horaire de travail, tel que l'indique ce répondant : « *[...] Intégrer un moment dans l'horaire des PAB pour les inciter à lire leur plan de travail à l'instar des infirmières et [infirmières auxiliaires] qui ont 15 minutes au début de leur quart [de travail] pour le lire et voir les changements* » (E. 41).

9 % (n = 9) des énoncés font référence à la stabilisation du personnel de soins. Le fait que les PAB soient toujours assignés au même étage et le retrait des équipes volantes sont des éléments

rapportés par les répondants. Un répondant indique : « Favoriser la dotation de postes stables pour les [PAB] en vue d'éviter le roulement de personnel et de favoriser la collaboration » (E. 54).

6 % (n = 6) des énoncés se rapportent à des actions pour promouvoir l'ergothérapie. Les répondants ont mentionné que promouvoir la profession d'ergothérapie aux PAB par les ergothérapeutes et par les gestionnaires des CHSLD permettrait d'améliorer le travail d'équipe. Cet énoncé illustre un exemple : « Promotion de l'ergothérapie ou capsules informatives pour leur expliquer le rôle de [l'ergothérapeute] et le champ d'expertise » (E. 92). Les résultats obtenus sont également rapportés dans le Tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6.
Suggestions d'amélioration des répondants et leur fréquence d'apparition
(n total d'énoncés = 100)

Suggestions d'amélioration	n (%)	Énoncés fournis par les répondants illustrant les suggestions d'amélioration
Réorganisation du travail des PAB	54 (54)	<p>« Augmenter [le] nombre [de PAB] pour qu'ils aient le temps de faire partie intégrante des plans d'intervention et de rendre les milieux de vie dynamiques (loisirs, temps d'écoute, anniversaires, accompagnement pour [les] activités) » (E. 61)</p> <p>« Participation des PAB aux comités [interdisciplinaires] [...], [ce] qui leur permet de transmettre leur point de vue et leur fait réaliser leur importance dans les prises de décisions » (E. 34)</p> <p>« Il serait pertinent d'avoir une structure permettant aux PAB [de se] libérer pour les [rencontres de plan d'intervention] sans nécessairement que leur département soit "à découvert" durant ce temps » (E. 53)</p> <p>« Accorder davantage de crédit à la profession de PAB dans le milieu de la santé » (E. 19)</p> <p>« Avoir des rappels PDSB aux [deux] ans obligatoires et faire la formation au centre » (E. 43)</p> <p>« Éliminer [les heures supplémentaires obligatoires] » (E. 5)</p> <p>« [Organiser avec] des horaires de 12 h » (E. 6)</p> <p>« Offrir plus de primes » (E. 7)</p> <p>« Donner [aux PAB] les jours de congés ou de vacances » (E. 8)</p>
Réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD	16 (16)	<p>« Réduction du nombre de CHSLD couverts par l'ergothérapeute afin de lui permettre d'être présente au minimum [deux] jours/semaine par CHSLD » (E. 76)</p> <p>« Il arrive que je puisse me tromper et que mes recommandations leur nuisent ou ne soient pas réalistes, en étant présente quotidiennement il serait plus facile de se réajuster rapidement pour ne pas créer de rancœur avec le personnel de soins. Je confirme d'ailleurs cette théorie, puisque je suis désormais confinée dans un seul centre et je vois ces améliorations. Les PAB me reconnaissent et me font beaucoup plus de demandes</p>

depuis le confinement, je les reconnais et la communication est plus naturelle et facile » (E. 40)

« Faciliter l'accès aux formations professionnelles gratuitement afin de demeurer à jour au niveau des données probantes et ainsi mieux former les [PAB] » (E. 17)

« Alléger la charge des notes en ergothérapie pour consacrer davantage de temps sur le terrain (les unités de soins) avec les résidents et l'équipe de soins » (E. 14)

Développement de stratégies de communication efficaces	15 (15)	<p><i>« Autoriser les PAB de communiquer directement avec des professionnels. [...] Au CHSLD, les infirmières sont des [intervenants] pivots, donc [les] PAB communiquent avec [les] infirmières en premier » (E. 86)</i></p> <p><i>« Établir un système de communication efficace entre les quarts de travail (jour/soir/nuit) afin de favoriser une homogénéité des interventions recommandées » (E. 15)</i></p> <p><i>« [...] Intégrer un moment dans l'horaire des PAB pour les inciter à lire leur plan de travail à l'instar des infirmières et [infirmières auxiliaires] qui ont 15 minutes au début de leur quart [de travail] pour le lire et voir les changements » (E. 41)</i></p>
Stabilisation du personnel	9 (9)	<p><i>« Favoriser la dotation de postes stables pour les [PAB] en vue d'éviter le roulement de personnel et de favoriser la collaboration » (E. 54)</i></p>
Promotion de l'ergothérapie	6 (6)	<p><i>« Promotion de l'ergothérapie ou capsules informatives pour leur expliquer le rôle de [l'ergothérapeute] et le champ d'expertise » (E. 92)</i></p>

6. DISCUSSION

Cette section présente la discussion des résultats obtenus dans le cadre de l'étude. Il s'agit de résultats inédits, car peu d'études empiriques recensées abordent la collaboration en CHSLD et avec les PAB. Ainsi, cette étude vient documenter le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB. La discussion aborde la perception d'ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les PAB, les stratégies mises en place, les facteurs nuisant au travail d'équipe et les suggestions d'amélioration identifiées par les ergothérapeutes. Également, les forces et limites de l'étude seront présentées.

6.1. Participation des préposés aux bénéficiaires aux réunions d'équipe

Les résultats de cette étude font valoir qu'en majorité les PAB ne participent qu'à une partie des rencontres d'équipe en CHSLD. De surcroît, près de la moitié des ergothérapeutes sondés affirment que le fait que les PAB ne participent pas à l'intégralité des rencontres d'équipe nuit au travail d'équipe avec eux et plus de la moitié affirment qu'ils devraient être inclus davantage dans les décisions d'équipe et dans les rencontres interdisciplinaires.

Ces résultats se rapprochent des résultats d'Atwal et ses collaborateurs (2005) et de Falk et ses collaborateurs (2017) qui ont dégagé que les PAB ne sont que rarement impliqués dans les rencontres formelles d'équipe. Ils viennent également rejoindre ceux de l'étude de Jones et Jones (2011) qui ont fait valoir l'importance des rencontres d'équipe accordée par les professionnels de la santé, qui avaient étudié le travail des équipes en centre de réadaptation pour personnes âgées. Les résultats de la présente étude font valoir que l'organisation du travail limite la participation des PAB aux réunions, notamment par le fait que cela n'est pas mis à leur horaire.

Les résultats de la présente étude mettent en exergue que les directives des documents ministériels (MSSS, 2018a, 2020) prônant le travail d'équipe ne sont pas appliquées dans les milieux où travaillent les ergothérapeutes ayant participé à l'étude, car ils constatent que peu de PAB participent aux rencontres interdisciplinaires. Pourtant, ces documents ministériels stipulent que tous les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent participer aux rencontres. Toutefois, il est possible que les recommandations de ces documents ministériels ne soient pas encore intégrées dans les milieux sondés. Comme ces rencontres représentent des moments privilégiés pour assurer

une communication efficace et formelle entre les professionnels, le fait que les PAB n'y participent pas en totalité limite la communication avec les ergothérapeutes. Cette présente étude contribue à fournir un bref portrait de la situation réelle dans certains CHSLD au Québec, comme aucune autre étude à notre connaissance ne permettait de dégager cette information.

6.2. Perception d'ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires

Les résultats de cette étude font valoir de manière empirique que les ergothérapeutes sondés voient positivement leur travail auprès des PAB. En effet, tous les ergothérapeutes participant à l'étude perçoivent comme nécessaire le travail d'équipe avec les PAB pour offrir des soins de qualité en CHSLD. La majorité des ergothérapeutes prennent en considération les opinions, les suggestions et la réalité de travail des PAB lorsqu'ils travaillent avec eux. De surcroît, la majorité des ergothérapeutes consulte les PAB avant d'émettre des recommandations qui les impliquent et explique les raisons de celles-ci. Ces actions illustrent de façon concrète les domaines de compétence de *leadership* collaboratif et clarification des rôles du *Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010). Ce cadre, étant utilisé pour la formation interprofessionnelle et pour encadrer les pratiques professionnelles, permet de dégager les pistes d'action favorables au travail d'équipe avec les PAB.

Ces résultats convergent avec ceux de De Vries (2016) et de Wieser et ses collaborateurs (2018) qui rapportent que les ergothérapeutes témoignent d'une attitude positive relativement à la collaboration avec des thérapeutes de diverses disciplines. La présente étude bonifie la compréhension de la perception des ergothérapeutes quant à la collaboration avec des personnes d'autres disciplines, en l'étudiant avec les PAB. Travailler en équipe fait partie de la formation initiale des ergothérapeutes tout comme des autres professionnels de la santé. Ainsi, il est possible de croire que les ergothérapeutes ont à cœur d'offrir des services de qualité en travaillant avec tous les acteurs concernés, ce qui expliquerait leur perception positive. Les résultats montrent aussi que les ergothérapeutes et les PAB travaillent en équipe tout au long du processus de prise en charge, ce qui diverge des résultats de Duner (2012), qui rapportait une inconsistance dans l'intégration des professionnels au cours de la prise en charge du patient. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que, dans le contexte des CHSLD, les ergothérapeutes ont une importante charge de travail, ce qui ne leur permet pas de bien connaître les personnes âgées, contrairement aux PAB

qui sont présents 24/7. Ainsi, il leur est d'autant plus pertinent de travailler en équipe avec les PAB dans le processus ergothérapeutique.

6.3. Perception des stratégies efficaces mises en place par les ergothérapeutes

Les résultats de l'étude viennent documenter les stratégies perçues comme efficaces par les ergothérapeutes pour faciliter leur travail d'équipe avec les PAB. Six types de stratégies ont été soulevées par les répondants, soit utiliser des stratégies de communication, coopérer avec les PAB dans le processus ergothérapeutique, faire de l'enseignement aux PAB, entretenir de bonnes relations de travail avec les PAB, planifier le travail d'équipe avec les PAB et participer à des rencontres d'équipe avec les PAB. Ceux-ci correspondent aux domaines de compétences du *leadership* collaboratif, de la résolution de conflits interprofessionnels, du travail d'équipe et de la communication interprofessionnelle du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010). Ce cadre permet de mettre en lumière les domaines de compétence jugés efficaces par les ergothérapeutes sondés.

Ces stratégies facilitant le travail d'équipe ont été identifiées par différents auteurs. La mise en place de stratégies de communication est la stratégie la plus rapportée par les ergothérapeutes sondés. Ces résultats convergent avec les études de plusieurs auteurs (Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Suter et al., 2009) qui ont tous fait ressortir la communication comme un élément important au travail d'équipe. Ces résultats illustrent également les idées de Birkeland et ses collaborateurs (2017), Jones et Jones (2011) ainsi que de Morris et Matthews (2014) qui avaient identifié le respect, les bonnes relations entre collègues et l'apprentissage par les autres comme éléments importants à la collaboration. Cette présente étude vient compléter les résultats des autres études empiriques, qui n'avaient pas inclus des professionnels de la santé travaillant en CHSLD au Québec. Ainsi, avec les résultats de la présente étude, il est possible de constater l'importance d'optimiser les moyens de communication, de mettre en place une organisation de soins et de services qui permet la planification du travail entre les intervenants de santé et la participation aux rencontres d'équipe ainsi que de rehausser la formation des PAB sur le travail d'équipe.

L'ensemble des stratégies mises en place par les ergothérapeutes se rattache aux meilleures pratiques émises dans le document *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – collaboration interprofessionnelle* (Plourde, 2016). Il y a lieu de croire que les ergothérapeutes de l'étude travaillant en CHSLD adoptent de bonnes pratiques en ce qui a trait au travail d'équipe.

6.4. Perception des facteurs nuisant au travail d'équipe

Les résultats de l'étude viennent documenter les facteurs perçus comme nuisibles au travail d'équipe par les ergothérapeutes sondés. Les facteurs relevés sont davantage d'ordre organisationnel, mais également institutionnel et individuel. Ces résultats rejoignent ceux de Hansson et ses collaborateurs (2018) qui avaient identifié trois niveaux d'obstacles à la collaboration entre divers professionnels de la santé, soit des facteurs sociétaux, organisationnels et individuels.

Plusieurs éléments se référant aux facteurs organisationnels, institutionnels et personnels ont été rapportés par les ergothérapeutes sondés. La grande charge de travail des intervenants de la santé ainsi que le roulement et le manque de personnel sont les éléments les plus rapportés. Ces résultats vont dans le même sens qu'Atwal et ses collaborateurs (2005) qui rapportaient que des pénuries de personnel et des contraintes de temps étaient des limites au travail d'équipe. Avec les résultats de la présente étude, il est possible de constater que cette contrainte persiste dans le temps. L'organisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD a également été identifiée comme nuisible. Ceci rejoint ce qu'avait suggéré Morris et Matthews (2014) qui identifiaient le travail à temps partiel des professionnels paramédicaux comme défi à la collaboration. De surcroît, les résultats montrent que la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute par les PAB nuit au travail d'équipe. Les résultats illustrent les propos de plusieurs auteurs (Duner, 2012; Hansson et al., 2018; Jones et Jones, 2011; Morris et Matthews, 2014; Suter et al., 2009) qui font valoir que la compréhension du rôle des autres membres de l'équipe est un élément facilitant la collaboration entre ceux-ci. Ainsi, cette présente étude ajoute aux résultats des autres études, car jusqu'à ce jour, peu d'ergothérapeutes en CHSLD avaient été inclus dans les échantillons de recherche.

6.5. Suggestions d'amélioration par les ergothérapeutes

La présente recherche a permis de recueillir des suggestions d'amélioration telles que formulées par des ergothérapeutes. Ces suggestions se rattachent à cinq thèmes, soit une réorganisation du travail des PAB, une réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD, le développement de stratégies de communication efficaces, la stabilisation du personnel ainsi que la promotion de la profession d'ergothérapie. Cette thématique n'avait pas fait l'objet de recherche empirique, ainsi cette étude apporte une nouveauté avec ces résultats.

De par l'aspect organisationnel auquel elles se rattachent, les suggestions d'amélioration émises par les ergothérapeutes sont en cohérence avec les facteurs qui nuisent au travail d'équipe rapportées par ces mêmes professionnels. Ces pistes d'amélioration viennent appuyer ce que suggère le *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux* (MSSS, 2020) et ce que devrait être les pratiques organisationnelles telles qu'énoncées dans le *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* (MSSS, 2018a). Ainsi, les résultats soulèvent l'importance d'effectuer des changements sur le plan organisationnel et institutionnel, afin d'être en cohérence avec ce qui est énoncé dans ces documents ministériels. De surcroît, les résultats font valoir l'importance d'effectuer davantage de formation interprofessionnelle aux différents intervenants de la santé, particulièrement les PAB, qui n'ont aucun cours sur la collaboration durant leur formation (MEES, s. d.).

Il s'agit d'une thématique d'actualité, dont les résultats viennent documenter comment mieux travailler en équipe. Les résultats ont fait valoir la nécessité d'ajouter davantage d'ergothérapeutes et de PAB en CHSLD. Cet élément vient compléter les propos de Mme Francine Ducharme, infirmière, émis dans un article de *La Presse* (Mercure, 2020). En effet, une des façons qu'elle propose pour mieux travailler dans les CHSLD est d'augmenter le nombre de professionnels de la santé, soit des infirmières, des inhalothérapeutes, des psychologues, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux. Pourtant, les ergothérapeutes ne sont pas nommés. Ainsi, les résultats de la présente étude, qui démontrent la pertinence d'ajouter des ergothérapeutes pour augmenter leur temps consacré à chaque centre, viennent bonifier cette liste de professionnels, et ce, au-delà du contexte de pandémie dans lequel cet article a été émis. Cela est

d'autant plus qu'il y a lieu de croire que les ergothérapeutes des CHSLD adoptent les bonnes pratiques en termes de travail d'équipe.

La présente étude fait ressortir la nécessité du travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB pour assurer des soins et des services de qualité aux personnes âgées en CHSLD. Les ergothérapeutes ont à cœur cette pratique et l'amélioration de celle-ci. Les résultats font valoir que les ergothérapeutes sondés sont critiques autant de leur propre travail que de l'organisation des soins.

6.6. Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente des forces et des limites. Sur le plan des forces, cette étude apporte des résultats inédits, étant donné qu'aucune autre étude empirique n'aborde le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB en CHSLD. Au Québec, la situation actuelle dans ces centres nécessite des ajustements, ainsi cette étude permet d'apporter de nouvelles informations. Le devis méthodologique utilisé représente également une force. Le fait d'avoir des questions ouvertes où les répondants pouvaient exprimer librement leur avis, et ce, en l'absence de choix préétablis a permis d'étayer les perceptions de ceux-ci. Ainsi, les données qualitatives viennent illustrer les résultats de la perception des ergothérapeutes. Une autre force se rattache au nombre de répondants ($n = 36$), qui est au-delà du nombre attendu, rendant les résultats crédibles.

En ce qui a trait aux limites, le contexte de l'étude a fait en sorte que seulement la perception des ergothérapeutes a été obtenue. Il aurait été pertinent d'obtenir également la perception des PAB de leur travail d'équipe avec les ergothérapeutes et même des autres membres de l'équipe. Cela aurait permis d'approfondir le sujet à l'étude et d'avoir la perception de l'ensemble des acteurs de cette pratique. L'échantillon à l'étude, qui est composé uniquement de femmes, représente également une limite, étant donné que ce n'est pas représentatif des ergothérapeutes sur le marché du travail. Il est possible que les hommes n'abordent pas et ne perçoivent pas le travail d'équipe de la même façon que les femmes. De surcroît, les affirmations ayant les plus hauts niveaux d'accord se rattachent à celles qui concernent les actions posées par les ergothérapeutes, qui peuvent être expliquées par un biais de désirabilité sociale de la part des répondants. Une autre limite se rattache au questionnaire. Le fait que le questionnaire soit

électronique limitait la profondeur des réponses des répondants et a pu nuire à la compréhension et à l'interprétation de la chercheuse, étant donné l'impossibilité de questionner davantage le répondant. Bien qu'il ait été examiné par une professionnelle de la santé travaillant en CHSLD, ce questionnaire n'a pas fait l'objet d'une validation exhaustive. Il s'agit également de la première fois que ce questionnaire est utilisé, ce qui crée un biais. Finalement, pour le questionnaire, en ce qui concerne la participation des ergothérapeutes à certaines réunions d'équipe, il aurait été pertinent de les questionner à savoir s'ils sont en mesure de participer à toutes les rencontres d'équipes des centres qu'ils couvrent.

Le moment auquel l'invitation à participer à l'étude a été partagée sur les groupes *Facebook* peut représenter autant une force qu'une limite. En effet, le questionnaire a été partagé lors de la pandémie de la COVID-19, qui a eu un grand impact sur les professionnels de la santé et particulièrement ceux en CHSLD. Ainsi, dans certains centres, la situation a nui au travail d'équipe, étant donné l'exacerbation des conditions de travail. À l'opposé, la situation semble avoir obligé certains ergothérapeutes à desservir qu'un centre, contrairement à leur pratique habituelle, ce qui leur a permis de prendre conscience de l'impact positif de cela sur le travail d'équipe avec les autres membres du personnel. Ainsi, ils ont pu mettre en application des changements dans leur pratique, qu'ils ont par la suite proposés comme suggestions d'amélioration.

7. CONCLUSION

La présente étude a permis de décrire la perception d'ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les PAB en CHSLD et les stratégies mises en place pour faciliter ce travail. Elle montre par ses résultats que les ergothérapeutes voient positivement leur travail d'équipe avec les PAB en CHSLD. Ils les impliquent tout au long du processus pour assurer des soins et des services de qualité aux personnes âgées. Diverses stratégies sont mises en place par les ergothérapeutes pour faciliter ce travail d'équipe, soit utiliser des stratégies de communication, coopérer avec les PAB dans le processus ergothérapique, faire de l'enseignement aux PAB, entretenir de bonnes relations de travail avec les PAB, planifier le travail d'équipe avec les PAB et participer à des rencontres d'équipes. Les ergothérapeutes ont fait valoir les éléments jugés nuisibles, qui se rapportaient à des facteurs organisationnels, institutionnels et individuels. Ils fournissent des suggestions d'amélioration, soit une réorganisation du travail des PAB, une réorganisation du travail de l'ergothérapeute en CHSLD, le développement de stratégies de communication efficaces, la stabilisation du personnel et la promotion de la profession d'ergothérapie.

Les résultats montrent l'importance d'effectuer des changements sur le plan organisationnel et institutionnel, étant donné les facteurs nuisant au travail d'équipe identifiés par les répondants. Il y a lieu de croire que ces facteurs rejoignent l'ensemble des ergothérapeutes au Québec travaillant en CHSLD. Ils appuient également l'importance d'intégrer davantage d'éducation interprofessionnelle dans le cursus scolaire de tous les intervenants de la santé, dont il est possible de questionner si cet aspect fait actuellement partie de la formation intensive donnée aux PAB dans le contexte de la crise sanitaire, cette formation étant de courte durée. Il en est de même en ce qui concerne le travail d'équipe entre tous les intervenants de la santé qui gagnerait à être valorisé davantage pour offrir des soins et des services de qualité aux personnes vivant en CHSLD.

Il s'agit de résultats inédits quant à la compréhension de la perception du travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les PAB en CHSLD. Cette étude a des retombés sur la façon dont le travail d'équipe est perçu et favorise la mise en place de stratégies visant à l'améliorer, dans un contexte de travail qui peut parfois être difficile en raison des nombreuses contraintes nuisibles documentées dans l'étude. Ils sont un point de départ pour de futures recherches. Il apparaît

pertinent de réaliser de plus amples recherches sur cette thématique, en impliquant également les PAB pour obtenir leur perception de leur travail d'équipe avec les ergothérapeutes. Il serait également pertinent de documenter les stratégies mises en place par les PAB, les éléments qu'ils jugent nuisibles et leurs suggestions d'amélioration.

RÉFÉRENCES

- Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé. (2009). *Principles and practices for integrating interprofessional education into the accreditation standards for six health professions in Canada*. <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/AIPHEPrinciplesandPracticesGuidev2EN.pdf>
- Atwal, A., Tattersall, K., Caldwell, K. et Craik, C. (2006). Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and healthcare assistants in rehabilitation of older adults in acute health care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), 1418-1425. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01451.x
- Barry, T. T., Longacre, M., Carney, K. O. et Patterson, S. (2019). Team inclusion and empowerment among nursing staff in long-term care. *Geriatric Nursing*, 40(5), 487-493. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.03.014
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førlund, O., Jakobsen, F. F. et Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *Journal Of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195-203. doi:10.2147/JMDH.S133417
- Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. (p. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010, février). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (ISBN 978-1-926819-08-2).
- Cyr, Nancy. (2009, avril). *Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement* (ISBN 978-2-922823-68-4). Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- De Vries, D. (2016). Therapists Perception and Valuing of Interprofessional Collaboration. *Annual in Therapeutic Recreation*, 23, 12-30.
- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal Of Interprofessional Care*, 27(3), 246-253. doi:10.3109/13561820.2012.757730
- Falk, A.L., Hult, H., Hammar, M., Hopwood, N. et Abrandt Dahlgren, M. (2018). Nursing assistants matters-An ethnographic study of knowledge sharing in interprofessional practice. *Nursing Inquiry*, 25(2), 1-8. doi:10.1111/nin.12216

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Gouvernement du Québec. (s. d). *Préposé aux bénéficiaires*.
http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires?gclid=CjwKCAiAg9rxBRADEiwAxKDTurIXUnsQHilcX3qSPoIoxsbqkrHt7qJYULoLC4LA86_9D3xT7Acd5RoC2UAQAvD_BwE

Hansson, A., Svensson, A., Ahlström, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B. et Alsén, P. (2018). Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680-689. doi:10.1177/1403494817716001

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018, octobre). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie* (ISBN 978-2-550-82476-3). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qua lite_milieu_de_vie.pdf

Jones, A. et Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal Of Interprofessional Care*, 25(3), 175-181. doi:10.3109/13561820.2010.520248

Mercure, P. (2020, 3 juillet). Rapport sur la situation en CHSLD : « Un désastre tragique et évitable ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-03/rapport-sur-la-situation-en-chsld-un-desastre-tragique-et-evitable.php>

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (s. d). *Programmes d'études professionnelles et techniques – Assistance à la personne en établissement et à domicile*. http://www.education.gouv.qc.ca/programmes-detudes-professionnelles-et-techniques/?tx_tmrechercheinforoute_search%5Bprogramme%5D=133&tx_tmrechercheinforoute_search%5Bsanction%5D=5&tx_tmrechercheinforoute_search%5Baction%5D=show&cHash=cdc70741c3403a55132deff9aa5c0a35

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018a, février). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. (publication n^o 17-834-12W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018b, juin). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes* (ISBN 978-2-550-81537-2). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2020, février). *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux* (ISBN : 9978-2-550-85692-4). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>
- Morris, D. et Matthews, J. (2014). Communication, Respect, and Leadership: Interprofessional Collaboration in Hospitals of Rural Ontario. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 75(4), 173-179. doi:10.3148/cjdpr-2014-020
- Öhman, A., Keisu, B. I. et Enberg, B. (2017). Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care - a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 381. doi:10.1186/s12913-017-2326-9
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2015). *Soins aux personnes âgées en CHSLD – appui de l'Ordre à la mobilisation de l'OIIQ*. <https://www.oeq.org/a-propos-de-l-ordre/salle-de-presse/actualites/33-soins-aux-personnes-agees-en-chsld-appui-de-lordre-a-la-mobilisation-de-loiiq.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=9BA1ED771FC5D7A944E5A0CE974BC736?sequence=1
- Plourde, P. (2016, décembre). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle*. Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8472_doc.pdf
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. (2018, juin). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal Of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51. doi:10.1080/13561820802338579
- Wieser, H., Mischo-Kelling, M., Vittadello, F., Cavada, L., Lochner, L., Fink, V., . . . Reeves, S. (2019). Perceptions of collaborative relationships between seven different health care professions in Northern Italy. *Journal Of Interprofessional Care*, 33(2), 133-142. doi:10.1080/13561820.2018.1534810

**ANNEXE A****Perceptions d'ergothérapeutes de leur travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires
en centre d'hébergement et de soins de longue durée****Section 1**

Q1. Quel âge avez-vous?

Q2. Je suis :

- Femme
- Homme
- Je ne veux pas répondre

Q3. Combien d'années d'expérience avez-vous en ergothérapie?

Q4. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'ergothérapeute en CHSLD?

Q5. Combien de centres d'hébergement desservez-vous?

- 1
- 2
- 3
- Plus de 3

Q6. Dans votre milieu, y a-t-il des réunions d'équipe où les préposés aux bénéficiaires participent?

- Oui, les préposés aux bénéficiaires participent à l'intégralité des rencontres
- Oui, mais les préposés aux bénéficiaires ne participent qu'à une partie des rencontres
- Non
- Je ne sais pas

Q7. Dans votre milieu, y a-t-il des réunions où infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires participent auxquelles vous ne participez pas?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



Section 2

Vous êtes invité à répondre aux questions 1 à 18 de la section 2, pour donner votre perception du travail d’équipe avec les préposés aux bénéficiaires. Par la suite, allez à la section 3, il reste trois questions à répondre.

Advenant que vous travaillez dans deux ou trois milieux différents, accepteriez-vous de répondre pour tous les centres que vous desservez (les questions pour le centre 2 et le centre 3 sont à la suite de la section 3)?

Centre 1

Question	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
1. Le travail d’équipe avec les préposés aux bénéficiaires est nécessaire pour offrir des soins de qualité					
2. Je travaille bien avec les préposés aux bénéficiaires					
3. Il y a du respect entre les préposés aux bénéficiaires et moi					
4. Les préposés aux bénéficiaires sont disponibles à travailler avec moi					
5. Les préposés aux bénéficiaires connaissent mon rôle et mes responsabilités au sein de l’équipe					
6. Les préposés aux bénéficiaires ont les mêmes objectifs de soins que moi					
7. J’ai confiance en les préposés aux bénéficiaires					
8. Je connais bien les préposés aux bénéficiaires (PAB) avec qui je travaille (PAB de profession, future infirmière ou future professionnelle de la santé)					
9. Le fait que les préposés aux bénéficiaires ne participent pas en					



totalité aux rencontres interdisciplinaires nuit au travail d'équipe avec eux					
10. Les préposés aux bénéficiaires devraient être plus inclus dans les décisions d'équipe et les rencontres interdisciplinaires					
11. Je consulte les préposés aux bénéficiaires avant d'émettre des recommandations qui les impliquent					
12. Je prends en considération la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires lorsque j'émet des recommandations					
13. J'explique aux préposés aux bénéficiaires les raisons de mes recommandations, lorsque ceux-ci sont impliqués dans leur mise en place					
14. Les recommandations sont appliquées par les préposés aux bénéficiaires telles que je les ai émises					
15. Je comprends bien la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires					
16. Je prends en considération les opinions et les suggestions des préposés aux bénéficiaires					
17. Des stratégies de communication efficaces sont utilisées avec les préposés aux bénéficiaires					
18. L'organisation (horaire, temps, installations, etc.) me permet de travailler efficacement avec les préposés aux bénéficiaires					

**Section 3**

Q1. Quelles sont les stratégies efficaces que vous mettez en place pour travailler efficacement en équipe avec les préposés aux bénéficiaires?

Q2. Quels sont les éléments qui nuisent au travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires?

Q3. Si c'était seulement de vous, comment pourriez-vous améliorer le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires?

Q4. Avez-vous des commentaires?



Section 2 (pour les centres 2 et 3)

Centre 2

Question	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
1. Le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires est nécessaire pour offrir des soins de qualité					
2. Je travaille bien avec les préposés aux bénéficiaires					
3. Il y a du respect entre les préposés aux bénéficiaires et moi					
4. Les préposés aux bénéficiaires sont disponibles à travailler avec moi					
5. Les préposés aux bénéficiaires connaissent mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe					
6. Les préposés aux bénéficiaires ont les mêmes objectifs de soins que moi					
7. J'ai confiance en les préposés aux bénéficiaires					
8. Je connais bien les préposés aux bénéficiaires (PAB) avec qui je travaille (PAB de profession, future infirmière ou future professionnelle de la santé)					
9. Le fait que les préposés aux bénéficiaires ne participent pas en totalité aux rencontres interdisciplinaires nuit au travail d'équipe avec eux					
10. Les préposés aux bénéficiaires devraient être plus inclus dans les					



décisions d'équipe et les rencontres interdisciplinaires					
11. Je consulte les préposés aux bénéficiaires avant d'émettre des recommandations qui les impliquent					
12. Je prends en considération la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires lorsque j'émet des recommandations					
13. J'explique aux préposés aux bénéficiaires les raisons de mes recommandations, lorsque ceux-ci sont impliqués dans leur mise en place					
14. Les recommandations sont appliquées par les préposés aux bénéficiaires telles que je les ai émises					
15. Je comprends bien la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires					
16. Je prends en considération les opinions et les suggestions des préposés aux bénéficiaires					
17. Des stratégies de communication efficaces sont utilisées avec les préposés aux bénéficiaires					
18. L'organisation (horaire, temps, installations, etc.) me permet de travailler efficacement avec les préposés aux bénéficiaires					



Centre 3

Question	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
1. Le travail d'équipe avec les préposés aux bénéficiaires est nécessaire pour offrir des soins de qualité					
2. Je travaille bien avec les préposés aux bénéficiaires					
3. Il y a du respect entre les préposés aux bénéficiaires et moi					
4. Les préposés aux bénéficiaires sont disponibles à travailler avec moi					
5. Les préposés aux bénéficiaires connaissent mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe					
6. Les préposés aux bénéficiaires ont les mêmes objectifs de soins que moi					
7. J'ai confiance en les préposés aux bénéficiaires					
8. Je connais bien les préposés aux bénéficiaires (PAB) avec qui je travaille (PAB de profession, future infirmière ou future professionnelle de la santé)					
9. Le fait que les préposés aux bénéficiaires ne participent pas en totalité aux rencontres interdisciplinaires nuit au travail d'équipe avec eux					
10. Les préposés aux bénéficiaires devraient être plus inclus dans les décisions d'équipe et les rencontres interdisciplinaires					



11. Je consulte les préposés aux bénéficiaires avant d'émettre des recommandations qui les impliquent					
12. Je prends en considération la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires lorsque j'émet des recommandations					
13. J'explique aux préposés aux bénéficiaires les raisons de mes recommandations, lorsque ceux-ci sont impliqués dans leur mise en place					
14. Les recommandations sont appliquées par les préposés aux bénéficiaires telles que je les ai émises					
15. Je comprends bien la réalité de travail des préposés aux bénéficiaires					
16. Je prends en considération les opinions et les suggestions des préposés aux bénéficiaires					
17. Des stratégies de communication efficaces sont utilisées avec les préposés aux bénéficiaires					
18. L'organisation (horaire, temps, installations, etc.) me permet de travailler efficacement avec les préposés aux bénéficiaires					