

Université de Sherbrooke

Optimisation de la collaboration interprofessionnelle entre zoothérapeutes et divers intervenants des milieux d'hébergement de type CHSLD ou RI

Par
Johana Krizova
Programme de Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada
Juin 2021

Membres du jury d'évaluation
Claire-Marie Legendre, PhD, Institut universitaire de première ligne en santé
et services sociaux
Chantal Sylvain, PhD, Programme de maîtrise professionnelle en pratiques
de la réadaptation

© Johana Krizova, 2021

RÉSUMÉ

Problématique : La majorité des aînés hébergés en CHSLD ou en RI sont en perte d'autonomie, atteints de TNC (troubles neurocognitifs) et présentent des symptômes comportementaux et psychologiques y associés (SCPD). Ces aînés vivent des situations complexes et ont des besoins multiples souvent non comblés ce qui contribue à l'apparition des SCPD qui diminuent leur qualité de vie. Un travail de collaboration et de concertation de nombreux intervenants interdisciplinaires est nécessaire afin de répondre aux multiples besoins de chacune des personnes hébergées. La littérature scientifique indique que l'utilisation des approches non pharmacologiques et la collaboration interprofessionnelle sont les méthodes à privilégier pour la gestion des SCPD chez les aînés en milieu d'hébergement. La zoothérapie est une approche non pharmacologique novatrice qui s'est montrée bénéfique au niveau de plusieurs SCPD, mais est encore peu intégrée dans les équipes d'intervenants interdisciplinaires des CHSLD et des RI.

But : Développer un modèle de collaboration interprofessionnelle (CIP) optimale entre des zoothérapeutes et des intervenants interdisciplinaires afin de favoriser l'utilisation de la zoothérapie comme une approche non pharmacologique pour la gestion des SCPD chez les aînés hébergés en CHSLD ou en RI.

Méthodes : Une recension des écrits nous a permis d'identifier les dimensions clés d'une collaboration interprofessionnelle optimale. Des entrevues semi-dirigées avec des zoothérapeutes et des intervenants variés nous ont permis de comprendre la situation actuelle de la collaboration entre les zoothérapeutes et les divers intervenants. Une analyse comparative a été effectuée afin de développer deux modèles de collaboration optimale.

Résultats : Plusieurs obstacles et contraintes affectent la CIP actuelle entre les zoothérapeutes et divers intervenants et la rendent non optimale. La majorité des obstacles à la collaboration touchent la communication, la clarification des rôles et le travail en équipe. Ces obstacles peuvent être éliminés par les intervenants et les zoothérapeutes eux-mêmes en améliorant leur communication, en clarifiant leurs rôles, en partageant les plans d'intervention avec les objectifs cliniques et en travaillant davantage en équipe. Toutefois, des contraintes identifiées, notamment les contraintes budgétaires, structurelles et personnelles ne peuvent être facilement éliminées et empêchent l'optimisation complète de la collaboration entre les zoothérapeutes et les intervenants.

Conclusion : La collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement n'est pas optimale, mais peut être partiellement optimisée par les intervenants et les zoothérapeutes eux-mêmes. Toutefois, les contraintes structurelles existantes sont complexes et des acteurs ayant un pouvoir décisionnel plus important doivent effectuer des changements afin de permettre la collaboration optimale désirée.

Mots-clés : Collaboration interprofessionnelle, zoothérapie, aînés, TNC, Alzheimer, SCPD, approches non pharmacologiques, CHSLD.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS.....	vii
REMERCIEMENTS.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1. Trouble neurocognitif, symptômes et conséquences.....	3
1.2. Interdisciplinarité pour répondre aux besoins complexes.....	3
1.3. Approches pharmacologiques vs non pharmacologiques.....	5
1.4. Zoothérapie pour la gestion des symptômes de la démence.....	6
1.5. Collaboration interprofessionnelle et zoothérapie.....	8
CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS.....	9
2.1. Effets de la zoothérapie sur la dépression.....	10
2.2. Effets de la zoothérapie sur l’anxiété et l’agitation.....	11
2.3. Effets de la zoothérapie sur la qualité de vie.....	12
2.4. Zoothérapie en contexte interdisciplinaire.....	13
CHAPITRE 3. OBJECTIFS.....	15
3.1. Objectif général.....	15
3.2. Objectifs spécifiques.....	15
CHAPITRE 4. MÉTHODES.....	16
4.1. Méthodes de collecte de données.....	16
4.1.1. Recherche documentaire.....	16
4.1.2. Entrevues.....	18
4.2. Méthodes d’analyse.....	20
CHAPITRE 5. RÉSULTATS.....	22

5.1. La collaboration interprofessionnelle selon les écrits scientifiques	22
5.1.1. Terminologie	22
5.1.2. Disciplinarité et collaboration interprofessionnelle.....	24
5.1.3. Dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle	25
5.1.3.1. Soins centrés sur le patient.....	25
5.1.3.2. Clarification des rôles	26
5.1.3.3. Travail d'équipe.....	27
5.1.3.4. Leadership collaboratif	28
5.1.3.5. Résolution de conflits interprofessionnels	29
5.1.3.6. Communication interprofessionnelle	30
5.1.4. Rencontres interdisciplinaires	33
5.1.5. Influences de la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle	34
5.1.6. Limites et contraintes de la collaboration interprofessionnelle	35
5.2. Situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires des CHSLD et RI	36
5.2.1. Facilitateurs de la collaboration actuelle	37
5.2.2. Obstacles à la collaboration actuelle	38
5.2.3. Contraintes à la collaboration actuelle.....	40
5.3. Optimisation de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires des CHSLD et RI.....	44
5.3.1. Résultats de l'analyse comparative.....	44
5.3.2. Optimisation partielle de la collaboration interprofessionnelle.....	44
5.3.3. Optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle	48
5.3.4. Validation des résultats.....	50
CHAPITRE 6. DISCUSSION	52
6.1. Forces et limites.....	54
6.2. Biais possibles	55
6.3. Propositions d'études et de projets futurs.....	56
CONCLUSION	58
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60

ANNEXES	ix
ANNEXE 1 Liste d'articles et de publications retenues pour la recension des écrits au sujet de la collaboration interprofessionnelle.....	x
ANNEXE 2 Guide d'entrevue.....	xii
ANNEXE 3 Extrait de la grille d'analyse complétée.....	xv
ANNEXE 4 Outil de communication SBAR	xvi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des répondantes zoothérapeutes.....	19
Tableau 2 : Caractéristiques des répondantes intervenantes	20
Tableau 3 : Résumé des six dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle optimale (inspiré de CPIS).....	32
Tableau 4 : Résumé des limites et des contraintes de la collaboration interprofessionnelle	36
Tableau 5 : Facilitateurs et obstacles à la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants	40
Tableau 6 : Résumé des contraintes à la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants	43
Figure 2 : Optimisation partielle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d’hébergement de type CHSLD ou RI	48
Figure 3: Optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d’hébergement de type CHSLD ou RI	50

LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS

- APIZ – Animal partenaire d’intervention en zoothérapie
- AVQ – Activités de la vie quotidienne
- CHSLD – Centre d’hébergement de soins de longue durée
- CIP – Collaboration interprofessionnelle
- CPIS – Consortium pancanadien pour l’interprofessionnalisme en santé
- CZQ – Corporation des zoothérapeutes du Québec
- IUGM – Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- FCASS – Fondation canadienne pour l’amélioration des services de santé
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux
- OIIQ – Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- RCPI – Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
- RI – Ressource intermédiaire
- RPA – Résidence privée pour aînés
- SBAR – *Situation-Background-Assessment-Recommendation*
- SCPD – Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- TNC – Trouble neurocognitif
- z.t. – Zoothérapeute

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier toutes les intervenantes et zoothérapeutes qui ont participé aux entrevues de collecte de données. Merci de m'avoir partagé une partie de votre réalité professionnelle. Vous avez insufflé l'âme à ce projet qui ne pourrait pas voir le jour sans votre généreuse participation.

Je veux dire un gros merci à ma tutrice Claire-Marie Legendre. Merci, Claire-Marie, de m'avoir accompagné, guidé et motivé tout au long de ce projet. Nos rencontres virtuelles étaient pour moi des petites îles de ressourcement et de repérage dans la mer qui était parfois froide et turbulente. Tu as su m'inspirer et me soutenir, tu as su m'encadrer sans toutefois couper les ailes de ma folie. Je t'apprécie énormément!

Merci à toi, Chantal Sylvain, pour tout ce que tu fais pour tes étudiants. Merci d'être si disponible, de croire autant en nous, nos idées et nos passions. Merci d'être juste assez exigeante pour pousser la réflexion dans ma passion plus loin, ça me permet d'aller au-delà de ce que je crois être possible. Tu m'aides à me dépasser. Merci pour tout!

Merci à Catherine Boudreau et Élise Nault-Horvath les étudiantes avec qui j'ai partagé ce chemin de réalisation d'un projet novateur. Merci pour vos commentaires aidants et constructifs. Vous êtes des très belles femmes et mères inspirantes, de vous avoir à mes côtés était un privilège!

Merci aussi à ma famille et tous mes amis, surtout Irina et Jean, qui m'ont soutenu durant toute la période de mes études de deuxième cycle. Vous m'avez aidé à poursuivre et donner un sens à ce long parcours.

Le dernier remerciement, j'aimerais le dédier à mon papa qui, sans vraiment le savoir, m'a amené sur le chemin de la zoothérapie. Cette pratique qui raisonne tant avec qui je suis et qui donne un sens à ma vie. *Děkuju tati* ♥



Source : Pattes Thérapie Inc.

INTRODUCTION

Les aînés en perte d'autonomie hébergés dans des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou dans des ressources intermédiaires (RI) doivent faire face à de nombreuses problématiques. Certaines de ces problématiques sont reliées au manque du personnel soignant d'autres sont reliées à des soins et services mal adaptés aux besoins des aînés hébergés.

Mon expérience de zoothérapeute auprès des aînés en perte d'autonomie hébergés en CHSLD ou RI m'a permis de constater qu'il y a effectivement des lacunes dans le système des milieux d'hébergement, notamment au niveau de la collaboration entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires. J'ai pu constater, à plusieurs reprises et dans différents milieux d'hébergement, que malgré l'effort de certains gestionnaires et intervenants on n'arrive pas à offrir les services et les soins qui répondent à la globalité des besoins des aînés hébergés. Comme zoothérapeute, je suis fréquemment sollicitée par divers professionnels, d'une façon spontanée et sans aucun préavis, pour intervenir lors des situations où l'aîné hébergé se retrouve en détresse. Lors de ces situations, l'aîné présente souvent des comportements reliés aux symptômes de la démence et les intervenants manquent du temps ou des moyens pour offrir le suivi et l'intervention personnalisés nécessaires. J'ai souvent effectué des interventions en collaboration plutôt improvisée sans aucun suivi structuré ni avant ni après. La fréquence avec laquelle ces situations se produisent m'a amenée à me questionner sur la forme de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et divers intervenants des milieux d'hébergement, les bases et les principes qui la structurent ainsi que ses effets sur la qualité de vie des aînés hébergés. Le présent projet novateur tente de répondre à cette problématique qui touche l'ensemble des zoothérapeutes et d'intervenants des milieux d'hébergement pour les aînés en perte d'autonomie.

Cet essai comprend six chapitres. Le premier chapitre pose et définit la problématique, le deuxième chapitre décrit les résultats d'une recension des écrits au sujet de la zoothérapie et ses divers effets auprès des aînés en milieu d'hébergement, le troisième chapitre présente les objectifs de notre projet novateur, le quatrième chapitre explique la méthodologie utilisée pour répondre aux objectifs. Les résultats sont présentés dans le cinquième chapitre et la discussion dans le sixième.

CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

Au Québec, les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) offrent un milieu de vie pour des adultes atteints d'une grande perte d'autonomie nécessitant des soins importants. Les ressources intermédiaires (RI) offrent un milieu de vie adapté pour les personnes en perte d'autonomie qui ont besoin d'aide ou de soutien dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ). Les aînés hébergés dans ces établissements sont souvent atteints de troubles neurocognitifs (TNC) ou d'autres maladies neurodégénératives qui diminuent leur qualité de vie.

1.1. Trouble neurocognitif, symptômes et conséquences

Le trouble neurocognitif (TNC) génère des pertes physiques et cognitives qui créent chez les patients une difficulté voire une incapacité de combler ou d'exprimer leurs douleurs ou leurs multiples besoins (Bonin et al., 2020). Ces besoins non exprimés et non comblés créent chez les aînés un inconfort qui est un des facteurs qui contribuent à l'apparition des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (MSSS, 2014 A; Bonin et al., 2020). La forme, la fréquence et la sévérité de ces symptômes peuvent être très variées. Ils peuvent se manifester d'une façon légère, modérée ou grave et parmi les SCPD les plus fréquents on peut nommer l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, l'agitation physique ou verbale, l'errance ou le refus des soins (CIUSSS, 2021). Ces symptômes et comportements nuisent d'une façon importante à la qualité de vie des aînés hébergés en CHSLD ou RI.

Enfin on constate que plus les besoins des aînés souffrants de TNC sont non comblés, plus les SCPD et les comportements perturbateurs qui nuisent d'une façon importante à leur qualité de vie sont présents.

1.2. Interdisciplinarité pour répondre aux besoins complexes

Si nous voulons lutter contre les SCPD qui diminuent d'une façon importante la qualité de vie des aînés atteints de TNC et si nous voulons minimiser leurs sources

possibles, il est important de combler les besoins des aînés concernés. Couturier et al. (2016) expliquent que les besoins des aînés en perte d'autonomie sont multidimensionnels et pour pouvoir y répondre dans leur globalité il faut faire appel à des équipes d'intervenants interdisciplinaires et des partenariats intersectoriels.

Autrement dit, les besoins des aînés en perte d'autonomie hébergés dans des CHSLD ou des RI, que nous allons appeler « les résidents », ne se limitent pas uniquement au niveau des soins personnels, d'aide alimentaire ou de suivi médical. Comme tout le monde, les résidents ont également de nombreux besoins psychosociaux tels que la valorisation, le sentiment d'accomplissement ou d'appartenance, des besoins au niveau de la stimulation physique, cognitive ou sensorielle ou des besoins au niveau affectif. Ces besoins sont multiples, complexes et dus à la maladie restent non exprimés et ne peuvent être comblés que par une variété d'intervenants de divers domaines qui travaillent ensemble (MSSS, 2021).

La collaboration interprofessionnelle est un élément clé qui permet de répondre aux multiples besoins des résidents d'une façon coordonnée avec une perspective de partenariat et de complémentarité. Le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa dernière politique d'hébergement et de soins et services de longue durée publiée en avril 2021 décrit le rôle de la collaboration interprofessionnelle ainsi : « La collaboration interprofessionnelle vise l'amélioration de la pratique clinique et l'optimisation de la prestation des soins de santé et des services sociaux, grâce à la coordination des rôles et de l'expertise des différents professionnels. » (MSSS, 2021, p. 47).

De plus, Howell et Cleary (2001) démontrent que la collaboration interprofessionnelle auprès de la clientèle gériatrique apporte de multiples bénéfices. Entre autres, des intervenants qui collaborent sont plus efficaces au niveau du temps consacré à leur intervention auprès des aînés, ils diminuent le dédoublement possible des interventions effectuées par chaque intervenant qui ne collabore pas et ils ont également de meilleurs

résultats au niveau du maintien ou d'amélioration de l'autonomie fonctionnelle des aînés concernés (Howel et Cleary, 2001).

1.3. Approches pharmacologiques vs non pharmacologiques

Actuellement, il existe deux approches pour la gestion des SCPD : des approches pharmacologiques et des approches non pharmacologiques. Les approches pharmacologiques sont des méthodes qui utilisent la médication comme des antidépresseurs ou des antipsychotiques afin de diminuer les symptômes de la démence. Les traitements pharmacologiques ont pour but de traiter les symptômes sans toutefois aller corriger la problématique qui se retrouve être à leur origine. La médication a souvent de nombreux effets secondaires tels qu'une somnolence excessive, une perte accrue d'équilibre, un risque plus élevé de morbidité, une augmentation de risque de chute, etc. (MSSS, 2014). Ces effets secondaires indésirables nuisent à la qualité de vie des résidents. Les statistiques démontrent qu'au Québec entre 40 et 60 % des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en CHSLD se voient prescrire des antipsychotiques sans jamais avoir reçu un diagnostic de psychose (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).

Pourtant, les approches pharmacologiques se sont démontrées inefficaces dans la gestion de plusieurs SCPD comme des cris répétitifs (non liés à douleur ou à la dépression), désinhibition verbale, errance, fugue, mouvements répétitifs, résistance aux soins (hygiène, habillement) ou de rituels d'accumulation (MSSS, 2014 A et CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021). Le MSSS, dans ses cadres de références pour les meilleures pratiques, recommande uniquement l'utilisation des approches non pharmacologiques pour la gestion de ces symptômes.

En 2017, le gouvernement du Québec, en collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi qu'avec plusieurs réseaux d'experts, a lancé un projet qui a pour but de réduire ou cesser l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les CHSLD au Québec (FCASS, 2020). Ce projet, intitulé *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques* (OPUS-AP)

visent l'amélioration de la qualité de vie des résidents des CHSLD, amélioration des soins ainsi que l'amélioration de l'expérience dans son ensemble non seulement pour les résidents, mais également pour leurs proches et les intervenants (FCASS, 2020). Les résultats de ce projet sont flagrants. Les chercheurs constatent qu'ils ont pu diminuer ou complètement cesser l'usage des antipsychotiques chez 86% des 220 résidents participants à l'étude notamment grâce à l'augmentation d'utilisation des approches non pharmacologiques personnalisées (OPUS-AP, 2018).

Les approches non pharmacologiques sont des approches personnalisées et adaptées à l'histoire de vie et aux intérêts du résident. Ces approches ont comme but d'agir davantage au niveau des causes des SCPD, car elles peuvent éliminer la source de la problématique et n'ont aucun effet secondaire non désirable (MSSS, 2014 B). Selon les rapports ministériels visant le traitement optimal des SCPD, l'utilisation des approches non pharmacologiques est à prioriser surtout au niveau de la gestion des SCPD légers ou modérés qui ne représentent pas un danger pour le résident ou autrui (MSSS, 2014 A; MSSS, 2014 B). Lorsqu'une situation nécessite absolument l'utilisation de la médication, le MSSS (2014 A et B) indique que ces traitements pharmacologiques doivent être révisés régulièrement et toujours accompagnés par des traitements non pharmacologiques personnalisés.

Il existe une variété d'approches non pharmacologiques, telles que la diversion, l'adaptation de l'environnement, le dosage ajusté des stimuli, etc. Récemment nous avons pu observer une émergence et une augmentation de l'utilisation des approches non pharmacologiques novatrices telles que la musicothérapie, la massothérapie, l'aromathérapie, l'art-thérapie et surtout la zoothérapie.

1.4. Zoothérapie pour la gestion des symptômes de la démence

La pratique de la zoothérapie au Québec n'est pas actuellement encadrée par un ordre professionnel, mais il existe la Corporation des zoothérapeutes du Québec (CZQ). Fondée en 2006, la CZQ est le plus grand regroupement de zoothérapeutes professionnels

indépendants à travers le Québec et les provinces avoisinantes (CZQ, 2021). Les membres de la CZQ doivent avoir complété une formation professionnelle en zoothérapie, doivent respecter le code de déontologie et doivent être détenteurs des assurances professionnelles. L'objectif de la CZQ est de faire connaître et reconnaître la zoothérapie, d'offrir des renseignements aux personnes qui aimeraient travailler avec une zoothérapeute et d'offrir du soutien professionnel à ses membres.

La zoothérapie est définie par CZQ comme « une intervention dirigée par un professionnel formé en zoothérapie (le zoothérapeute) qui est accompagné d'un animal dûment entraîné et sélectionné (APIZ) pour intervenir auprès d'une personne en difficulté (le client). L'objectif de l'intervention en zoothérapie est l'amélioration du bien-être psychologique, physique, affectif, cognitif ou social selon les besoins spécifiques du client. » (CZQ, 2021)

La zoothérapie fait partie des approches non pharmacologiques recommandées par le MSSS comme une intervention optimale visant à diminuer les SCPD. Dans le cadre de référence ministériel publié en 2014, la zoothérapie était recommandée uniquement comme une approche à utiliser dans la catégorie des interventions favorisant les contacts sociaux. Or plusieurs études scientifiques, dont un essai clinique randomisé réalisé par Olsen et al. en 2016, démontrent que la zoothérapie est une méthode non pharmacologique apportant de nombreux bénéfices aux aînés non seulement au niveau des contacts sociaux, mais également au niveau de l'activité physique (Friedmann et al., 2015), de la dépression (Friedmann et al., 2015; Sollami et al., 2017; Bernabei et al., 2012) ou de l'agitation et l'anxiété (Majic et al., 2013; Sollami et al., 2017; Filan et Llewellyn-Jones, 2006).

Grâce à la présence d'un animal et grâce aux aspects positifs découlant de la relation qui s'installe entre le patient, le zoothérapeute et l'animal, les interventions en zoothérapie génèrent un environnement d'intervention unique. Cet environnement apaisant basé sur la confiance crée un terrain propice pour une intervention moins intrusive et un

travail en profondeur tout en apportant un sentiment de sécurité et de bien-être aux patients (Morrison, 2007).

1.5. Collaboration interprofessionnelle et zoothérapie

Le manque de la littérature scientifique au sujet de la collaboration interdisciplinaire avec les zoothérapeutes indique que cette sorte de collaboration est très peu répandue et peu étudiée. La zoothérapie est encore peu intégrée dans les équipes d'intervenants interdisciplinaires soignant des aînés atteints de TNC. Mon expérience de zoothérapeute travaillant dans une dizaine des milieux d'hébergement variés depuis mars 2013 confirme que l'utilisation de la zoothérapie se limite majoritairement à une activité de loisir qui a pour but de désennuyer ou d'offrir une stimulation générale aux aînés. Des situations où une zoothérapeute serait intégrée dans une équipe d'intervenants interdisciplinaires qui travaillent ensemble pour contrer les SCPD et pour répondre aux besoins spécifiques des résidents se font très rares, voire inexistantes.

La faible intégration des zoothérapeutes dans des équipes interdisciplinaires prive les aînés des nombreux bénéfices et bienfaits que cette approche peut avoir au niveau de divers SCPD générés par le TNC. Nous laissons ainsi plus de place à la maladie et aux comportements perturbateurs associés nuisant à la qualité de vie des aînés en milieu d'hébergement.

Pour résumer la problématique, nous pouvons constater qu'une intervention optimale au niveau de la gestion des SCPD est une combinaison d'une collaboration interprofessionnelle et d'une approche non pharmacologique, dans notre cas la zoothérapie. Comment pouvons-nous intégrer pleinement des zoothérapeutes dans des équipes interdisciplinaires afin d'optimiser l'utilisation de cette approche non pharmacologique novatrice auprès des aînés hébergés en CHSLD présentant des SCPD?

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

Nous avons réalisé une recension des écrits au sujet des effets de la zoothérapie sur les SCPD chez les aînés atteints de TNC hébergés en CHSLD dans le cadre du cours REA324 (Krizova, 2020).

Une recherche dans les bases de données MEDLINE, Cochrane et PubMed a été effectuée. Des bases de données plus spécialisées en gérontologie et en *nursing* comme *Abstract in social gerontology* et CINAHL ont également été explorées.

Les mots clés *aged** (regroupant les personnes âgées de 65 ans et plus), *animal assisted therapy** (regroupant les synonymes tels que : *animal facilitated therapy*, *pet facilitated therapy*, *pet therapy*), *geriatric assessment** (évaluant les fonctions physiques, psychiques et mentales des aînés) et *homes for the aged** (regroupant les synonymes des milieux d'hébergement pour les aînés en perte d'autonomie) ont été utilisés pour la recherche.

Les résultats de cette recension regroupant une dizaine d'articles scientifiques indiquent que même si les chercheurs n'arrivent pas à une conclusion unanime par rapport à la zoothérapie et ses effets sur les SCPD, la tendance des résultats des études est claire. La vaste majorité des études affirment que la zoothérapie apporte des bienfaits intéressants au niveau de plusieurs SCPD, d'autres constatent que les effets sont négligeables ou nuls. Aucune étude ne rapporte des effets néfastes ou négatifs. La forme et la fréquence des séances de zoothérapie employées dans les études sont très variées ce qui peut affecter les résultats et rendre leur comparaison difficile.

Nous allons nous concentrer sur les données enregistrées au niveau de la dépression, de l'anxiété, de l'agitation et de la qualité de vie. Quelques faits portant sur la zoothérapie en contexte interdisciplinaire seront également nommés.

2.1. Effets de la zoothérapie sur la dépression

Le résultat le plus marquant est celui de deux essais cliniques randomisés (Olsen et al., 2016; Ambrosi et al., 2019). Ces études cliniques assez récentes confirment que la zoothérapie a des effets bénéfiques importants au niveau de la dépression chez les aînés en milieu d'hébergement. Le niveau de la dépression était significativement plus bas chez les aînés ayant bénéficié de la zoothérapie en comparaison avec ceux du groupe contrôle. De plus, Olsen et al. (2016) constatent que la zoothérapie a des effets bénéfiques plus importants au niveau de la dépression chez les aînés souffrants de trouble neurocognitif en stade plus avancé. Autrement dit, selon ces auteurs, plus le TNC est avancé, plus la zoothérapie affecte positivement les symptômes dépressifs chez les aînés en bénéficiant.

Majic et al. (2013) constatent que les aînés du groupe expérimental qui participaient à des séances de la zoothérapie maintenaient le niveau de la dépression stable, sans aggravation ni amélioration. Contrairement aux aînés du groupe contrôle qui démontraient une aggravation importante des symptômes dépressifs avec le temps et l'avancement de la maladie. De plus, Friedmann et al. (2015) qui ont réalisé un projet pilote d'une durée de trois mois ont mesuré une diminution importante de la dépression chez les aînés exposés à la zoothérapie en comparaison avec les aînés dans le groupe contrôle. L'étude de Sollami et al. (2017) démontre également une amélioration statistiquement significative au niveau de la dépression chez les aînés exposés à la zoothérapie.

Bernabei et al. (2012) dans leur revue de littérature analysent les données de quatre études évaluant les effets de la zoothérapie sur les symptômes dépressifs. Les résultats sont divisés entre deux études qui ne constatent aucun changement significatif au niveau des symptômes dépressifs chez les aînés participants à la zoothérapie et deux autres études qui constatent une diminution des symptômes dépressifs à la suite des séances de la zoothérapie.

En somme, on peut constater qu'au niveau des effets de la zoothérapie sur la dépression, la totalité de données analysées dans notre recension démontrent des impacts

positifs ou un maintien des symptômes chez le groupe expérimental ce qui peut être interprété comme un effet positif quand on constate une aggravation des symptômes dépressifs chez les individus du groupe contrôle.

2.2. Effets de la zoothérapie sur l'anxiété et l'agitation

Filan et Llewellyn-Jones (2006) confirment dans leur revue de littérature que cinq études sur six ont enregistré des améliorations significatives du niveau d'agitation et d'anxiété chez les aînés atteints de TNC à la suite d'une séance de zoothérapie et cela indépendamment de la forme ou de la fréquence de la thérapie. Par exemple, l'étude de McCabe et al. (2002) citée par Filan et Llewellyn-Jones (2006) démontre que le niveau d'anxiété diminue chez les aînés non seulement immédiatement après les séances de zoothérapie, mais reste plus bas pendant plusieurs jours après la séance. Ceci nous donne un indice sur la durabilité des effets de zoothérapie dans le temps. Richeson (2003), cité par Filan et Llewellyn-Jones (2006), a également constaté une diminution importante de l'agitation chez les résidents à la suite des séances de zoothérapie, cependant les comportements anxieux sont réapparus une fois l'intervention terminée.

Olsen et al. (2016), Friedmann et al. (2015), Majic et al. (2013), Sollami et al. (2017) et Filan (2006) constatent que la zoothérapie peut avoir des effets positifs au niveau de l'anxiété et l'agitation. À la suite de la réalisation de leur étude, Majic et al. (2013) notent que le niveau d'agitation et d'anxiété est resté stable chez les résidents bénéficiant de la zoothérapie tandis qu'il s'est aggravé chez les résidents du groupe contrôle. Sollami et al. (2017) qui ont évalué le niveau d'anxiété à l'aide de l'outil « Hamilton Anxiety Scale » (HAM-A) affirment que le niveau d'anxiété est moins élevé chez les résidents après avoir participé à une séance de zoothérapie.

Les études d'Olsen et al. (2016) et de Friedmann et al. (2015) démontrent que la zoothérapie a très peu d'effet sur l'agitation et l'anxiété. Olsen et al. (2016) ont effectué un essai clinique randomisé par grappes dans 10 résidences avec 5 résidences comme groupe contrôle et 5 résidences comme groupe expérimental. Le niveau d'agitation et d'anxiété a

été évalué avec l'outil « Brief Agitation Rating Scale » (BARS) et les auteurs constatent peu de changements significatifs au niveau de l'agitation et de l'anxiété. Le même résultat est appuyé par Friedmann et al. (2015) qui ont étudié les effets de la zoothérapie chez 32 sujets et qui ont mesuré l'agitation avec l'outil « Cohen-Mansfield Agitation Inventory ».

2.3. Effets de la zoothérapie sur la qualité de vie

Quatre études sur les huit examinées mesurent les effets de la zoothérapie sur la qualité de vie des aînés. Trois études affirment que la zoothérapie a des effets bénéfiques sur la qualité de vie des aînés atteints de TNC. Sollami et al. (2017) ont constaté une amélioration importante au niveau de la qualité de vie chez les aînés après avoir participé à une séance de zoothérapie. Cette étude longitudinale évalue la qualité de vie avec l'instrument « Quality of Life Scale In Late-Stage Dementia » (QUALID). Nordgren et Engstrom (2014) utilisent le même instrument de mesure et ont également enregistré une amélioration importante au niveau de la qualité de vie chez les aînés à la suite de séances de zoothérapie. De plus, ces derniers constatent que la zoothérapie apporte d'autres bienfaits qui n'ont pas été officiellement mesurés ni enregistrés dans leur étude tels que la joie, un sentiment de bien-être ou une meilleure expression des émotions.

Olsen et al. (2016) arrivent à la même conclusion. La qualité de vie des aînés, évaluée avec l'instrument QUALID, s'est améliorée à la suite des séances de zoothérapie. De plus, ces auteurs constatent que l'amélioration est plus marquante chez les participants ayant un déficit cognitif plus important. Par ailleurs, ces auteurs ont également remarqué que l'effet de la zoothérapie est durable dans le temps, car leurs données ont été enregistrées avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et trois mois après la fin de l'intervention. Les données démontrent que l'amélioration de la qualité de vie perdure même trois mois après que les séances de zoothérapie soient terminées.

Il est important d'ajouter que le questionnaire QUALID est composé de trois sections qui évaluent le niveau de variables suivantes : inconfort, interactions sociales et dépression (Sollami et al., 2016). Nous pourrions donc interpréter les résultats obtenus par

l'instrument QUALID non seulement pour évaluer la qualité de vie, mais aussi pour évaluer plus spécifiquement le niveau de la dépression ou des interactions sociales. Ces variables sont interreliées et indiquent le niveau de bien-être des participants.

Seulement une étude, celle de Briones et al. (2019) rapporte que la zoothérapie n'a pas un effet significatif sur la qualité de vie des aînés puisque les auteurs ont constaté une amélioration de la qualité de vie autant chez le groupe expérimental bénéficiant de la zoothérapie que le groupe contrôle bénéficiant des activités régulières. L'étude a été réalisée auprès de 34 aînés qui participaient aux séances de zoothérapie pendant une période de neuf mois.

2.4. Zoothérapie en contexte interdisciplinaire

Sollami et al. (2017) constatent que la présence de la zoothérapie dans une résidence pour aînés a eu d'autres bienfaits qui n'ont pas été mesurés par les instruments utilisés, tels que l'augmentation de la participation active des résidents habituellement isolés et l'augmentation du sentiment d'appartenance. De plus, Sollami et al. (2017) suggèrent que la zoothérapie fasse partie intégrante des soins dispensés afin de bonifier le travail d'équipe interdisciplinaire visant un objectif commun : améliorer la santé du patient.

« Pet Therapy could be considered as a resource that a nurse (but not only) could use to provide a more effective assistance to the patient. (...) Pet Therapy could be listed with other effective therapies (...), where a team of health professionals act closely for patient's health according to each professional expertise. » (Sollami et al., 2017, p. 30 – 31)

Sollami et al. (2017) ne sont pas les seuls à constater que la collaboration interprofessionnelle avec des zoothérapeutes est une approche qui nous permettrait de mieux répondre aux besoins complexes des aînés. Nordgren et Engstrom (2014) proposent également que les séances de zoothérapie bien encadrées, personnalisées et réalisées par des professionnels formés doivent faire partie intégrante des interventions psychosociales au sein des milieux d'hébergement des aînés atteints de troubles neurocognitifs.

Ces deux propos retenus des articles scientifiques analysés nous amènent à réfléchir sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle en zoothérapie, plus spécifiquement sur l'intégration des zoothérapeutes dans l'équipe clinique des intervenants interdisciplinaires dans un milieu d'hébergement pour les aînés. Le but commun des intervenants de tous les domaines du milieu de la santé est d'améliorer le bien-être, la santé et la qualité de vie des patients. Si la collaboration interprofessionnelle avec des zoothérapeutes peut contribuer à atteindre ce but auprès des aînés atteints de TNC hébergés en CHSLD ou en RI, ne devrions-nous explorer les façons dont nous pourrions y arriver?

CHAPITRE 3. OBJECTIFS

Nous allons maintenant présenter les objectifs de notre projet novateur au sujet de la collaboration entre les zoothérapeutes et divers intervenants des milieux d'hébergement. Nous avons défini un objectif général et trois objectifs spécifiques.

3.1. Objectif général

Développer un modèle de collaboration interprofessionnelle optimale entre la zoothérapeute et l'équipe interdisciplinaire afin de favoriser l'utilisation de la zoothérapie comme une approche non pharmacologique pour la gestion des SCPD chez les aînés hébergés en CHSLD ou en RI.

3.2. Objectifs spécifiques

- 1) Déterminer les facilitateurs, les défis et les dimensions clés d'une collaboration interprofessionnelle optimale.
- 2) Établir un portrait de la situation actuelle de la collaboration entre une équipe interdisciplinaire et une zoothérapeute travaillant auprès des aînés présentant des SCPD hébergés en CHSLD ou RI.
- 3) Élaborer un modèle de collaboration interprofessionnelle optimale entre une zoothérapeute et une équipe interdisciplinaire d'un CHSLD ou d'une RI.

CHAPITRE 4. MÉTHODES

Nous allons maintenant présenter la méthodologie utilisée pour répondre aux trois objectifs de notre projet. D'abord une recension de la littérature a été réalisée pour répondre au premier objectif, c'est-à-dire définir les dimensions clés d'une collaboration interprofessionnelle optimale. Par la suite des entrevues semi-dirigées et une analyse thématique de données qualitatives obtenues lors de ces entrevues ont été complétées pour bien illustrer la situation actuelle de la collaboration et ainsi répondre au deuxième objectif. Et finalement une analyse comparative de données obtenues par la recension, par les entrevues semi-dirigées et par les entrevues non dirigées a été réalisée.

4.1. Méthodes de collecte de données

4.1.1. Recherche documentaire

Afin de répondre au premier objectif, une recension des écrits a été effectuée. La littérature scientifique a été consultée afin de pouvoir déterminer les facteurs clés, les facilitateurs et les obstacles d'une collaboration interprofessionnelle (CIP) entre une zoothérapeute et des intervenants interdisciplinaires. Une recherche dans les bases de données spécialisées en santé MedLine, CINAHL et Abstracts in Social Gerontology a été effectuée. Les mots clés « interdisciplinary collaboration, aged* (regroupant les personnes âgées de 65 ans et plus), animal assisted therapy* et non-pharmacological interventions* (regroupant les interventions assistées par animal et les approches et thérapies non pharmacologiques) » ont été utilisés.

La recherche a été effectuée en utilisant différentes combinaisons des mots clés. Les résultats de la recherche selon mots clés utilisés ont été les suivants:

- Mots clés : interdisciplinary collaboration, aged*, animal assisted therapy*, non-pharmacological interventions – 0 résultat
- Mots clés : interdisciplinary collaboration, aged*, animal assisted therapy* – 0 résultat

- Mots clés : interdisciplinary collaboration, aged*, non-pharmacological interventions* – 11 résultats
- Mots clés : interdisciplinary collaboration, aged* - MedLine : 1307 résultats, CINAHL : 463 résultats, Abstracts in social gerontology : 159 résultats

Le manque de la littérature au sujet de la collaboration interprofessionnelle et zoothérapie démontre le côté novateur de notre projet. Ceci nous a poussés à élargir la recherche en gardant seulement deux mots clés : « interdisciplinary collaboration » et « aged* ».

Par la suite, les critères de la recherche ont été raffinés ce qui nous a permis d'obtenir uniquement des articles publiés après l'année 2005 contenant les mots clés « interdisciplinary collaboration et aged* » dans la section « subject ». Ceci a réduit le nombre de résultats à 326 dans les trois bases de données. La majorité des articles parlaient des problématiques très spécifiques, telles que la CIP et la santé buccodentaire, la CIP et la gestion de la douleur ou la CIP et la prévention des plaies chez les aînés. Ces articles ont été exclus, car leur pertinence pour le présent projet est faible. Quatre articles traitant le sujet de la collaboration interprofessionnelle auprès les aînés dans un sens plus large ont été retenus.

D'autre part la bibliographie du cours IGR740 au sujet de la Collaboration interprofessionnelle, qui a été complété dans le cadre d'un DESS en gérontologie à l'Université de Sherbrooke en 2016 a également été consultée. Trois publications parlant de la CIP en général ainsi que deux publications spécifiques au sujet de la communication interprofessionnelle et la gestion des conflits ont été consultés pour la recension.

Une recherche dans la littérature grise a été effectuée à l'aide du moteur de recherche Google. Les mots clés suivants ont été utilisés : collaboration interprofessionnelle, collaboration interdisciplinaire, santé. Le grand nombre d'articles publiés au sujet de la CIP nous a poussés à faire une sélection restrictive des publications

afin de pouvoir retenir uniquement des articles de synthèse les plus récents et pertinents pour la thématique de notre projet qui est orienté vers la CIP en milieu d'hébergement des aînés en perte d'autonomie. Cette recherche nous a permis de découvrir un document intitulé « Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle », publié en 2016 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Il s'agit d'un document d'une trentaine de pages qui a été rédigé en collaboration avec 13 ordres professionnels du Québec, le Collège des médecins ainsi qu'avec le Regroupement provincial des comités des usagers et qui adresse spécifiquement les particularités de la pratique collaborative adaptée aux besoins des aînés en perte d'autonomie hébergés en CHSLD. Cette spécificité en fait un document fort pertinent pour cette recension considérant la thématique de notre projet.

La recherche sur les plateformes web nous a également permis de prendre connaissance de l'existence de deux grands organismes qui sont des références importantes dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle en santé : 1) le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) affilié à l'Université Laval et 2) le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). Ces deux organismes semblent être directement interreliés ou même fusionnés depuis un certain temps. Plusieurs documents publiés par le RCPI et le CPIS traitant le sujet de la collaboration interprofessionnelle ont également été consultés.

Une liste exhaustive des treize publications retenues pour la recension des écrits se trouve en Annexe 1.

4.1.2. *Entrevues*

Une fois la recension de la littérature au sujet de la collaboration interprofessionnelle complétée, des entrevues semi-dirigées avec des zoothérapeutes et des intervenants de divers milieux d'hébergement ont été effectuées. Ceci nous a permis de répondre au deuxième objectif de notre projet soit établir un portrait de la situation actuelle

de la collaboration entre une zoothérapeute et une équipe interdisciplinaire travaillant auprès des aînés présentant des SCPD hébergés en CHSLD ou en RI.

Tout d'abord, un guide d'entrevue (voir Annexe 2) a été soigneusement préparé en s'appuyant sur les dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle optimale identifiées dans la recension des écrits. Les questions posées lors des entrevues semi-dirigées avaient pour but d'examiner la structure et la forme de la collaboration actuelle entre des zoothérapeutes et divers intervenants. Pour assurer la clarté des questions posées lors des entrevues, un prétest du guide d'entrevue a été réalisé auprès d'une travailleuse sociale ayant plus de huit ans d'expérience en milieu hospitalier qui ne participait pas aux entrevues.

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de trois zoothérapeutes (Z1, Z2, Z3), trois ergothérapeutes (E1, E2, E3), une intervenante en loisir (L1) et une intervenante qualité (I1). La méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Dufour et Larivière, 2012) ainsi que la méthode de boule de neige (Tétreault et al., 2014) ont été utilisées pour la sélection des intervenants et des zoothérapeutes qui ont participé aux entrevues. Les critères de sélection pour les zoothérapeutes étaient : être membre actif de la Corporation des zoothérapeutes du Québec (CZQ) et avoir au moins 2 ans d'expérience d'intervention auprès des aînés en perte d'autonomie. Les critères de sélection des intervenants étaient : travailler en milieu d'hébergement auprès des aînés en perte d'autonomie et avoir connaissance d'une présence d'une zoothérapeute dans l'établissement. Les tableaux 1 et 2 résument les caractéristiques des zoothérapeutes et des intervenants qui ont participé aux entrevues.

Tableau 1 : Caractéristiques des répondantes zoothérapeutes

Type d'intervenant	Zoothérapeutes		
	Z1	Z2	Z3
Type d'échantillonnage	Échantillonnage raisonné		
Milieus de travail	CHSLD RI RPA	CHSLD	CHSLD RI RPA

Tableau 2 : Caractéristiques des répondantes intervenantes

Type d'intervenant	Ergothérapeutes			Loisirs	Intervenante qualité
	E1	E2	E3	L1	I1
Type d'échantillonnage	Boule de neige	Boule de neige	Échantillonnage raisonné	Échantillonnage raisonné	Échantillonnage raisonné
Milieus de travail	IUGM équipe volante SCPD	CHSLD public	CHSLD privé conventionné	CHSLD privé conventionné	RI

Due à la situation d'urgence sanitaire reliée à la pandémie COVID-19, le personnel travaillant en milieu d'hébergement auprès des aînés en perte d'autonomie était débordé ce qui a rendu le recrutement de nombreux professionnels, tels que des infirmières ou des physiothérapeutes non réalisable.

Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des participants et des comptes rendus des entrevues ont été rédigés.

4.2. Méthodes d'analyse

Une analyse thématique des données qualitatives obtenues lors des entrevues a été réalisée. Le classement a été effectué selon les thèmes et les rubriques définies en fonction du sujet et des objectifs de notre projet. Une grille d'analyse comportant trois rubriques et onze sous-rubriques a été créée et complétée. La méthode de codage nous a permis de trier les données, repérer les verbatims pertinents et classer l'information obtenue selon les rubriques et sous-rubriques identifiées. Le codage des verbatims a fait émerger plus d'une vingtaine de thèmes ce qui nous a permis de finaliser l'analyse des données et bien identifier toute information pertinente. Une partie de la grille d'analyse complétée est disponible en annexe 3. Cette analyse thématique détaillée nous a permis d'illustrer la situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle avec les facilitateurs, les obstacles et les contraintes reliés ce qui répond à notre deuxième objectif.

Ensuite, une analyse comparative des données de la recension des écrits et des données obtenues lors des entrevues nous a permis de répondre au troisième objectif :

proposer un modèle d'optimisation de la collaboration interprofessionnelle entre zoothérapeutes et intervenants des milieux d'hébergement. Nous avons comparé les données de la littérature décrivant les dimensions clés d'une collaboration interprofessionnelle optimale avec les données illustrant la situation de la collaboration actuelle telle que décrite par les intervenants et les zoothérapeutes. Cette analyse approfondie nous a permis d'identifier des écarts entre la situation optimale et la situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle étudiée. Cet exercice d'analyse comparative nous a inspirés à développer et proposer non seulement un, mais deux modèles d'optimisation de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement: un modèle d'optimisation partielle et un modèle d'optimisation complète.

Finalement des entrevues non dirigées ayant pour but de valider la fiabilité des modèles ainsi que la pertinence de notre proposition d'optimisation ont été réalisées auprès d'une zoothérapeute et d'une ergothérapeute. Les deux participantes aux entrevues de validation ont été sélectionnées avec la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Dufour et Larivière, 2012). Le schéma représentant la situation actuelle de la CI, les résumés des facilitateurs, des obstacles et des contraintes à la CIP actuelle ainsi que les deux modèles d'optimisation ont été présentés lors des entrevues de validation. Les commentaires des deux participantes ont été considérés et nous ont permis d'apporter quelques derniers ajustements aux modèles d'optimisation de la collaboration.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS

Nous allons maintenant présenter les résultats des trois objectifs de notre projet. Premièrement nous allons présenter les résultats de la recension des écrits effectuée au sujet de la collaboration interprofessionnelle ce qui répond au premier objectif. Deuxièmement, nous allons dévoiler les résultats obtenus au terme des entrevues effectuées en lien avec notre deuxième objectif : état de la collaboration actuelle et finalement nous allons présenter deux modèles d'optimisation de la CIP que nous avons élaborés afin de répondre au troisième objectif.

5.1. La collaboration interprofessionnelle selon les écrits scientifiques

Grâce à la recherche documentaire décrite dans la section 4.1.1., nous avons retenu 13 écrits et publications variés qui nous ont servi comme source d'information pour la présente recension. Cette dernière a pour but d'examiner et d'expliquer les dimensions clés, les facilitateurs et les défis d'une collaboration interprofessionnelle réussite.

Tout d'abord, nous allons clarifier la terminologie employée au sujet de la collaboration interprofessionnelle. Par la suite, nous allons examiner plus spécifiquement les six dimensions clés d'une collaboration interprofessionnelle optimale ainsi que le rôle et l'importance des rencontres interdisciplinaires. Finalement les facilitateurs, les limites et les contraintes d'un travail collaboratif seront présentés.

5.1.1. *Terminologie*

Le grand nombre de publications et d'écrits au sujet de la collaboration interprofessionnelle témoignent bien de sa complexité et de son importance. D'abord, il est important de clarifier l'utilisation de la bonne terminologie : interprofessionnalisme ou interdisciplinarité? L'utilisation de la terminologie n'est pas toujours cohérente d'une source à l'autre. Il s'agit de deux concepts proches, mais distincts.

L'interdisciplinarité dans le contexte d'intervention dans le domaine de la santé est une forme de collaboration interprofessionnelle. Les auteurs du Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (2018) développé par le RCPI définissent la collaboration interprofessionnelle comme étant « un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté » (Careau et al., 2018, p. 7). La collaboration interprofessionnelle prend la forme de l'interdisciplinarité lorsque les interactions et l'interdépendance entre les professionnels s'intensifient (Careau et al., 2018). Ceci est le cas lors des situations plus complexes quand tous les professionnels sont invités à mettre leur expertise au profit d'un savoir commun. Ils peuvent ainsi coconstruire une compréhension commune des besoins biopsychosociaux du patient, afin de déterminer les actions requises pour atteindre les objectifs donnés (Careau et al., 2018).

Couturier et al., 2016 définissent les deux concepts différemment. Selon ces auteurs le terme interdisciplinaire fait référence à une co-transformation des disciplines tandis que le terme interprofessionnel concerne spécifiquement la co-transformation des praticiens, sur les plans individuel et collectif (Couturier et al., 2016).

On remarque une absence de consensus quant à la terminologie utilisée en matière de collaboration interprofessionnelle. Les termes utilisés dans la littérature sont souvent confondus et employés sans distinction. Dans le cadre de ce travail, nous allons adopter le terme collaboration interprofessionnelle (CIP) ainsi que sa définition retenue par le RCPI, nommée plus haut, car cette dernière se base sur le modèle conceptuel intitulé « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient ». Ceci représente une pratique qui est proche des valeurs de notre projet novateur qui met le patient et ses besoins au centre de son attention.

5.1.2. *Disciplinarité et collaboration interprofessionnelle*

Le savoir et les connaissances humaines sont divisés ou découpés dans différentes disciplines selon le domaine: droit, théologie, philosophie, etc. (Couturier et al.,2016). On estime à plus de 10 000, les différentes disciplines qui existent à l'heure actuelle (Couturier et al., 2016). Être spécialiste dans un domaine sur 10 000 nous permet d'approfondir nos connaissances dans une seule discipline très détaillée, de concentrer notre attention et notre apprentissage sur un seul sujet et de maîtriser des problématiques très spécifiques et pointues.

Cependant, les problématiques que nous rencontrons au niveau de la santé ne sont pas nécessairement reliées à une seule discipline, mais touchent souvent plusieurs domaines de la santé qui sont interreliés. Afin de montrer la pertinence d'une approche holistique, Couturier et al. présentent un exemple d'une personne qui a des problèmes au niveau cardiaque et consulte un spécialiste en cardiologie. Avec la complexité de connaissances attachées à la discipline de cardiologie, un cardiologue peut difficilement être spécialiste en nutrition. Pourtant il y a un lien direct entre la santé du cœur et la qualité de l'alimentation du patient (Couturier et al., 2016).

La fragmentation des connaissances a l'avantage de pouvoir retrouver des spécialisations très pointues, mais son inconvénient est la perte éventuelle du lien entre plusieurs disciplines ou savoirs qui sont pourtant interdépendants (Couturier et al., 2016). Si nous voulons répondre à une problématique de santé dans sa globalité d'une façon holistique il faut faire appel à plusieurs spécialistes ce qui vient confirmer l'importance de la collaboration interprofessionnelle en santé. Ceci est un fait fondamental lorsqu'on intervient auprès des aînés en perte d'autonomie qui peuvent vivre des situations assez complexes.

« La nécessité de l'interdisciplinarité comme condition favorable à une continuité accrue entre les acteurs de disciplines diverses émerge depuis quelques décennies afin que les continuités naturelles soient mieux reconnues, mais surtout plus efficaces dans les situations complexes, comme c'est le cas pour les

personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. » (Couturier et al., 2016, p. 63-64)

5.1.3. *Dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle*

Le travail collaboratif entre divers professionnels de la santé dépend de plusieurs facteurs incluant le niveau de complexité de la situation, les compétences disciplinaires ou les modalités de communication dans les équipes de travail ainsi que des conditions structurelles ou organisationnelles de l'établissement, par ex. : leadership clinique, formation des équipes, ratio et variété des professionnels, etc. (Gagnier et Roy, 2013 et Careau et al., 2018).

La documentation définit six grandes dimensions clés à développer afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de la santé (CPIS, 2010 et Careau et al., 2018) :

1. Soins centrés sur le patient ou client
2. Clarification des rôles
3. Travail d'équipe
4. Leadership collaboratif
5. Résolution des conflits interprofessionnels
6. Communication interprofessionnelle

Nous allons maintenant présenter plus en détail les six dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle. Le tableau 3 présente un résumé des six dimensions clés et leurs descripteurs.

5.1.3.1. *Soins centrés sur le patient*

Plusieurs auteurs, notamment Couturier et al. (2016), Careau et al. (2018), Bloem et al. (2020) et Plourde (2016) mentionnent l'importance de l'inclusion du patient, son proche aidant ou sa famille dans le processus décisionnel. La contribution du patient, la valorisation et l'intégration de sa participation dans la prestation des soins et services sont

au centre de l'approche centrée sur le patient. On parle donc d'une collaboration non seulement entre divers intervenants de la santé, mais également entre divers intervenants et le patient ou son proche aidant. Dans l'approche centrée sur le patient, ce dernier est considéré comme étant le seul expert de sa propre vie avec les conditions variées et joue donc un rôle essentiel dans la création de son plan de soins réaliste et adapté.

Plourde, l'auteur du document traitant le sujet de la collaboration interprofessionnelle dans les CHSLD publié par l'OIIQ, souligne que l'approche optimale devrait s'articuler autour d'un continuum de vie de la personne hébergée. Le continuum de vie est défini comme étant un « concept fondé sur une approche centrée sur la personne et une philosophie humaniste. Il s'articule autour de la reconnaissance que la personne hébergée en CHSLD nécessite des soins et des services adaptés qui visent le bien-être et le maintien de sa qualité de vie, telle qu'elle est définie par la personne et ses proches. » (Plourde, 2016, p.4).

5.1.3.2. Clarification des rôles

Selon le Cadre national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme publié en 2010 par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), chaque intervenant doit comprendre, connaître et respecter le rôle, les capacités, les savoirs, les limites et les habiletés de lui-même ainsi que des autres intervenants. Il est important qu'un intervenant soit capable de s'exprimer dans une langue appropriée et qu'il possède une bonne capacité d'écoute. Ceci lui permet de bien distinguer les situations quand il serait favorable de partager ses propres habiletés avec les autres intervenants et quand aller chercher l'expertise de ses collègues (CPIS, 2010).

Autrement dit, pour que la CIP fonctionne d'une façon optimale, les intervenants doivent bien connaître et respecter leur propre rôle ainsi que le rôle des autres intervenants et bien se servir de leurs connaissances afin d'établir et atteindre les objectifs selon les besoins du patient. Pour que chaque intervenant puisse travailler pleinement selon son

champ de pratique il doit souvent se demander qui est l'intervenant qui possède le savoir et les compétences nécessaires pour répondre au besoin spécifique du patient. Ceci permet une consultation plus appropriée des intervenants ainsi qu'une meilleure répartition des tâches (CPIS, 2010).

Les documents consultés ne précisent pas ou et de quelle façon les intervenants obtiendront de l'information sur le champ de pratique des autres professions. Cependant, Plourde (2016) suggère que les intervenants peuvent trouver de l'information concernant les autres professions dans des publications des ordres professionnels respectifs. Il est important de mentionner que jusqu'à présent, il n'existe pas d'ordre professionnel pour la pratique de la zoothérapie au Québec. Toutefois, un des rôles de la Corporation des zoothérapeutes du Québec (CZQ) est de faire connaître la zoothérapie et de fournir toute information reliée à cette approche novatrice aux personnes qui s'y intéressent.

5.1.3.3. Travail d'équipe

Une collaboration interprofessionnelle efficace ne peut être réalisée que si les intervenants comprennent bien la dynamique du travail en équipe et appliquent ces concepts dans leur pratique.

Le travail d'équipe est caractérisé par le respect des valeurs éthiques de divers membres d'équipe, par la participation collaborative de tous les membres d'équipe à une prise de décision et par un établissement et entretien des relations de travail efficaces et saines entre tous les membres d'équipe incluant le patient et sa famille. De plus, les intervenants devraient être en mesure de rendre les interactions entre les différents membres d'équipe efficaces et examiner régulièrement leur façon d'interagir avec les autres intervenants, le patient et sa famille (CPIS, 2010).

Les principaux concepts du travail d'équipe viennent rejoindre quelques règles de la coopération professionnelle selon St-Arnaud présentés dans son ouvrage *L'interaction*

professionnelle, Efficacité et collaboration (St-Arnaud, 2003). L'auteur définit cinq règles de coopération professionnelle : du partenariat, de la concertation, de l'alternance des canaux de communication, de la non-ingérence et de la responsabilisation. Quelques indices indiquant la bonne utilisation de ces règles sont : la preuve de non-jugement face à l'expertise des autres intervenants, la demande d'avis d'un autre intervenant touchant son champ de compétence, l'utilisation des mots « ensemble, nous... » dans le vocabulaire et la réaction avec la diplomatie et respect (St-Arnaud, 2003).

Un travail d'équipe optimal demande de la part des intervenants du respect, de l'écoute attentive et de la disponibilité. Les intervenants doivent être capables de partager l'information nécessaire afin de bien coordonner les soins entre eux, le patient et la famille sans commettre des erreurs qui pourraient avoir un effet néfaste sur le patient et la qualité des soins qui lui sont offerts. Les situations plus complexes demandent davantage de rigueur, de partage et de planification collaborative de la part des intervenants (CPIS, 2010).

5.1.3.4. Leadership collaboratif

Cette quatrième dimension clé qui assure une collaboration interprofessionnelle optimale est le leadership collaboratif, autrement dit une aptitude à diriger en collaboration.

Cette compétence encourage une prise de responsabilité constante par chaque membre de l'équipe tout en respectant son champ de pratique. Lorsque la situation l'exige, les intervenants choisissent de manière concertée un intervenant qui devient leader du groupe et s'assure que les membres d'équipe continuent à collaborer d'une façon respectueuse, efficace et complémentaire et que les décisions soient prises en collaboration avec tous les membres d'équipe (CPIS, 2010). La sélection du leader est souvent basée sur le besoin d'une expertise particulière lors d'une situation donnée.

Le CPIS (2010) décrit deux orientations du leadership collaboratif : orientation vers la tâche et orientation vers la relation. L'orientation vers la tâche signifie que le leader s'assure que les membres d'équipe concentrent leur attention vers les tâches nécessaires afin d'atteindre l'objectif établi collectivement. Orientation vers la relation signifie que le leader offre un soutien nécessaire pour que les membres d'équipe puissent travailler efficacement ensemble (CPIS, 2010).

Dans certaines situations le rôle de leader peut être pris en charge par le patient, son proche aidant ou même des stagiaires qui sont inclus dans l'équipe des intervenants. Il y a aussi une possibilité d'avoir deux leaders, un qui assure l'orientation vers la tâche et l'autre qui assure l'orientation vers la relation. Tout le processus se déroule toujours dans le respect et la concertation de tous les membres d'équipe (CPIS, 2010).

5.1.3.5. Résolution de conflits interprofessionnels

Lors de la collaboration de plusieurs intervenants de divers domaines, les conflits interprofessionnels sont inévitables et ne devraient pas être vus comme un événement négatif à éviter, mais devraient plutôt être perçus comme des événements sains qui encouragent des interactions constructives. Les membres d'équipe devraient adopter une attitude positive favorisant une expression des opinions différentes (CPIS, 2010).

Selon le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé les deux sources principales des conflits interprofessionnelles sont les rôles des intervenants et les objectifs à atteindre en travail collaboratif. Les rôles des intervenants ainsi que la hiérarchie professionnelle entre différents intervenants peuvent causer des conflits liés aux diverses responsabilités ou aux perceptions relatives au travail de chaque intervenant (Dahlke et al., 2020). Les conflits peuvent émerger non seulement entre divers intervenants, mais aussi entre des intervenants et le patient ou les proches aidants. Au niveau des objectifs, c'est la diversité de la philosophie concernant les soins et les croyances spirituelles ou religieuses qui sont la source la plus fréquente des différences d'opinions (CPIS, 2010).

Plusieurs attitudes peuvent avoir un effet favorable sur la gestion des situations de conflit interprofessionnel. L'ouverture à la diversité d'opinion, son acceptation et sa considération comme une richesse pour l'ensemble des membres d'équipe en sont un bon exemple. Une stratégie de gestion de conflits bien identifiée et comprise par les membres d'équipe, des lignes directrices pour la résolution de différends ainsi qu'une analyse des sources de conflits sont des facilitateurs qui permettent de trouver une solution commune lors des situations de conflit (CPIS, 2010).

Les stratégies de gestion de conflit sont définies par les membres d'équipe eux-mêmes tout en respectant les valeurs, les croyances et les rôles de tous les membres d'équipe. Les intervenants élaborent une série d'ententes et s'engagent à avoir une volonté de résoudre les conflits tout en évaluant et gérant leurs propres comportements (CIPS, 2010). Ceci demande un certain niveau de maturité et professionnalisme de la part des membres d'équipe.

5.1.3.6. Communication interprofessionnelle

Il est important que tous les membres d'équipe soient capables de bien communiquer entre eux ainsi qu'avec le patient et sa famille ou ses proches aidants. Une bonne communication interprofessionnelle se déroule dans un esprit de collaboration et est caractérisée par une écoute active, une divulgation, une transparence et une confiance envers les autres intervenants et le patient (CPIS, 2010). Les intervenants doivent faire preuve de disponibilité, de respect et se doivent utiliser d'une façon efficace diverses technologies de communication écrite ou verbale. La communication interprofessionnelle est essentielle afin que l'équipe puisse identifier des objectifs partagés, élaborer des plans de soins partagés et soutenir la prise de décision commune (CIPS, 2010).

Parmi les différents moyens de la communication verbale, on peut nommer : négociation, consultation, interaction, discussion ou débat (CPIS, 2010). Peu importe le

moyen de la communication utilisé, c'est la structure du message et l'information communiquée qui sont importantes. Un modèle de communication SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) (Velji et al., 2008) a été développé afin de rendre les communications dans le domaine de la santé efficaces.

Le modèle de communication SBAR appliqué en milieu de la santé avait pour but de maximiser l'efficacité des communications urgentes entre les médecins et les infirmières (Narayan, 2013). En 2008, Velji et al. ont réalisé une étude qui avait pour but de vérifier l'applicabilité et l'efficacité de ce modèle en milieu de réadaptation pour des communications non urgentes entre divers intervenants. Cet outil s'est montré efficace et les intervenants participants à l'étude ont constaté que l'utilisation de l'outil SBAR les a aidés dans les communications individuelles ainsi que celles d'équipe.

Le modèle de communication SBAR nous indique quelle structure devrait avoir notre communication avec les autres intervenants ou le patient afin de transmettre toute information pertinente d'une façon claire et bien structurée. Ce modèle nous propose de communiquer les informations dans l'ordre suivant: présentation et description de la situation (*Situation*); information spécifique à la situation comme le diagnostic ou l'âge du patient (*Background*); évaluation de la situation (*Assessment*) et finalement recommandations et attentes (*Recommendations*) (Velji et al. 2008). Le modèle de communication SBAR est présenté dans sa globalité en annexe 4.

Tableau 3 : Résumé des six dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle optimale
(inspiré de CPIS)

Dimensions	Descripteurs
1. Soins centrés sur le patient ou le client	<ul style="list-style-type: none"> • Participation du patient et de ses proches en tant que partenaire à part entière de l'équipe • Prise en considération du continuum de vie du patient • Partage d'information avec le patient et ses proches de manière compréhensive et respectueuse • Participation du patient ou du proche aidant à la prise de décisions et à l'élaboration d'un plan d'intervention
2. Clarification des rôles	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne connaissance des rôles, des compétences, de l'expertise et des responsabilités de soi-même et des autres professionnels • Respect de la culture des autres en assumant son propre rôle • Communication de son rôle, ses propres habilités, et ses savoirs dans un langage approprié
3. Travail d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement des principes de travail respectant tous les membres de l'équipe • Évaluation du fonctionnement de l'équipe (discussions, prises de décision, etc.) afin d'améliorer son efficacité • Respect des autres et de l'éthique du groupe • Participation active à la prise de décisions
4. Leadership collaboratif	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de responsabilité dans son champ de pratique • Promotion des relations fondées sur l'interdépendance • Adoption des mesures facilitantes la concertation et la prise de décision partagée • Application des principes du leadership en contexte de la CI
5. Résolution des conflits interprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Perception positive des conflits • Capacité d'identifier les sources possibles des conflits • Bonne maîtrise des stratégies de gestion efficace des conflits • Établissement des procédures pour résoudre les conflits • Encouragement de l'expression des opinions divers et atteinte d'un consensus en respectant la diversité des opinions
6. Communication interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute active, transparence, confiance et respect des autres • Mise en place des principes de communication adaptés • Utilisation des technologies de l'information et modalités de communication efficaces • Communication favorisant la prise de décisions, l'élaboration des plans de soins et l'identification des objectifs partagés • Modèle de communication SBAR

5.1.4. *Rencontres interdisciplinaires*

Les rencontres interdisciplinaires sont un élément important de la collaboration interprofessionnelle. L'intervention et le travail en collaboration nécessitent un certain niveau d'échange, de partage et de communication entre les intervenants. Les rencontres interdisciplinaires servent à offrir un espace et un temps dédiés à l'échange entre divers membres de l'équipe.

Ces réunions renforcent la solidarité et l'interdépendance et favorisent l'émergence d'une culture de collaboration et d'une intelligence collective à l'intérieur de l'équipe (Couturier et al., 2016). Pour s'assurer que le temps et l'énergie que les intervenants consacrent aux rencontres interdisciplinaires soient bien utilisés, ces dernières doivent être planifiées et avoir une structure bien établie (Hébert, 2007).

Dans les établissements de soins de longue durée pour les aînés en perte d'autonomie, il faut réviser périodiquement le plan d'intervention, détecter de nouvelles problématiques et réorienter l'intervention (Hébert, 2007). Les rencontres interdisciplinaires permettent aux membres de l'équipe de se mettre à jour par rapport aux changements de la situation du patient ou des nouvelles problématiques et ils peuvent également partager de l'information pertinente du point de vue de leur profession en lien avec les problématiques exprimées. Les intervenants peuvent alors partager leurs commentaires, leurs réflexions critiques ou leurs difficultés avec les collègues.

Les rencontres interdisciplinaires doivent toutefois être encadrées par des règles qui précisent comment va se dérouler la réunion, qui devrait y participer et pour quelle raison, quel est l'horaire de la réunion et quels seront les sujets abordés. Un animateur de la réunion qui est un bon communicateur est choisi et son rôle est de rapprocher les points de vue différents ou contradictoires de divers professionnels afin de trouver des pistes d'intervention et des solutions communes (Gagnier et Roy, 2013). Un résumé de la rencontre est inséré dans le dossier du patient et peut être consulté au besoin.

5.1.5. *Influences de la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle*

La mise en œuvre de la CIP dans les milieux de la santé dépend de plusieurs aspects dont la complexité de la situation nécessitant une intervention et la structure organisationnelle de l'établissement.

Les intervenants peuvent rencontrer des situations variées avec un degré de complexité peu élevé ou au contraire très élevé. Le degré de complexité des besoins biopsychosociaux du patient va déterminer le niveau nécessaire des interactions entre les divers intervenants. Plus le patient vit une situation complexe, plus ses besoins biopsychosociaux sont multiples et les intervenants doivent travailler davantage d'une façon collaborative et intégrée pour pouvoir y répondre (RCPI, 2018).

Une structure organisationnelle favorisant la CIP est une structure non hiérarchisée qui valorise la contribution de toutes les disciplines (RCPI, 2018). Les gestionnaires d'un tel établissement encouragent la CIP comme une pratique à privilégier et basent leur reconnaissance davantage sur les résultats de groupe que les rendements individuels. De plus, un établissement qui valorise les principes de la CIP va offrir à son personnel des possibilités de formation au sujet de la CIP, aura une politique de gestion de conflits bien établie et va être orienté vers une amélioration continue des services (RCPI, 2018 et CPIS, 2010). Le CPIS confirme que « les activités visant l'amélioration de la qualité sont plus efficaces lorsqu'elles sont menées par des équipes interprofessionnelles plutôt que par des individus ou des équipes uni-professionnelles, en particulier dans les systèmes complexes » (CPIS, 2010, p. 22).

De plus, Hébert (2007) affirme qu'il est préférable de fractionner les services de grande taille en plus petites équipes ou les membres vont se connaître et vont pouvoir développer une certaine complicité qui est favorable à la CI.

5.1.6. *Limites et contraintes de la collaboration interprofessionnelle*

La collaboration interprofessionnelle a de nombreux avantages, mais elle a aussi ses limites et n'est pas toujours l'approche idéale pour résoudre tous les problèmes en gérontologie. Certaines situations peu complexes nécessitent uniquement l'intervention d'un seul professionnel qui peut prendre des décisions dans son champ de compétence et agir ainsi plus rapidement individuellement qu'en collaboration avec l'ensemble de l'équipe des intervenants (Hébert, 2007).

Le travail en CIP risque aussi d'offrir un terrain propice pour diluer la responsabilité professionnelle individuelle (Hébert, 2007). Un professionnel ne devrait pas se servir de la collaboration en équipe pour fuir ses responsabilités envers le patient. Un professionnel doit être capable, de prendre des décisions nécessaires dans son champ de compétences selon la situation du patient sans nécessairement toujours devoir se référer à l'équipe.

De plus, la division des tâches entre divers professionnels tels qu'un médecin généraliste, une infirmière ou une physiothérapeute peut être une source importante de conflits. Les professions sont établies à la base des disciplines et chaque discipline vient avec une identité professionnelle, une vision et une approche différente pour solutionner un problème (Legault, 2001). La perception que l'intervenant a du rôle des autres membres de l'équipe peut limiter sa capacité de collaboration en équipe. Legault (2001) affirme que l'interprofessionnalité nécessite un certain partage des actes professionnels ce qui peut être perçu comme une perte d'identité professionnelle.

La personnalité de chaque membre de l'équipe joue également un rôle important lors de la CI. Des traits de personnalités, des qualités humaines ou des valeurs individuelles qui ne sont pas liées à une formation professionnelle en particulier peuvent devenir une source de luttes de pouvoir, des frustrations et des conflits qui ne sont pas favorables à un travail collaboratif. De plus, l'éloignement géographique de divers professionnels ainsi que les horaires de travail variables peuvent également causer une contrainte importante à la CIP (Hébert, 2007).

Finalement, un manque d'expertise et de connaissances au niveau de la communication, de la résolution des conflits, du leadership collaboratif ou du travail d'équipe sont des éléments qui freinent la CIP (Young et al., 2011). Les professionnels de la santé sont formés au niveau des connaissances nécessaires pour exercer leur profession, mais la formation au sujet de la CIP est souvent absente. Le tableau 4 résume les éléments représentants des limites ou des contraintes à la CI.

Tableau 4 : Résumé des limites et des contraintes de la collaboration interprofessionnelle

Catégories	Limites et contraintes
Structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du processus est trop longue et ne convient pas aux situations simples • Distance géographique et horaires variables • Structure organisationnelle hiérarchique
Personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Traits de personnalité, valeurs individuelles, culturelles et spirituelles variées
Professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de la dilution de la responsabilité individuelle • Identité professionnelle qui prime le partage des actes • Manque d'expertise et de formation au niveau des différents éléments de la CI • Perception erronée des rôles des autres membres d'équipe et préjugé envers certaines professions

5.2. Situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires des CHSLD et RI

Nous allons maintenant présenter les résultats des entrevues semi-dirigées réalisées auprès de trois zoothérapeutes et cinq diverses intervenantes dont les caractéristiques figurent dans la section 4.1.2. L'analyse thématique des données qualitatives obtenues lors de ces entrevues, décrite dans la section 4.2., nous a permis de classer les données en trois catégories : 1) facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle (CIP) 2) obstacles à la CIP et 3) contraintes à la CIP.

Les facilitateurs ainsi que les obstacles à la CIP identifiés ont été associés aux cinq éléments de la collaboration interprofessionnelle optimale décrits dans la section 5.1. : 1) soins centrés sur le patient, 2) clarifications des rôles, 3) travail d'équipe, 4) communication

interprofessionnelle et 5) rencontres interdisciplinaires. Les contraintes à la CIP sont plutôt reliées à la structure des milieux d'hébergement et non aux dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle. Premièrement nous allons présenter les facilitateurs et les obstacles à la CIP et par la suite les contraintes.

5.2.1. *Facilitateurs de la collaboration actuelle*

Le premier élément facilitant la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenants est directement relié à la dimension des soins centrés sur le patient. Autant les zoothérapeutes que les intervenants placent le résident au centre de leurs interventions. « *Je m'adapte aux besoins du moment présent du résident.* » (Z1), « *Je suis à l'écoute, j'accueille les gens dans leur nouvelle réalité.* » (Z2) Ces affirmations des zoothérapeutes montrent que le résident est au centre de leur intérêt. Dans le contexte de l'intervention auprès des aînés en perte d'autonomie, toutes les professionnelles interrogées ont exprimé directement ou indirectement que leur objectif est de centrer leur pratique autour du résident et de son bien-être. Ceci signifie que les intentions et les intérêts des zoothérapeutes et des intervenantes sont orientés dans la même direction : vers le résident.

Le deuxième facilitateur de la CIP est en lien avec la dimension de la clarification des rôles. Les réponses obtenues de la part des intervenantes indiquent qu'elles ont une très bonne idée générale de ce qu'est la zoothérapie et connaissent bien les tâches générales d'une zoothérapeute. Toutes les intervenantes ont été capables d'identifier les concepts clés d'une intervention en zoothérapie et elles ont toutes démontré une très bonne connaissance des bienfaits que la zoothérapie peut apporter aux aînés. « *Je sais qu'en zoothérapie, on peut travailler des objectifs cliniques comme diminuer l'anxiété ou l'agitation ou même travailler au niveau des SCPD.* » (E2) « *Je sais qu'une zoothérapeute devrait avoir un plan d'intervention et travailler sur des objectifs cliniques.* » (I1) Selon ces affirmations, nous pouvons croire que la zoothérapie est une pratique assez connue par les divers intervenants des milieux d'hébergement des aînés en perte d'autonomie.

De plus, selon les données obtenues, les intervenants ont démontré de l'intérêt à collaborer davantage avec les zoothérapeutes. « *On utilise la zoothérapie seulement comme*

loisir, c'est dommage, car je vois qu'on pourrait l'utiliser davantage pour travailler des objectifs. » (E3) Les zoothérapeutes aussi affirment vouloir collaborer davantage avec les intervenantes. « *On pourrait faire beaucoup plus si on travaillait ensemble avec des zoothérapeutes.* » (E1) Autant les intervenantes que les zoothérapeutes expriment leur désir de collaborer davantage, car elles ressentent que cela serait bénéfique non seulement pour les résidents, mais également pour les intervenants.

5.2.2. *Obstacles à la collaboration actuelle*

Le premier obstacle à la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenantes est également relié à la clarification des rôles. Comme mentionné dans la section précédente les données indiquent que les intervenantes connaissent bien la zoothérapie en général, mais on constate qu'elles ne connaissent ni le rôle ni le mandat de la zoothérapeute qui travaille dans leur établissement. Seulement une intervenante, la technicienne en loisir (L1), sur les cinq interrogées était en mesure de décrire plus spécifiquement le rôle de la zoothérapeute qui se présente à leur établissement. « *Je n'ai jamais vu le plan d'intervention d'une zoothérapeute, je ne sais pas trop sur quoi et comment elle travaille.* » (E3) Aucune intervenante, sauf la technicienne en loisir, n'a jamais été officiellement présentée à une zoothérapeute et personne n'était en mesure d'expliquer avec précision quel est le mandat et quelles sont les tâches et le rôle de la zoothérapeute présente. « *Je n'ai jamais été officiellement présentée à la zoothérapeute qui vient ici.* » (E2) Les zoothérapeutes ont également exprimé un sentiment de ne pas être assez connues ou reconnues. « *Les intervenants ne savent pas ce que je fais, on a encore beaucoup d'éducation à faire.* » (Z2)

De la même façon, les données recueillies montrent des lacunes au niveau de la communication entre les intervenants et la zoothérapeute. Les trois zoothérapeutes affirment qu'elles communiquent uniquement avec la responsable des loisirs de l'établissement et que leurs échanges se limitent souvent à des conversations rapides non planifiées qui ont lieu d'une façon sporadique lorsqu'elles se croisent dans les couloirs des établissements. « *Je parle avec la fille des loisirs quand je la croise sur l'étage, mais elle est souvent occupée.* » (Z1) À l'occasion, la communication est plus structurée, par

exemple par courrier électronique, mais les zoothérapeutes constatent que les échanges sont en général peu organisés et non planifiés. Les zoothérapeutes ainsi que les intervenantes se plaignent de ne pas savoir comment procéder et par où passer pour communiquer ensemble. « *Je n'ai jamais communiqué avec une zoothérapeute, ça passe toujours par loisirs, je ne sais pas trop comment faire autrement, je n'ai pas ses coordonnées.* » (E3) « *Même si je crois que la zoothérapie serait bénéfique pour un résident, je ne sais pas comment procéder. Je passe donc par loisirs et je n'ai pas vraiment de nouvelles après.* » (E2)

Au niveau du travail d'équipe, autant les zoothérapeutes que les intervenantes constatent des lacunes. Les zoothérapeutes ont affirmé d'une façon unanime ne jamais avoir été mises au courant des objectifs cliniques ni des plans d'intervention des autres intervenants. « *Je n'ai pas accès aux dossiers des résidents avec qui je travaille. C'est la responsable des loisirs qui me donne l'information de base.* » (Z1) Le même phénomène a été constaté par quatre intervenants sur cinq qui affirment n'avoir jamais vu un plan d'intervention d'une zoothérapeute et n'avoir jamais partagé leurs plans d'intervention ou des objectifs cliniques avec la zoothérapeute qui travaille dans leur établissement. « *Je n'ai jamais partagé mes objectifs d'intervention avec une zoothérapeute et je n'ai jamais vu un plan d'intervention d'une zoothérapeute non plus.* » (I1) Selon les données obtenues, le travail d'équipe semble être vraiment absent entre les zoothérapeutes et les autres intervenants. « *La communication et la collaboration ne sont pas faciles. On dirait qu'il est pris pour acquis qu'on n'est pas là pour collaborer.* » (Z2)

Il est important d'ajouter que, selon les données obtenues, toutes les zoothérapeutes ainsi que toutes les intervenantes interrogées affirment que les zoothérapeutes ne participent jamais à des rencontres interdisciplinaires.

Le tableau 5 résume les facilitateurs et les obstacles de la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires dans les milieux d'hébergement selon les données obtenues lors des entrevues semi-dirigées effectuées auprès des deux parties.

Tableau 5 : Facilitateurs et obstacles à la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants

Éléments	Facilitateurs	Obstacles
Soins centrés sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de zoothérapie adaptées aux besoins des résidents • Intérêt et intentions des deux parties orientés vers le résident 	
Clarification des rôles	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne connaissance de la zoothérapie et de ses bienfaits de la part des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence des présentations entre la zoothérapeute et les intervenants • Non-connaissance du mandat de la zoothérapeute présente
Communication interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communication entre la zoothérapeute et les loisirs non optimale, mais existante 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de communication entre la zoothérapeute et les divers intervenants (sauf loisirs)
Travail d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Désir des zoothérapeutes de collaborer davantage • Désir des intervenants de collaborer davantage 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence du partage des plans d'intervention et des objectifs cliniques • Absence du partage d'information sur le résident
Rencontres interdisciplinaires		<ul style="list-style-type: none"> • Non-participation aux rencontres interdisciplinaires

5.2.3. Contraintes à la collaboration actuelle

Les données obtenues lors des entrevues ont fait également ressortir des contraintes qui ont un effet néfaste sur la CI. Contrairement aux obstacles à la CI, les contraintes identifiées ne sont pas reliées aux dimensions clés de la collaboration interprofessionnelle optimale telles que la communication ou le travail d'équipe. Il s'agit plutôt d'éléments externes, qui affectent la CIP par d'autres aspects. À la suite de l'analyse des données, les contraintes identifiées ont été classées en trois catégories : 1) contraintes structurelles, 2) contraintes professionnelles et 3) contraintes personnelles.

1. Contraintes structurelles

Deux contraintes structurelles majeures ont été identifiées : une contrainte au niveau de la structure des ressources humaines et une contrainte budgétaire.

Selon les données obtenues, les zoothérapeutes sont toujours engagées comme des intervenantes externes. Elles sont présentes dans l'établissement une ou deux fois par mois ou par semaine et ne font pas partie de l'équipe interdisciplinaire interne. « *On n'a pas de zoothérapeutes à l'interne, elle vient de l'externe. C'est dommage ça serait très utile.* » (E3) « *La vision de la direction de l'établissement nous limite. Il n'y a pas de zoothérapeutes à l'interne.* » (L1) Visiblement, selon les données obtenues, la structure actuelle des milieux d'hébergement des aînés en perte d'autonomie ne permet pas d'engager une zoothérapeute comme intervenante à l'interne. Elles restent donc des intervenantes externes engagées sous contrat.

Les contraintes budgétaires ont également été mentionnées par plusieurs intervenants comme une des contraintes à la collaboration avec des zoothérapeutes. « *On n'a pas de budget pour engager une zoothérapeute plus souvent que deux fois par mois. Et quand elle vient, on veut qu'elle passe son temps à intervenir auprès des résidents, on veut maximiser son temps d'intervention. On ne veut pas la payer pour lire des dossiers, rédiger des notes ou participer à des rencontres.* » (L1) L'intervenante en loisir a clairement exprimé que c'est le manque au niveau de son budget qui l'empêche d'engager la zoothérapeute plus souvent. De plus, il semble que la contrainte budgétaire affecte le mandat que l'intervenante en loisirs va allouer à la zoothérapeute ainsi que les tâches associées. Les réductions budgétaires structurelles ont également un effet sur les budgets alloués à la zoothérapie. « *Le CIUSSS est toujours en restriction budgétaire, alors on coupe tout ce qu'on ne trouve pas essentiel. Or la zoothérapie est selon moi un service essentiel pour les aînés. Maintenant les gens paient de leur poche pour la zoothérapie, car le système n'a pas d'argent.* » (I1)

2. Contrainte professionnelle

Selon les intervenantes et les zoothérapeutes, la loi sur la confidentialité des dossiers médicaux semble limiter la possibilité de divulgation d'information aux zoothérapeutes. « *La loi sur la confidentialité nous limite beaucoup, nous ne pouvons pas avoir toute information nécessaire pour intervenir.* » (Z2) « *Nous ne pouvons pas donner toute information sur le résident à la zoothérapeute, car c'est confidentiel.* » (L1) La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (Éditeur officiel du Québec, 2020) mettent en place différents dispositifs afin de protéger le résident. Ces lois ont pour but de protéger la vie privée et l'information personnelle des résidents ce qui signifie qu'elles limitent l'accès aux dossiers médicaux et le partage d'information y figurant. Actuellement, les zoothérapeutes, qui sont des intervenantes externes et qui ne sont pas membres d'un ordre professionnel, ne peuvent pas avoir accès aux dossiers qui contiennent les informations pertinentes pour leurs interventions. « *Je reçois très peu d'information sur le résident, je dois souvent intervenir selon mon jugement* » (Z2)

3. Contrainte personnelle

Une zoothérapeute mentionne que les intervenants œuvrant dans les milieux d'hébergement proviennent de milieux culturels très variés. Ces représentations culturelles amènent avec elles une variété de façons de percevoir la place de l'animal dans notre vie. Ces visions différentes peuvent également affecter la collaboration entre les zoothérapeutes et les intervenants. « *Parfois il y a des intervenants qui n'ont pas le même rapport que nous avec les chiens. Pour eux, les chiens sont sales et restent dehors, donc on me regarde drôlement quand j'arrive avec un chien dans l'établissement.* » (Z2)

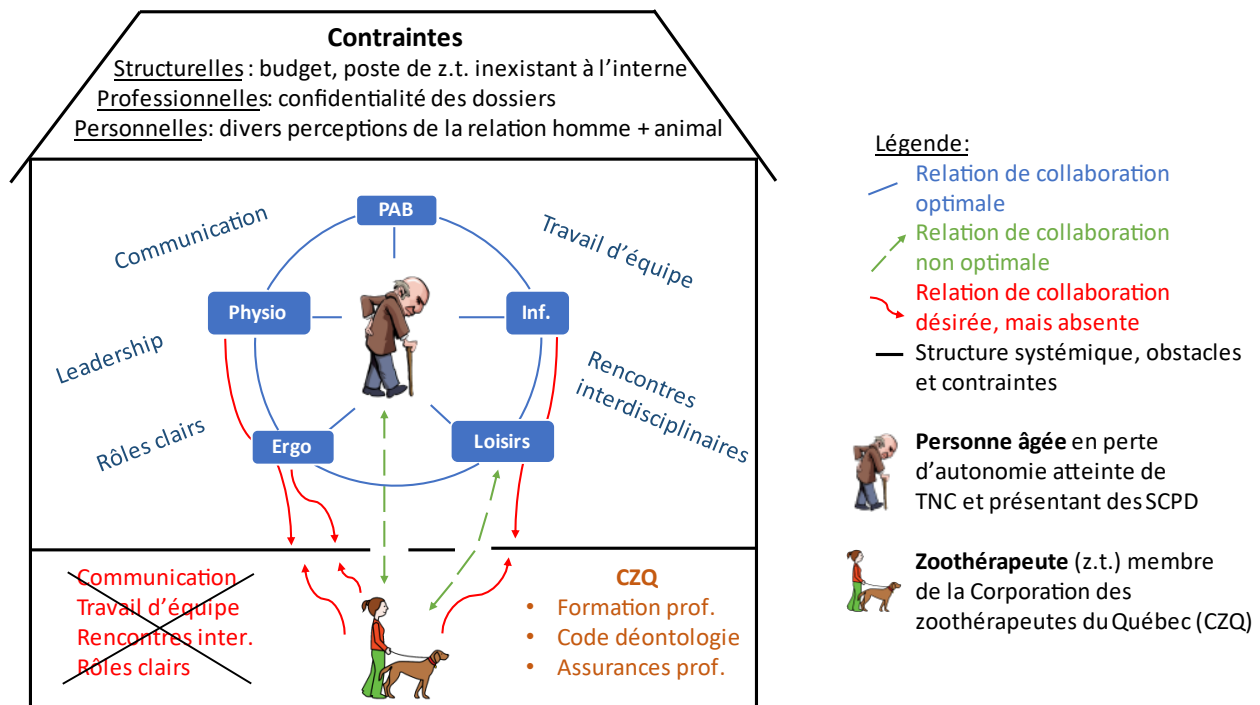
Les diverses contraintes à la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Résumé des contraintes à la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants

Type de contrainte	Contraintes
Structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • Absence du poste de zoothérapeute à l'interne • Budget insuffisant
Professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Loi sur la confidentialité des dossiers
Personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Diverses perceptions de la relation homme + animal

La situation actuelle de la CIP entre les zoothérapeutes et les divers intervenants incluant les facilitateurs, les obstacles et les contraintes associés a été schématisée dans la figure 1.

Figure 1 : Situation actuelle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants



5.3. Optimisation de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants interdisciplinaires des CHSLD et RI

5.3.1. Résultats de l'analyse comparative

Afin d'optimiser la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenants, il faut minimiser ou même éliminer les obstacles et les contraintes qui empêchent la collaboration optimale en ce moment. L'analyse comparative des données obtenues grâce à la recension des écrits décrivant bien les éléments clés d'une collaboration optimale avec les données obtenues lors des entrevues décrivant la situation de collaboration actuelle nous a permis d'identifier plusieurs écarts entre les deux situations, notamment au niveau de la clarification des rôles, de la communication et du travail d'équipe. Notre modèle d'optimisation partielle propose une élimination des obstacles qui créent des écarts au niveau de ces trois dimensions clés de la CIP optimale. Notre modèle d'optimisation complète ajoute à celui d'optimisation partielle des éléments qui ont pour but d'éliminer les contraintes structurelles et professionnelles à la CI.

5.3.2. Optimisation partielle de la collaboration interprofessionnelle

Nous allons maintenant présenter notre premier modèle d'optimisation partielle. Ce modèle propose des changements qui peuvent être mis en place par les intervenants et les zoothérapeutes dans la structure actuelle et qui permettraient d'éliminer tous les obstacles à la CIP tel qu'identifiés dans la section 5.2.2. ainsi que la contrainte professionnelle concernant la confidentialité des dossiers décrite dans la section 5.2.3. Toutefois ces changements ne peuvent pas éliminer les contraintes structurelles qui empêchent la collaboration optimale, car ces contraintes sont mises en place par la structure actuelle du système et ni les zoothérapeutes ni les intervenants ne peuvent effectuer des changements à ce niveau. Ce modèle permet alors d'éliminer uniquement les obstacles et d'optimiser partiellement la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenants dans la structure actuelle.

La recension des écrits effectuée définit bien les six dimensions clés qui doivent être mises en place pour que la collaboration interprofessionnelle en santé soit optimale. Il s'agit des soins centrés sur le patient, de la clarification des rôles des intervenants, de la communication, du travail d'équipe, du leadership collaboratif et de la résolution des conflits. Le leadership collaboratif et la résolution des conflits sont des dimensions qui ne semblent pas affecter la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenantes ce qui nous pousse à porter notre attention davantage sur les quatre autres dimensions clés.

Comme détaillé dans la section recension de la littérature, une collaboration interprofessionnelle optimale exige que les rôles des intervenants soient clairs, que les intervenants communiquent bien entre eux, qu'ils travaillent en équipe et qu'ils mettent le résident et son bien-être au centre de leurs interventions. Puisque les données obtenues illustrent que le résident est bien au centre des interventions des zoothérapeutes et de divers intervenants, les points qui restent à améliorer afin de favoriser la collaboration optimale sont la clarification des rôles la communication et le travail d'équipe.

La clarification des rôles peut être significativement améliorée par un simple processus de présentation de la zoothérapeute plus structuré. Dans une situation optimale, la zoothérapeute s'assurerait qu'elle soit présentée par la responsable des loisirs, ou bien par elle-même, à tous les autres membres d'équipe des intervenants. La zoothérapeute devrait prendre quelques minutes pour bien expliquer son rôle, ses compétences, son expertise et sa formation professionnelle aux intervenants. De plus, il est important que la zoothérapeute explique bien aux intervenants les objectifs sur lesquels elle travaille lors des séances de zoothérapie et qu'elle questionne les intervenants sur leurs rôles et leurs objectifs de travail. Ceci permettrait non seulement de clarifier bien le rôle de chaque intervenant, mais aussi d'établir un lien professionnel plus solide pour faciliter la suite de la collaboration, notamment le travail d'équipe dont nous allons parler plus tard. Lors de cette rencontre de présentation initiale, la zoothérapeute pourrait également partager ses coordonnées avec les intervenants et expliquer quelle est la meilleure façon de communiquer avec elle. Les canaux de communication seront ainsi bien établis et les intervenants auraient une possibilité de communiquer directement avec la zoothérapeute.

Afin d'améliorer la communication avec la responsable des loisirs, des rencontres régulières selon les disponibilités de la responsable des loisirs et de la zoothérapeute devraient être prévues et planifiées d'une façon périodique. L'intervenante en loisirs affirme que cette façon de communiquer serait plus optimale et aura probablement même un effet positif sur le travail d'équipe. *« Il devrait y avoir un temps de réflexion, une rencontre entre l'équipe des loisirs et la zoothérapeute, à chaque 3 mois, disons pour partager davantage. Elle pourrait nous faire part de ses observations, on pourrait s'assurer de travailler dans la même direction. »* (L1)

Puisque le modèle d'optimisation partielle de la CIP ne permet pas d'éliminer les contraintes structurelles, dans ce cas d'optimisation la zoothérapeute reste une intervenante contractuelle externe qui ne participe pas aux rencontres interdisciplinaires des équipes internes. L'instauration des rencontres bi disciplinaires entre la zoothérapeute et une autre intervenante de l'équipe semble alors être un bon compromis qui pourrait diminuer l'effet de l'absence de la zoothérapeute aux rencontres interdisciplinaires et favoriser également le travail d'équipe. De plus, comme les rencontres bi disciplinaires concernent uniquement la zoothérapeute et une autre intervenante de l'équipe, leur organisation ne devrait pas être une tâche complexe. Lors des rencontres bi disciplinaires, les deux professionnels échangeraient sur des situations particulières concernant les résidents qui sont suivis par l'intervenante et qui bénéficient également de la zoothérapie.

De plus, pour que l'intervenante puisse partager avec la zoothérapeute de l'information contenue dans le dossier du résident concerné, il serait important d'éliminer la contrainte professionnelle au niveau de la confidentialité des dossiers et de donner à la zoothérapeute accès à toute information nécessaire pour son intervention. Afin de dissiper cette contrainte il serait important de demander au patient, son proche aidant ou son tuteur légal de signer un consentement d'accès au dossier. Ce consentement donnerait soit le droit à la zoothérapeute d'avoir accès au dossier médical du résident soit la permission aux intervenants de partager avec la zoothérapeute toute information pertinente pour son travail. *« Il faut que la zoothérapeute puisse avoir accès à l'information sur l'état du patient qui change avec l'évolution de la maladie. C'est essentiel, les gens ne sont pas statiques dans le*

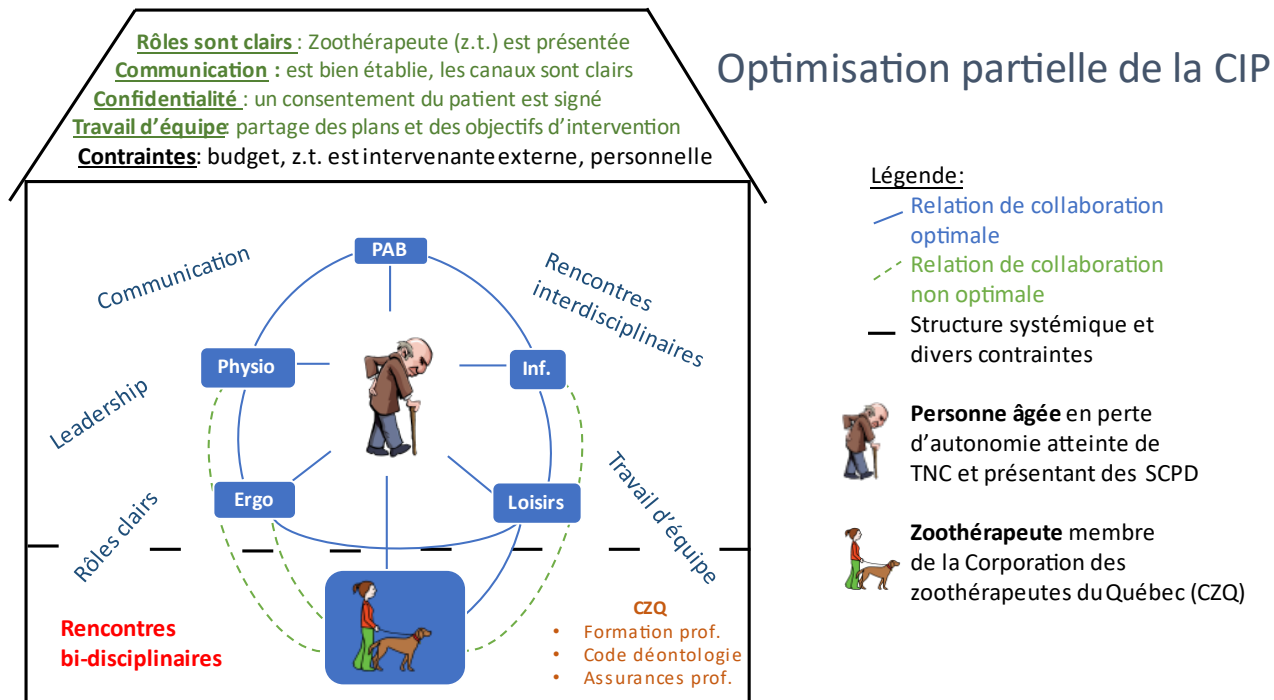
temps. » (E2) Une fois le consentement signé et les canaux de communication clairement établis, la zoothérapeute pourrait être mise au courant de l'état du patient par les intervenants concernés.

Il est évident que l'amélioration de la communication, la meilleure clarification des rôles, l'organisation des rencontres bi disciplinaires et la signature d'un consentement de la part du patient permettraient un meilleur travail d'équipe. Tous ces éléments mis en place par les intervenants et les zoothérapeutes favoriseraient leur partage des plans d'intervention et des objectifs cliniques ainsi que leur travail d'équipe et leur collaboration.

Les seules contraintes présentes dans la situation d'optimisation à court terme, car leur élimination est hors notre contrôle, sont la contrainte personnelle et les des contraintes structurelles : contrainte budgétaire et le fait que les zoothérapeutes sont des intervenantes engagées à l'externe.

La figure 2 présente un schéma du modèle de l'optimisation partielle de la collaboration interprofessionnelle avec les obstacles et les contraintes professionnelles éliminées et les contraintes structurelles, budgétaires et personnelles présentes.

Figure 2 : Optimisation partielle de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement de type CHSLD ou RI



5.3.3. Optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle

Le deuxième modèle, modèle d'optimisation complète, présente un schéma d'une collaboration interprofessionnelle optimale. Afin de créer une optimisation complète, nous avons imaginé une situation idéale où nous pourrions éliminer non seulement tous les obstacles, mais également toutes les contraintes à la CI, incluant les contraintes structurelles.

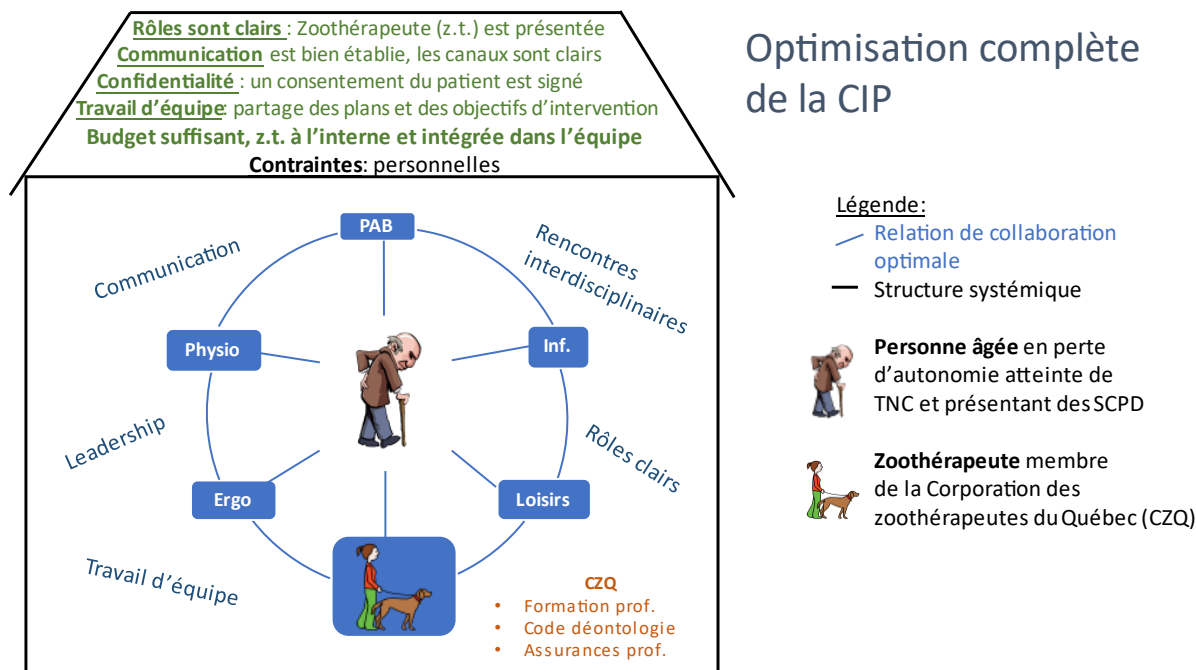
Dans le cas de l'optimisation complète, les budgets alloués à la zoothérapie ne sont pas limités et les zoothérapeutes sont engagées à l'interne et font partie intégrante de l'équipe des intervenants interdisciplinaires. Selon les données obtenues lors des entrevues, cette situation est également décrite par plusieurs intervenantes comme étant la situation optimale désirée. « *Idéalement on aura une zoothérapeute à l'interne, il faudrait intégrer la zoothérapeute dans notre équipe. Maintenant c'est considéré comme un service "extra"* »

pour ceux qui peuvent se le permettre, mais ça devrait plutôt faire partie des soins de base. Les zoothérapeutes devraient faire partie du système et non-être un service privé de l'externe. Il y a tout un sentiment d'appartenance qui augmente la collaboration. » (E1) « Idéalement une zoothérapeute serait sur place d'une façon permanente en collaboration avec les intervenants. » (E3) « Ça serait merveilleux que le CIUSSS intégrait une zoothérapeute comme une physiothérapeute ou une travailleuse sociale dans notre équipe. Je trouve que vous avez votre place dans la résidence. Ça serait super pratique, même pour bonifier le programme de marche! » (I1) La mise en place des changements nécessaires qui permettraient une élimination des contraintes structurelles est actuellement hors contrôle des intervenants et des zoothérapeutes.

La seule contrainte présente dans cette situation d'optimisation complète est la contrainte personnelle. Cette contrainte causée par la diversité culturelle des intervenants sera toujours présente dans les milieux qui favorisent la diversité culturelle. Il est important que les zoothérapeutes et les intervenants adoptent une attitude et une approche qui favorisent le travail en collaboration tout en respectant les valeurs et les croyances variées de tous. Ceci est une responsabilité individuelle qui est un des éléments clés d'un travail d'équipe bien réussi. Comme l'indique la littérature il faut percevoir les différences entre les membres de l'équipe comme une richesse en non comme une contrainte.

La Figure 3 présente le schéma du modèle d'optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement de type CHSLD ou RI.

Figure 3: Optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle entre les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement de type CHSLD ou RI



5.3.4. Validation des résultats

Deux entrevues de validation des résultats ont été effectuées auprès d'une zoothérapeute et d'une ergothérapeute. Les réactions et les commentaires de la zoothérapeute (Z3) et de l'ergothérapeute (E2) indiquent que le schéma représentant la situation actuelle de la CIP est valide et représente bien la situation actuelle. Autant la zoothérapeute que l'ergothérapeute affirment bien reconnaître la forme de la collaboration avec les obstacles et les contraintes telle que représentée par le premier schéma.

De plus, les réactions de l'ergothérapeute montrent que notre schéma d'optimisation partielle est réalisable et permettrait une amélioration au niveau de la CIP entre les intervenants et les zoothérapeutes. Elle trouve les moyens d'élimination des obstacles à la CIP très pertinents et simples à appliquer. « C'est une excellente idée que la zoothérapeute vienne se présenter. On veut savoir plus sur elle, sa formation et son expertise. Après je serais plus à l'aise de collaborer avec elle. » (E2) « C'est vrai que je prends pour acquis

que si on m'a croisé dans le passage on me connaît. Mais je comprends maintenant l'importance et la pertinence d'aller me présenter aux intervenants et je trouve c'est une très bonne idée. » (Z3) La zoothérapeute ainsi que l'ergothérapeute ont approuvé notre modèle d'optimisation partielle.

Un commentaire qui a émergé de la part de la zoothérapeute nous a amenés à apporter une modification à notre modèle d'optimisation partielle. La zoothérapeute a constaté qu'elle n'avait pas besoin d'avoir accès à la totalité du dossier médical du résident. Elle n'a pas été formée pour lire les notes médicales, elle ne comprend pas le dossier et ne sait pas y trouver l'information importante pour elle. Elle exprime avoir besoin des informations supplémentaires sur le résident pour pouvoir effectuer son travail, mais elle préfère recevoir cette information de la part d'une intervenante comme l'ergothérapeute ou la physiothérapeute. La zoothérapeute désire plutôt que le personnel puisse lui partager de l'information sur le résident, elle ne désire pas avoir accès au dossier médical, car elle n'y voit pas de pertinence ni pour elle ni pour la qualité de son travail. *« Tu sais, les dossiers médicaux ça me fait presque peur. Je n'ai pas besoin y avoir accès, de toute façon je ne le comprends pas et je m'y perds. Par contre si une physiothérapeute pouvait prendre quelques minutes pour me parler du résident et vulgariser de l'information de son dossier pour moi ça serait super! » (Z3)*

On constate alors qu'un accès au dossier médical ne serait pas aidant et représenterait plutôt un obstacle de plus pour la zoothérapeute. Ceci renforce l'importance de l'optimisation de la collaboration entre la zoothérapeute et les autres intervenants, notamment les rencontres bi disciplinaires. Pour que l'information concernant le résident puisse bien se rendre à la zoothérapeute en bonne et due forme avec un délai raisonnable, il est important que les dimensions clés de la collaboration optimale incluant la communication et le travail d'équipe soient bien mises en place.

CHAPITRE 6. DISCUSSION

Les résultats de notre projet montrent que la collaboration interprofessionnelle actuelle entre les zoothérapeutes et les divers intervenants des milieux d'hébergement n'est pas optimale. Bien que les cadres de référence ministériels pour les meilleures pratiques de gestion des SCPD (MSSS, 2014) ainsi que la dernière politique d'hébergement (MSSS, 2021) soulignent l'importance de privilégier les approches non pharmacologiques, la diversification des équipes d'intervenants et la collaboration interprofessionnelle, la réalité sur le terrain est loin des processus cliniques optimaux recommandés par le ministère, du moins en ce qui concerne la zoothérapie.

Même si les zoothérapeutes et les intervenants des milieux d'hébergement désirent travailler davantage en collaboration, on constate que les obstacles et les contraintes à la CIP sont plus importantes que les facilitateurs ce qui rend présentement la collaboration optimale impossible. Autrement dit, tel qu'illustré dans le premier schéma, la situation de la collaboration actuelle et la structure dans laquelle se retrouvent les professionnels encouragent l'existence de deux réalités d'interventions qui ont lieu en parallèle et qui ne collaborent pas : d'un côté la réalité d'intervention interdisciplinaire et de l'autre la réalité d'intervention en zoothérapie. Bien que tous les professionnels mettent le patient au centre de leur intérêt et désirent collaborer davantage l'absence de certaines dimensions clés de la CIP optimale freine leur collaboration. Ceci est susceptible de créer des conséquences néfastes non seulement pour les intervenants qui ne peuvent pas collaborer d'une façon optimale, mais également pour le résident. Ce dernier se retrouve au centre des interventions effectuées par divers intervenants qui potentiellement n'assurent pas une poursuite des mêmes objectifs cliniques, ne partagent pas les plans d'intervention, ne communiquent pas entre eux et ne travaillent pas en équipe. Il en résulte que les bienfaits des interventions et leurs effets bénéfiques ne sont pas amenés à leur plein potentiel ce qui peut affecter la qualité de vie du résident concerné.

Notre modèle d'optimisation partielle (figure 2) propose plusieurs changements qui éliminent les obstacles à la collaboration interprofessionnelle et permettent d'intégrer les zoothérapeutes davantage dans les équipes d'intervenants interdisciplinaires des CHSLD ou

RI. Ces changements au niveau de la clarification des rôles, de la communication et du travail en équipe, tel que décrits dans la section 5.3.2. peuvent être mis en place par les zoothérapeutes et les intervenants eux-mêmes.

Cependant la situation idéale telle que décrite dans la littérature scientifique et telle que désirée par les zoothérapeutes et les intervenants est celle d'une optimisation complète de la collaboration interprofessionnelle (figure 3). Pour que nous puissions éliminer les contraintes qui empêchent les professionnelles de collaborer d'une façon complètement optimale, il faut faire des changements au niveau des ressources humaines et des allocations budgétaires. Création de postes de zoothérapeutes à l'interne et augmentation des budgets alloués à la zoothérapie sont des solutions concrètes apportant des changements nécessaires. Ces changements au niveau structurel sont hors contrôle des zoothérapeutes ou des intervenantes et doivent être effectués par des gestionnaires ayant un pouvoir décisionnel au niveau de la gestion des ressources humaines et la gestion budgétaire.

Le MSSS a tout récemment publié une nouvelle politique d'hébergement et de soins et services de longue durée intitulée « Des milieux de vie qui nous ressemblent » où trois points majeurs qui s'alignent parfaitement avec les propositions de notre projet novateur sont présentés. Premièrement, le MSSS dans sa dernière politique d'hébergement met l'accent sur l'importance de la diversification des équipes d'intervenants dans les CHSLD pour mieux répondre aux besoins multiples des aînés (MSSS, 2021). Deuxièmement, le MSSS appuie l'importance de la collaboration interprofessionnelle afin d'améliorer les soins et services en milieux d'hébergement et finalement le MSSS affirme qu'il faut augmenter l'utilisation des approches non pharmacologiques pour la gestion des SCPD chez les aînés hébergés en CHSLD (MSSS, 2021). Ces trois points présentés par le MSSS dans la plus récente politique d'hébergement publiée en avril 2021 appuient l'importance, la pertinence et la validité de notre projet. Une collaboration interprofessionnelle optimale, telle que proposée par notre projet, favoriserait l'utilisation de la zoothérapie comme approche non pharmacologique auprès des aînés présentant des SCPD. Ceci aurait plusieurs effets bénéfiques sur la qualité de vie des aînés atteints de TNC hébergés en CHSLD ou RI.

La littérature décrit bien la collaboration interprofessionnelle et les bienfaits de la zoothérapie, le MSSS prône la collaboration, la diversification des équipes d'intervenants, et l'utilisation des approches non pharmacologiques, les zoothérapeutes et les intervenants désirent de collaborer davantage. Il est donc essentiel que les gestionnaires posent rapidement des gestes concrets afin de pouvoir mettre en place une structure qui favorise la collaboration interprofessionnelle optimale tant désirée et prônée par tous.

6.1. Forces et limites

1. Les forces

La zoothérapie est une approche non pharmacologique novatrice qui depuis quelques années gagne en popularité, mais n'est pas encore assez connue ni reconnue dans le système de santé et services sociaux québécois. Jusqu'à présent, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la collaboration interprofessionnelle avec les zoothérapeutes. Notre projet est donc parmi les premiers, sinon le tout premier, à s'intéresser à la CIP avec des zoothérapeutes et à proposer un modèle d'optimisation de cette collaboration.

De plus, le vieillissement de la population et la qualité de vie des aînés en milieu d'hébergement sont des éléments qui prennent de plus en plus de place dans l'actualité. Les politiciens et les gestionnaires des résidences sont confrontés à des situations problématiques liées à la qualité des soins et services offerts aux aînés en perte d'autonomie et doivent être constamment à la recherche des solutions novatrices, durables et efficaces. Notre projet présente des solutions novatrices adaptées à la réalité d'intervention sur le terrain. Notre modèle d'optimisation de la CIP se base sur les données réelles recueillies auprès d'intervenantes impliquées dans le milieu ce qui en fait un projet très pratique et applicable sur le terrain. Notre projet peut répondre à plusieurs problématiques actuelles et réelles liées à la qualité de vie des aînés présentant des SCPD et peut facilement et rapidement être réalisé dans divers milieux d'hébergement.

Une autre force de notre projet se trouve au niveau méthodologique. Deux sources de données ont été utilisées et une étape de validation a été réalisée ce qui renforce la

crédibilité du projet. De plus les outils de collecte et d'analyse de données de notre projet ont été développés avec appui théorique ce qui renforce sa fiabilité.

2. Les limites

La situation de la pandémie COVID-19 a rendu le recrutement des intervenants travaillant en CHSLD plutôt difficile. Il nous a été impossible de recruter une infirmière ou une travailleuse sociale qui serait disponible pour participer aux entrevues semi-dirigées. La diversité des intervenants qui ont participé à des entrevues semi-dirigées était plus limitée qu'on aurait désiré. En revanche, rien n'indique que les données obtenues par entrevues avec des infirmières ou des travailleuses sociales auraient apporté de nouvelles données qui n'ont pas été mentionnées par les intervenantes questionnées.

6.2. Biais possibles

Deux biais ont été identifiés pour le présent projet. Le biais du chercheur et le biais du participant.

Étant moi-même zoothérapeute très active et impliquée dans le réseau, je connais bien les problématiques reliées à la CIP entre les zoothérapeutes et les intervenants des CHSLD ou RI. Lors de ma pratique, j'ai fait face à plusieurs situations où des lacunes au niveau de la CIP entre la zoothérapeute et les intervenants ont fait en sorte que les résidents ont été privés de tous les bienfaits possibles que la zoothérapie aurait pu leur apporter. Cela étant dit mon expérience comme zoothérapeute aurait pu influencer mes attentes concernant les résultats du projet et celles des réponses des interlocuteurs lors des entrevues semi-dirigées.

Afin de minimiser l'effet possible du biais de chercheur, le guide d'entrevue a été révisé par une tierce personne afin d'assurer ma neutralité durant les entrevues autant avec les intervenants que les zoothérapeutes. De plus, l'enregistrement de la première entrevue réalisée a été écouté par la tutrice de mon projet afin de témoigner de ma neutralité et vérifier que les questions étaient posées d'une façon objective sans influencer la réponse de l'interlocuteur.

Le deuxième biais possible, celui du participant, est moins facile à éliminer complètement. Il est possible que les interlocuteurs qui se font questionner par une zootherapeute au sujet de la zoothérapie ajustent leurs réponses pour fournir les réponses désirées et pour plaire à la zootherapeute.

Ce biais ne pourra être complètement éliminé, mais plusieurs mesures ont été prises afin de le minimiser. Au début de chaque entrevue, il a été spécifié aux répondants que toute réponse ou commentaire de leur part étaient bons et valides. J'ai souligné qu'il n'existait pas une mauvaise réponse et qu'il était important de répondre d'une façon la plus honnête possible afin de maximiser la validité des données obtenues et s'assurer qu'elles reflètent d'une façon la plus fidèle la réalité du milieu.

6.3. Propositions d'études et de projets futurs

La zoothérapie est une approche novatrice peu définie et peu structurée. Durant notre recherche d'articles scientifiques au sujet de la zoothérapie et ses bienfaits sur les aînés, nous avons remarqué une grande diversité au niveau des définitions de la zoothérapie et de la structure d'intervention en zoothérapie utilisée dans les études. Il y avait une variété des interventions en groupe, avec un animal, avec plusieurs animaux, avec un intervenant formé, avec un bénévole sans formation spécifique, des interventions individuelles, des séances hebdomadaires, bihebdomadaires ou mensuelles. De plus, ni la durée ni la fréquence optimale des séances de zoothérapie n'étaient pas clairement indiquées.

La zoothérapie est une intervention novatrice qui gagnerait en crédibilité dans le réseau de la santé si elle était mieux structurée et définie. Il serait intéressant d'effectuer un projet qui aurait pour objectif de définir clairement l'intervention en zoothérapie, sa forme et sa structure. Il faudrait spécifier les connaissances, formations et compétences requises des zootherapeutes qui interviennent auprès des aînés en perte d'autonomie.

Il serait également intéressant de développer un outil permettant l'évaluation des besoins des aînés en lien avec l'intervention en zoothérapie. Autrement dit, un outil qui nous donnerait la possibilité de cibler les besoins des aînés auxquels on pourrait répondre

en intervention en zoothérapie. Ceci permettrait aux intervenants de mieux cibler les aînés pour qui la zoothérapie serait l'approche à privilégier.

CONCLUSION

Le présent projet novateur avait pour objectif de développer un modèle de collaboration optimale entre des zoothérapeutes et des intervenants des CHSLD ou RI afin de favoriser l'utilisation de la zoothérapie comme approche non pharmacologique pour la gestion des SCPD.

Ce projet répond à une problématique touchant des nombreux aînés atteints de TNC hébergés en CHSLD ou RI. Ces derniers présentent souvent des SCPD, tels que le refus des soins, l'anxiété, la dépression ou l'isolement social ce qui nuit à leur qualité de vie. Les sources de ces comportements néfastes sont souvent reliées à des besoins non comblés. Les aînés ont des besoins multiples et pour pouvoir y répondre, il faut faire appel à une variété d'intervenants qui travaillent ensemble en collaboration. De plus, selon plusieurs études ainsi que des publications ministérielles, l'utilisation des approches non pharmacologiques est à prioriser pour la gestion des SCPD.

La littérature montre que la zoothérapie est une approche non pharmacologique novatrice très prometteuse et même efficace en ce qui concerne la gestion de plusieurs problématiques des aînés en perte d'autonomie, incluant divers symptômes de la démence. Cette pratique est toutefois peu intégrée dans les équipes d'intervenants interdisciplinaires des milieux d'hébergement.

La recherche dans la littérature scientifique nous a permis d'identifier six dimensions clés qui doivent être bien mises en place pour que la collaboration interprofessionnelle en santé se déroule d'une façon optimale.

Des données obtenues lors des entrevues semi-dirigées auprès des zoothérapeutes et des intervenantes nous ont permis de constater que la collaboration actuelle entre les zoothérapeutes et les intervenants n'est pas optimale. Plusieurs dimensions clés d'une collaboration optimale en sont absentes ce qui crée des obstacles. L'analyse des données obtenues nous a permis d'en identifier plusieurs: manque de connaissances au niveau du rôle et du mandat de la zoothérapeute, absence de la communication, défaut de travail

d'équipe et manque de partage d'information. De plus, des contraintes structurelles telles qu'absence d'un poste de zoothérapeute à l'interne, des limitations budgétaires et des lois assurant la confidentialité des dossiers médicaux s'ajoutent aux barrières à la collaboration entre les zoothérapeutes et les intervenants des CHSLD ou RI.

Notre projet propose deux modèles d'optimisation de la collaboration entre les zoothérapeutes et les intervenants : un modèle d'optimisation partielle et un modèle d'optimisation complète. Le premier modèle permet d'éliminer plusieurs obstacles et une contrainte qui nuisent présentement à la collaboration optimale entre les zoothérapeutes et les intervenants. Ceci serait possible en clarifiant les rôles des intervenants et des zoothérapeutes, en améliorant leur communication et en facilitant le partage d'information entre eux. Ces changements peuvent être facilement mis en place par les zoothérapeutes et les intervenantes elles-mêmes.

Le désir et la volonté de collaborer exprimés par les zoothérapeutes et les intervenants nous amènes à croire que l'application de notre modèle d'optimisation partielle pourrait être mis en place rapidement et apporterait des améliorations significatives au niveau de la CIP ce qui aurait des retombés positives sur la qualité de vie des aînés en milieu d'hébergement.

Le modèle d'optimisation complète présente une possibilité de collaboration en éliminant complètement tous les obstacles et toutes les contraintes. Dans ce cas, les changements nécessaires sont plus importants et ne peuvent être mis en place uniquement par les intervenants ou les zoothérapeutes. Une action d'une instance ayant un pouvoir décisionnel structurel plus important est nécessaire afin de pouvoir éliminer les contraintes au niveau des ressources humaines et de l'allocation budgétaire qui nuisent à la CIP actuelle.

Il faut agir et poser rapidement des gestes concrets qui facilitent la collaboration optimale entre les zoothérapeutes et les intervenants, car cette dernière affecte la qualité des services offerts aux résidents et ainsi leur qualité de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S., & Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*, 19(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/psyg.12367>
- Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., Forlani, M., Atti, A. R. (2013). Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 762–773. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.jpsychires.2012.12.014>
- Bonin, C., Fortier, V., St-Laurent, C. (2020). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Aide-mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke, Mise à jour : septembre 2020. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021. <https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Alzheimer/DPSA/PA-AlzheimerSCPD2020.pdf>
- Briones, M. Á., Pardo-García, I., & Escribano-Sotos, F. (2019). Effectiveness of a Dog-Assisted Therapy Program to Enhance Quality of Life in Institutionalized Dementia Patients. *Clinical Nursing Research*, Août : 1054773819867250.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014, mise à jour 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). [En ligne]. Consulté le 30 mars 2021. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Gouvernement du Québec. (2021). *Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)*. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021. <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/spcd>

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Montérégie Ouest. Gouvernement du Québec. (2021). *OPUS-AP / Réduction des antipsychotiques en CHSLD*. Moins d'antipsychotiques pour les personnes âgées en CHSLD. Projet de la FCASS. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021.
<https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/spcd>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Cadre national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Sa Majesté la Reine du chef du Canada. 37 p. [En ligne] consulté le 21 janvier 2021.
<https://docplayer.fr/16510820-Referentiel-national-de-competences-en-matiere-d-interprofessionnalisme.html>
- Corporation des Zoothérapeutes du Québec. Page d'accueil. [En ligne] consulté le 21 mai 2021. <https://membres.corpozootheapeute.com/fr/>
- Corporation des Zoothérapeutes du Québec. Qu'est-ce que la zoothérapie. [En ligne] consulté le 21 mai 2021. <https://membres.corpozootheapeute.com/fr/zootheapie>
- Couturier, Y., Belzile, L. (2018). *La Collaboration Interprofessionnelle en Santé et Services Sociaux*. Paramètres. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. [En ligne] consulté le 07 octobre 2020. <https://search-ebsohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1847875&lang=fr&site=eds-live>
- Couturier, Y., Bonin, L., Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé: une approche populationnelle*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 272 p.
- Dahlke, S., Hunter, K. F., Reshef Kalogirou, M., Negrin, K., Fox, M., & Wagg, A. (2020). Perspectives about Interprofessional Collaboration and Patient-Centred Care. *Canadian Journal on Aging*, 39(3), 443–455.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1017/S0714980819000539>
- Dufour C, Larivière V. (2012). Note de cours SCI 6060. Université de Montréal.
https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J3BCT9WW-NJP6NT-8VW/sci6060_fiche_echant.pdf
- Filan, S. L., Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*. 18 (4). 597-611.
 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610206003322>

- Friedmann, E., Galik, E., Thomas, S. A., Hall, P. S., Chung, S. Y., & McCune, S. (2015). Evaluation of a Pet-Assisted Living Intervention for Improving Functional Status in Assisted Living Residents With Mild to Moderate Cognitive Impairment: A Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(3), 276–289.
- Gagnier, J-P., Roy, L. (2013). Réflexion Sur La Collaboration Interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. Vol 50 (1). p. : 85–85.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2020). *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP) au Québec*. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021.
<https://www.fcass-cfhi.ca/what-we-do/spread-and-scale-proven-innovations/appropriate-use-of-antipsychotics/opus-ap>
- Hébert, R. (2007). Chapitre 73: Équipe multidisciplinaire et interdisciplinarité. Dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie* (pp.1213-1224). EdisemDésisme.
- Howell, D. M., Clearly, K. K. (2001). Benefits of an Interdisciplinary Approach: A Case of Collaboration. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 20(1). 73-83.
DOI: https://doi.org/10.1080/J148v20n01_06
- Legault, A. (2001). L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité : enjeux d'éthique professionnelle. *Revue Interactions*, vol 5. No 1 p. 153-184.
- Majić. T., Gutzmann. H., Heinz. A., Lang. U.E., Rapp. M. A. (2013). Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 21(11). 1052-1059. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.jagp.2013.03.004>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014 A). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014 B). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2021.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Consulté le 3 juin 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *DES MILIEUX DE VIE QUI NOUS RESSEMBLENT Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Gouvernement du Québec. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Consulté le 13 mai 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2021). *A-2.1 - Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Légis Québec. Éditeur officiel du Québec. [En ligne]. Consulté le 24 mars 2021. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-2.1>
- Morrison, M. L. (2007). Health Benefits of Animal-Assisted Interventions. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 51–62. <https://doi.org/10.1177/1533210107302397>
- Narayan, M. C., Using SBAR Communications in Efforts to Prevent Patient Rehospitalizations, *Home Healthcare Nurse*: October 2013. 31(9). 504-515.
doi: 10.1097/NHH.0b013e3182a87711
- Nordgren, L., Engström, G. (2014). Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clinical Nursing Research*. 23 (1). 7-19.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders, S. M., Patil, G., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1312–1321.
- Plourde, P. (2016). Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle – CHSLD. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [En ligne]. Consulté le 30 octobre 2020.
<https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
- Sollami, A., Gianferrari, E., Alfieri, M., Artioli, G., & Taffurelli, C. (2017). Pet therapy: an effective strategy to care for the elderly? An experimental study in a nursing home. *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, 88(1S), 25–31.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.23750/abm.v88i1 -S.6281>

- St-Arnaud, Yves. (2003). *L'Interaction Professionnelle: efficacité et coopération*. Paramètres. Presses de l'Université de Montréal. Montréal. 279 p.
- Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M-H., Morel, M-C., Association nationale française des ergothérapeutes. (2014). *Guide Pratique De Recherche En Réadaptation : Méthodes, Techniques Et Outils D'intervention*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Velji, K., et al. 2008. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthcare Quarterly*. Toronto. vol 11. p 72–79.
- Young, H. M., Siegel, E. O., McCormick, W. C., Fulmer, T., Harootyan, L. K., Dorr, D. A. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: advancing health for older adults. *Nursing Outlook*, 59(4), 243–250.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.outlook.2011.05.006>

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste d'articles et de publications retenues pour la recension des écrits au sujet de la collaboration interprofessionnelle

Méthode de recherche : Bases de données avec mots clés

Bloem, B. R., Henderson, E. J., Dorsey, E. R., Okun, M. S., Okubadejo, N., Chan, P., Andrejack, J., Darweesh, S. K. L., & Munneke, M. (2020). Integrated and patient-centred management of Parkinson's disease: a network model for reshaping chronic neurological care. *The Lancet. Neurology*, 19(7), 623–634. [En ligne] [https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S1474-4422\(20\)30064-8](https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S1474-4422(20)30064-8)

Dahlke, S., Hunter, K. F., Reshef Kalogirou, M., Negrin, K., Fox, M., & Wagg, A. (2020). Perspectives about Interprofessional Collaboration and Patient-Centred Care. *Canadian Journal on Aging*, 39(3), 443–455. [En ligne] <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1017/S0714980819000539>

Gagnier, J-P., Roy., L. 2013. Réflexion Sur La Collaboration Interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. Vol 50 (1). p. : 85–85.

Young, H. M., Siegel, E. O., McCormick, W. C., Fulmer, T., Harootyan, L. K., & Dorr, D. A. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: advancing health for older adults. *Nursing Outlook*, 59(4), 243–250. [En ligne] <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.outlook.2011.05.006>

Méthode de recherche : bibliographie cours IGR740 (Collaboration interdisciplinaire) hiver 2017

Couturier, Y., L. Bonin et L. Belzile (2016). *L'intégration des services en santé: une approche populationnelle*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 272 p.

Legault, A. 2001. L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité : enjeux d'éthique professionnelle. *Revue Interactions*, vol 5. No 1 p. 153-184.

Narayan, Mary Curry, Using SBAR Communications in Efforts to Prevent Patient Rehospitalizations, *Home Healthcare Nurse*: October 2013. vol 31(9). p 504-515. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182a87711.

St-Arnaud, Yves. 2003. *L'Interaction Professionnelle: efficacité et coopération*. Paramètres. Presses de l'Université de Montréal. Montréal. 279 p.

Velji, K., et al. 2008. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthcare Quarterly*. Toronto. vol 11. p 72–79.

Méthode de recherche : Recherche internet

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services*

sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). [En ligne]. Consulté le 15 janvier 2021.

https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Cadre national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Sa Majesté la Reine du chef du Canada. 37 p.

Plourde, P. (2016). Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle – CHSLD. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [En ligne] <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>

Publications déjà lues dans le cadre des études en gérontologie à l'Université de Sherbrooke

Hébert, R., (2007). Chapitre 73: Équipe multidisciplinaire et interdisciplinarité. Dans M., Arcand et R. Hébert, Précis pratique de gériatrie (pp.1213-1224). Edisem.

ANNEXE 2
Guide d'entrevue

Type d'entrevue	Personne interrogée	Objectif	Critères d'inclusion	Exemples des questions et amorces
Semi-structuré	Zoothérapeutes	Établir un portrait de la situation actuelle de la collaboration entre une équipe interdisciplinaire et un(e) zoothérapeute.	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler auprès des aînés en CHSLD ou RI depuis au moins 2 ans - Être membre de la CZQ 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment se passe votre collaboration avec les autres intervenants de l'établissement? <li style="text-align: center;">*** - Décrivez-moi votre rôle de zoothérapeute, vos responsabilités et vos compétences. - Travaillez-vous davantage d'une façon individuelle ou en équipe? Pourquoi? - Avez-vous déjà suivi une formation sur la collaboration interprofessionnelle? Si oui qu'en avez-vous retenu? Avec qui communiquez-vous pour établir le premier contact dans un établissement? Avez-vous un contact permanent sur place? - Collaborez-vous avec des intervenants sur place? Si oui lesquels et de quelle

				<p>façon?</p> <p>Comment se passe votre communication avec les intervenants du milieu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la forme de vos suivis des séances et avec qui les partagez-vous? - Participez-vous à des rencontres interdisciplinaires? - Partagez-vous un plan d'intervention? - Avez-vous accès aux dossiers médicaux et aux plans d'intervention de vos patients? - Qui vous aide à Comment procédez-vous pour établir les objectifs des séances?
Semi-structuré	Intervenants en loisir, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleuse sociale, infirmière	Établir un portrait de la situation actuelle de la collaboration entre une équipe interdisciplinaire et un(e) zoothérapeute.	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler auprès des aînés en CHSLD ou RI. - Avoir connaissance de la présence d'une zoothérapeute dans l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà rencontré une zoothérapeute dans le cadre de votre travail? Si oui, pouvez-vous m'en parler? - Quel est selon vous le rôle d'une zoothérapeute, ses responsabilités et ses compétences? *** - Connaissez-vous un intervenant de votre équipe qui a déjà collaboré avec une zoothérapeute? Si oui, pouvez-vous me partager ses coordonnées? - Comment se passe ou s'est passée une collaboration entre vous et une

				<p>zoothérapeute?</p> <ul style="list-style-type: none">- Dans quel contexte faites-vous un appel à une collaboration avec une zoothérapeute et pourquoi?- Est-ce qu'une zoothérapeute fait partie de l'équipe interdisciplinaire de votre établissement?- Est-ce qu'une zoothérapeute a déjà été présente lors d'une rencontre interdisciplinaire?
--	--	--	--	---

ANNEXE 3
Extrait de la grille d'analyse complétée

		GRILLE D'ANALYSE	
RUBRIQUES	SOUS-RUBRIQUES	THÈMES	EXTRAITS DE VERBATIM
Facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle	Soins centrés sur le patient	Les séances des zoothérapeutes sont adaptées aux besoins du patient. Le patient est au centre de l'intérêt des zoothérapeutes.	"Je m'adapte aux besoins du moment présent de mon patient" (Z1) "Je suis à l'écoute, j'accueille les gens dans leur nouvelle réalité" (Z2)
	Clarification des rôles	Les intervenants ont une bonne idée de ce que c'est la zoothérapie et quels sont ses bienfaits. Leurs idées se ressemblent.	"Je sais qu'en zoothérapie on peut travailler des objectifs cliniques comme diminuer l'anxiété ou l'agitation ou même travailler au niveau des SCPD." (E3, E2, E1, I1, L1) "Je sais qu'une zoothérapeute devrait avoir un plan d'intervention et travailler sur des objectifs" (I1, E3)
	Travail d'équipe		
	Communication interprofessionnelle	Communication avec le département des loisirs.	"Je communique avec la fille des loisirs régulièrement." (Z1, Z3). La fille des loisirs me donne la liste des résidents à visiter. (Z1, Z3, L1)
	Rencontres interdisciplinaires		

ANNEXE 4

Outil de communication SBAR

MODÈLE DE COMMUNICATION SBAR ¹																												
S	<p>SITUATION</p> <p>Mon nom est _____ Je travaille au _____</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin de vous parler d'un problème urgent concernant la sécurité de (nom du patient)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin de vous parler d'un problème concernant la qualité de soins de (nom du patient)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin de vous parler _____ minutes à propos, si ce n'est pas possible immédiatement quel est le moment que nous pourrions fixer?</p>																											
B	<p>BACKGROUND (SPÉCIFIQUE À LA SITUATION)</p> <p><input type="checkbox"/> Quelle information générale avez-vous besoin au sujet de ce patient?</p> <p><input type="checkbox"/> Êtes-vous au courant de... ?</p> <p>Le patient a... (âge), son diagnostic principal est ... avec en comorbidité... Il a été admis le (date) et la sortie est planifiée pour le (date). Son plan de traitement actuel inclus... Il est sous les soins de... Il a un rendez-vous pour...</p> <p>Le patient / sa famille / les intervenants</p> <p><input type="checkbox"/> Questionnement... souhaitent... demandent... exigent...</p> <p><input type="checkbox"/> Révision</p> <p><input type="checkbox"/> Action</p>																											
A	<p>ASSESSMENT (ÉVALUATION)</p> <p><input type="checkbox"/> Je crois que l'enjeu sous-jacent est...</p> <p><input type="checkbox"/> Les changements-clés survenus depuis la dernière évaluation concernant...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Sphère personnelle</th> <th style="text-align: left; width: 33%;">Activités/participation/fonctionnement</th> <th style="text-align: left; width: 33%;">Environnement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Signes vitaux / cardio / respiratoire</td> <td><input type="checkbox"/> AVQ</td> <td><input type="checkbox"/> Organisation / protocole / processus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurologiques</td> <td><input type="checkbox"/> Transfert</td> <td><input type="checkbox"/> Destination du transfert</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Musco / squelettique</td> <td><input type="checkbox"/> Domicile / communauté</td> <td><input type="checkbox"/> Soutien conjugal / social / familial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Douleur</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sommeil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> État mental / croyances / comportement</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alimentation / hydratation</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rx</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sphère personnelle	Activités/participation/fonctionnement	Environnement	<input type="checkbox"/> Signes vitaux / cardio / respiratoire	<input type="checkbox"/> AVQ	<input type="checkbox"/> Organisation / protocole / processus	<input type="checkbox"/> Neurologiques	<input type="checkbox"/> Transfert	<input type="checkbox"/> Destination du transfert	<input type="checkbox"/> Musco / squelettique	<input type="checkbox"/> Domicile / communauté	<input type="checkbox"/> Soutien conjugal / social / familial	<input type="checkbox"/> Douleur			<input type="checkbox"/> Sommeil			<input type="checkbox"/> État mental / croyances / comportement			<input type="checkbox"/> Alimentation / hydratation			<input type="checkbox"/> Rx		
Sphère personnelle	Activités/participation/fonctionnement	Environnement																										
<input type="checkbox"/> Signes vitaux / cardio / respiratoire	<input type="checkbox"/> AVQ	<input type="checkbox"/> Organisation / protocole / processus																										
<input type="checkbox"/> Neurologiques	<input type="checkbox"/> Transfert	<input type="checkbox"/> Destination du transfert																										
<input type="checkbox"/> Musco / squelettique	<input type="checkbox"/> Domicile / communauté	<input type="checkbox"/> Soutien conjugal / social / familial																										
<input type="checkbox"/> Douleur																												
<input type="checkbox"/> Sommeil																												
<input type="checkbox"/> État mental / croyances / comportement																												
<input type="checkbox"/> Alimentation / hydratation																												
<input type="checkbox"/> Rx																												
R	<p>RECOMMANDATIONS</p> <p>En fonction de cette évaluation, je demande que</p> <p><input type="checkbox"/> Nous continuons / suspensions / modifications</p> <p><input type="checkbox"/> Nous planifions...</p> <p><input type="checkbox"/> Vous approuvez les changements au plan de traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Vous réévaluez le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Le test x ou évaluation y soit complété</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient soit transféré</p> <p><input type="checkbox"/> Vous informiez le patient / famille / intervenants des changements</p> <p><input type="checkbox"/> Je recommande que nous modifions le protocole de la façon suivante...</p> <p>Pour être clair, nous sommes d'accord pour... Vous avez accepté de...</p> <p><input type="checkbox"/> Je compte en avoir des nouvelles d'ici...</p> <p><input type="checkbox"/> Je vous reviendrai à ce sujet avant (moment) par (moyen)</p>																											

¹ Karima Velji et al. (2008). Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting, Healthcare Quarterly, vol 11, 72-79.

2011-08-05
Modèle_communication_SBAR.docx