

Faculté de santé publique

**La collaboration médecins-infirmiers dans
l'accompagnement d'une personne âgée
en phase palliative clairement établie au
sein d'une MRS semi-rurale, en Belgique
francophone**

Mémoire réalisé par
Alissia Martens

Promotrice
Isabelle De Brauer

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je remercie mon compagnon, Daniel, et mon papa, Bernard, pour leur soutien indéfectible et leur aide précieuse tout au long de cette aventure académique. Votre présence et vos encouragements ont été des piliers fondamentaux dans l'accomplissement de ce projet.

Je souhaite également remercier Géraldine, ma responsable, pour sa flexibilité exemplaire dans l'aménagement de mon temps de travail, ce qui m'a permis de mener à bien mes études et ce mémoire.

Un grand merci à mes collègues infirmiers et médecins, qui ont consacré du temps et manifesté de l'intérêt pour ma recherche. Votre collaboration et vos contributions ont grandement enrichi mon travail.

Enfin, je suis profondément reconnaissante envers ma promotrice, Isabelle de Brauwer, pour son soutien constant et sa bienveillance. Votre expertise, vos conseils avisés et votre encouragement ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire.

Le Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

ACP : Advanced Care Planning

AG : Arrêté gouvernemental

AR : Arrêté royal

CIO : Collaboration interorganisationnelle

CIP : Collaboration interprofessionnelle

Com. IP : Communication interprofessionnelle

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

MCC : Médecin coordinateur et conseiller

MRS : Maison de repos et de soins

MRPA : Maison de repos pour personnes âgées

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Personne âgée

PEC : Prise en charge

PICT : Palliative Care Indicators Tool

PSPA : Projet de Soins Personnalisé Anticipé

SP : Soins palliatifs

Remarque concernant la rédaction de ce mémoire : le terme « l'infirmier » englobe l'infirmier et l'infirmière ; et le terme « le médecin » désigne à la fois l'homme médecin et la femme médecin, y compris l'assistant en médecine générale.

Table des matières

Remerciements	1
1. Introduction.....	4
2. Revue de littérature	6
2.1. Illustration d'une expérience professionnelle	7
2.2. Maisons de repos et de soins	8
2.2.1. Définitions et populations	8
2.2.2. Situation des maisons de repos et de soins en Belgique	9
2.3. Les soins palliatifs	10
2.3.1. Qu'est-ce que la fin de vie ?.....	10
2.3.2. Définitions et cadre légal des soins palliatifs	10
2.4. Spécificités des soins palliatifs en maison de repos et de soins	12
2.4.1. Initiation précoce des soins palliatifs	12
2.4.2. Culture palliative vs acharnement thérapeutique	13
2.4.3. Statut palliatif	14
2.4.4. Rôle de chaque intervenant	14
2.4.5. Formation du personnel.....	15
2.5. La collaboration interprofessionnelle	16
2.5.1. La pluridisciplinarité, la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité	16
2.5.2. Définitions et bénéfices de la collaboration interprofessionnelle	16
2.5.3. Modèle théorique de d'Amour	19
3. Partie pratique	23
3.1. Méthodes	23
3.1.1. Méthode choisie	23
3.1.2. Réalisation du guide d'entretien.....	24
3.1.3. Collecte des données	24
3.1.4. Analyse des données	26
3.2. Résultats.....	28
3.2.1. Description de l'échantillon	28
3.2.2. Niveau de collaboration dans le contexte étudié.....	29
3.2.3. Les limitations de la gouvernance	30
3.2.4. Divergences entre les pratiques.....	39
4. Discussion	46
4.1. Principaux résultats.....	46
4.2. Comparaison avec la littérature	47

4.2.1.	Les limitations de la gouvernance	47
4.2.2.	Les divergences de pratiques.....	52
4.3.	Forces et limites de l'étude	59
4.4.	Stratégies et perspectives d'amélioration	60
5.	Conclusion	62
6.	Bibliographie.....	64
7.	Annexes.....	70
7.1.	Annexe 1 : Guides d'entretien médecins-infirmiers.....	70
7.2.	Annexe 2 : guide d'entretien – infirmière chef.....	75
7.3.	Annexe 3 : formulaire de participation adressé aux médecins	77
7.4.	Annexe 4 : caractéristiques des participants.....	78
7.5.	Annexe 5 : distinction entre les soins palliatifs précoces et les soins palliatifs terminaux	81

1. Introduction

L'accompagnement d'une personne âgée en phase palliative dans les maisons de repos et de soins représente un défi complexe et émotionnellement chargé, où l'humanité et la qualité des soins se rencontrent au cœur de chaque interaction. En tant qu'infirmière spécialisée en gériatrie et psychogériatrie, j'ai été confrontée à des défis marquants en MRS, où la collaboration entre médecins et infirmiers a souvent été entravée par des obstacles substantiels. Ces difficultés ont parfois conduit à des soins palliatifs inadéquats, compromettant le bien-être et le respect des résidents en fin de vie. Or, s'assurer de la dignité et du confort des aînés ne devrait-il pas être au cœur des préoccupations lors d'un moment aussi charnière que la fin de vie ?

Les connexions émotionnelles forgées avec les résidents ont profondément modelé ma perspective professionnelle et personnelle au cours de ces expériences poignantes, soulignant l'importance d'une collaboration médecins-infirmiers optimale et harmonieuse. Une telle synergie est indispensable pour fournir des soins palliatifs de haute qualité qui, non seulement, améliorent la qualité de vie des patients mais aussi respectent leur autonomie, tout en tenant compte de leurs besoins physiques, psychosociaux et spirituels jusqu'à leur dernier souffle (Moniteur belge, 2016).

Le contexte démographique de la Belgique, marqué par une population vieillissante croissante et des besoins en expansion pour des soins palliatifs adaptés, accentue cette nécessité. En 2023, les aînés de 65 ans et plus formaient environ 21% de la population en Flandre, 19,5% en Wallonie et 13% à Bruxelles-Capitale, avec des prévisions indiquant une augmentation dans les années à venir devant atteindre 28,3% en 2071 (Bureau fédéral du Plan et Statbel cités par l'IWEPS, 2023). Cette transition démographique, combinée à l'escalade des maladies chroniques, à la perte de mobilité et au déclin cognitif, conduit de plus en plus de personnes âgées à intégrer les MRS (Rorive et al., 2014). Dans ces institutions, la proportion d'hommes et de femmes de 85 ans et plus atteignait 14 % et 27,7 % respectivement en 2018 (IMA-AIM Atlas cité par KCE, 2024).

Pourtant, une étude européenne récente (réalisée par le PACE¹ en 2015) souligne que la qualité des soins palliatifs dans ces établissements est souvent jugée insuffisante. Seuls 12 % des résidents estiment que leur dignité est respectée et à peine 26 % bénéficient d'un contact affectif quotidien, tandis que la majorité souffre de détresse physique et émotionnelle significative (Pivodic et al., 2018). Face à cette réalité, il devient impératif de réévaluer et d'améliorer la

¹ Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe

collaboration entre médecins et infirmiers, pour surmonter les problèmes de communication, les conflits de rôles professionnels, et les structures organisationnelles rigides (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2015).

Cependant, la littérature scientifique sur la collaboration médecins-infirmiers dans les soins palliatifs en MRS demeure limitée. Ce mémoire propose donc de déterminer les principaux obstacles et leviers à une collaboration efficace entre médecins et infirmiers dans une MRS semi-rurale en Belgique francophone. La recherche vise à répondre à la question suivante : « *Quelles sont les principales barrières et les facteurs favorables à la collaboration médecins-infirmiers dans l'accompagnement d'une personne âgée en phase palliative clairement établie au sein d'une MRS semi-rurale, en Belgique francophone ?* ».

Ce mémoire est structuré en plusieurs parties : il débute par une revue narrative qui propose une analyse théorique globale des soins palliatifs, de l'environnement des MRS, des spécificités des soins palliatifs au sein de ces établissements ainsi que de la collaboration interprofessionnelle. La section suivante détaille la méthode employée, la description et l'analyse des données recueillies. En conclusion, le mémoire présente des pistes visant à améliorer la collaboration entre médecins et infirmiers dans le but d'augmenter significativement la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en fin de vie.

2. Revue de littérature

Le cadre théorique de cette étude repose sur une revue narrative structurée selon les critères PECO (détaillés ci-dessus). Cette analyse commence par une évaluation globale des soins palliatifs, soulignant leurs bénéfices pour les personnes âgées en phase terminale. Elle se poursuit avec une exploration du contexte spécifique des MRS et des particularités des soins palliatifs qui y sont dispensés. Cette section théorique se clôturera par un examen approfondi de la collaboration interprofessionnelle, en mettant en relief les avantages de même que les défis associés.

Pour cette revue narrative, j'ai réalisé mes recherches en consultant diverses bases de données pour y sélectionner les informations pertinentes au sujet étudié. Le cadre PECO qualitatif qui a guidé l'exploration de la littérature est présenté ci-dessous :

- **P**articipants : infirmiers, médecins de famille et assistants en médecine générale ;
- **E**xposition : soins palliatifs auprès des personnes âgées ;
- **C**ontexte : MRS semi-rurale francophone ;
- **O**utcome : barrières et facilitateurs à la CIP et la communication IP.

Pour argumenter ce cadre théorique, une recherche dans la littérature scientifique a été réalisée à partir de plusieurs bases de données et sites gouvernementaux : Pubmed, Cairninfo, Science Direct, Google Scholar, Fédération wallonne des soins palliatifs, l'AVIQ, le KCE, Palliopedia, Palliaguide, etc. L'emploi de nombreux mots-clés a été nécessaire dans ces recherches : Soins palliatifs, Fin de vie, Soins palliatifs et maisons de repos et de soins, Soins palliatifs et famille, Soins palliatifs et communication interprofessionnelle, Soins palliatifs et collaboration interprofessionnelle, Soins palliatifs et Interdisciplinarité, Collaboration interprofessionnelle, Collaboration interprofessionnelle et maisons de repos et de soins, Collaboration médecins infirmiers. La recherche a été effectuée dans la littérature francophone et anglophone.

2.1. Illustration d'une expérience professionnelle

Afin d'amorcer ce cadre théorique, j'évoque une situation complexe survenue dans la MRS où je suis employée en tant qu'infirmière, illustrant des défis de communication rencontrés avec un médecin traitant.

Une résidente de 97 ans était en soins palliatifs depuis deux mois et demi, conformément à son souhait de ne pas être soumise à un acharnement thérapeutique et de recevoir des soins axés sur le confort. Malgré des troubles cognitifs modérés et un alitement prolongé, elle maintenait une qualité de vie satisfaisante, interagissant brièvement avec le personnel soignant et sa dame de compagnie. Son état s'est détérioré un dimanche de septembre 2023, nécessitant l'intervention d'un médecin de garde qui a prescrit des traitements pour stabiliser la situation. Cependant, le lendemain matin à mon arrivée, son état s'était significativement aggravé montrant une apathie sévère, une détresse respiratoire et plusieurs signes de souffrance physique. J'ai immédiatement contacté le médecin traitant en vue d'une intervention rapide.

Environ une heure plus tard, je rencontrais le médecin dans le bureau infirmier après qu'il eut vu la patiente. Nous avons eu le dialogue suivant :

— *MT : Bon je viens de la voir, c'est vrai qu'elle n'est pas en forme.*

— *Moi-même : Oui, honnêtement j'ai souvent vu Madame malade avec des bronchites ou des infections urinaires mais jamais à ce point, je ne l'ai jamais vu aussi mal.*

— *Oui, mais Madame est tenace et combien de fois ne nous a-t-elle pas surpris et remonté la pente ?*

— *Oui, mais je ne l'ai jamais vu comme ça, en si mauvais état. Je ne pense pas qu'elle récupérera et j'ai l'impression qu'elle souffre.*

— *Moi, je ne trouve pas qu'elle souffre, on va quand même essayer des antibiotiques dans une perfusion sous-cutanée. Continuez les aérosols prescrits hier par le médecin de garde et maintenez-la sous oxygène.*

Ne sachant pas quoi lui répondre, je rétorquai ceci :

— *Je trouve vraiment qu'elle n'est pas confortable et ne suis pas sûre qu'elle puisse tenir dans cet état sachant que la pharmacie ne nous apportera les antibiotiques qu'en fin de journée.*

— *Vous pouvez lui donner des suppositoires de Perdolan® si vous trouvez qu'elle souffre et on verra bien comment la situation évolue, on avisera après.*

Après le départ du médecin traitant, j'ai ressenti une profonde impuissance et culpabilité de ne pas avoir suggéré la mise en place du protocole de détresse², considérant que la résidente était en phase terminale et souffrait. Malgré mes visites répétées, son état ne s'améliorait pas et, vers midi, elle décéda à mes côtés.

Cette situation m'a fortement émue et déstabilisée. Par crainte d'une réaction défavorable, je n'ai pas osé contester ses décisions, me sentant ignorée en raison de nos opinions divergentes. J'ai également rencontré d'autres situations lors desquelles la collaboration avec le médecin n'était pas optimale, mettant en lumière les défis récurrents de celle-ci dans les soins palliatifs. Cela soulève la question des obstacles à la collaboration, entre médecins et infirmiers dans l'accompagnement d'une personne âgée en phase palliative clairement établie dans cette MRS francophone, et des moyens d'y remédier.

2.2. Maisons de repos et de soins

Dans cette partie, je détaille ce qu'est une MRS en Belgique, en abordant les définitions, les populations concernées et la situation actuelle.

2.2.1. Définitions et populations

Les établissements de maisons de repos et de soins accueillent de manière permanente des personnes âgées de 70 ans et plus, sauf dérogation exceptionnelle, présentant souvent une pathologie chronique et/ou une perte significative d'autonomie (AVIQ³, s.d.). À la différence des maisons de repos pour personnes âgées, qui fournissent des soins infirmiers et/ou d'hygiène adaptés aux personnes âgées n'ayant qu'une perte d'autonomie légère ou modérée dans les activités quotidiennes et/ou dans leurs fonctions cognitives (INAMI, 2019).

Contrairement à l'hôpital, les résidents en MRS n'ont pas besoin d'une surveillance médicale continue ni de traitements médicaux spécifiques. Cependant, ils requièrent la visite régulière d'un médecin généraliste, de soins infirmiers, paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques, ainsi que d'une assistance pour les activités quotidiennes telles que l'hygiène, l'habillement et l'alimentation.

² Méthode de sédation palliative profonde et continue utilisée pour réduire rapidement la conscience d'un patient sans périodes d'éveil souhaitées, contrôlant les symptômes réfractaires en fin de vie (dernières heures ou derniers jours) (Palliaguide, 2024).

³ Agence wallonne pour une vie de qualité.

Le coût de l'hébergement en MRS est généralement calculé sur une base journalière incluant l'hébergement en chambre individuelle ou partagée (avec deux lits au maximum), une assistance aux activités quotidiennes, des soins infirmiers et/ou paramédicaux « légers », des services collectifs tels que la restauration, le nettoyage et la buanderie ainsi que diverses activités et animations. De plus, ces établissements assurent également les soins palliatifs pour les résidents en fin de vie.

Chaque MRS doit à la fois être liée fonctionnellement à un service hospitalier gériatrique et disposer d'un médecin coordinateur et conseiller. Ce dernier est chargé, entre autres, de garantir la continuité des soins assurés par les médecins généralistes, de suivre le dossier médical de chaque résident comme d'organiser la formation du personnel. Certaines MRS proposent également des unités spécifiques pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs avancés (comme l'Alzheimer ou la démence fronto-temporale), ainsi que des services complémentaires tels qu'un centre de court séjour, un centre pour les lésions cérébrales acquises, ou encore un centre d'accueil ou de soins de jour intégré à l'établissement (Aviq, s.d.).

2.2.2. Situation des maisons de repos et de soins en Belgique

En Belgique, la proportion de personnes âgées résidant en institution (MRPA ou MRS) montre une augmentation notable avec l'âge. En 2019, environ 9 % des personnes de 65 ans et plus vivaient dans ces établissements, avec un taux qui grimpe de 1 % pour les 65-69 ans à plus de 40 % pour les plus de 90 ans (INAMI, 2019).

En Wallonie, la durée moyenne de séjour des personnes décédées en 2017 était de 37,7 mois, soit environ 2,8 ans, avec des séjours généralement plus longs pour les femmes, qui étaient de 3,2 ans, contre 1,8 ans pour les hommes (AVIQ, 2017 cités par Union des Villes et Communes de Wallonie asbl - Fédération des CPAS – Brulocalis, 2020).

2.3. Les soins palliatifs

Cette partie propose une succincte présentation du concept de fin de vie ainsi que du contexte global des soins palliatifs abordant quelques définitions, des aspects législatifs et leurs avantages en termes de qualité de vie pour la personne en fin de vie et ses proches.

2.3.1. Qu'est-ce que la fin de vie ?

La définition du terme « fin de vie » varie grandement en fonction des perspectives médicales, spirituelles, et individuelles. Médicalement, elle concerne les dernières étapes de la vie d'un individu souffrant d'une maladie grave et incurable, caractérisée notamment par une dégénérescence fonctionnelle et un déclin cognitif imprévisible (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2016).

Pour les personnes âgées, cette phase peut suivre l'une de ces trois trajectoires : un long déclin progressif, un déclin graduel avec des périodes de récupération, ou un déclin rapide et terminal, souvent associé au cancer (Murray Sa, 2005 cité par Fédération wallonne des soins palliatifs, 2016).

D'un point de vue spirituel, la fin de vie est envisagée comme une transition vers un autre état d'existence, marquant un moment de résignation sereine et de réflexion sur la vie accomplie (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2016).

En outre, la fin de vie est aussi perçue comme un moment crucial où le temps se doit d'être géré avec prudence et réflexion, un instant pour évaluer le passé et préparer les derniers moments (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2022). Cette période nécessite de valoriser chaque instant sans précipitation, en reconnaissant l'importance de l'expérience vécue plutôt que le simple passage du temps : « *Ne pas perdre de temps, mais surtout ne pas se presser. Le temps du vécu est rangé. L'horizon est le chemin* » (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2022, p.30).

2.3.2. Définitions et cadre légal des soins palliatifs

En 1990, l'OMS proposa une première définition des soins palliatifs, qui fut révisée en 2002, puis en 2016. Cette définition stipule que les soins palliatifs comprennent « *l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, quelle que soit son espérance de vie. Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur*

les plans physique, psychique, social, moral, existentiel, et, le cas échéant, spirituel » (Moniteur belge, 2016).

La loi belge du 21 juillet 2016⁴ a enrichi cette définition en intégrant une dimension existentielle et spirituelle, reconnaissant l'importance de la quête de sens pour les personnes confrontées à la fin de vie.

Selon cette même loi, les soins palliatifs sont accessibles à tous, indépendamment de l'âge ou de la condition. Ils ne sont pas réservés exclusivement aux patients pédiatriques ou adultes atteints de maladies graves, incurables, à un stade avancé ou terminal. Les personnes âgées y ont également droit sans discrimination liée à leur âge, et les soins sont remboursés par la sécurité sociale pour garantir une égalité d'accès (Moniteur belge, 2016).

Les soins palliatifs sont prodigués dès que le patient est identifié comme palliatif, jusqu'à la phase terminale de sa maladie. Cette approche précoce permet d'initier les soins palliatifs en parallèle avec d'autres traitements, tels que la chimiothérapie ou la radiothérapie, tout en gérant les complications cliniques éventuelles (Moniteur belge, 2016). Il est ainsi essentiel de différencier les soins palliatifs précoces des soins palliatifs terminaux, en termes de durée, d'évolution, d'objectifs, et de traitements, un tableau illustrant ces distinctions se trouve en annexe 5.

En termes de bénéfices pour la personne en fin de vie et ses proches, les soins palliatifs visent à garantir une qualité de vie optimale, ce qui peut éventuellement avoir un impact positif sur l'évolution de la maladie ainsi que favoriser une autonomie maximale. Ils soulagent la douleur et les autres symptômes inconfortables, tout en considérant la mort comme un processus naturel. Par ailleurs, les aspects psychologiques et spirituels de ces soins offrent un soutien aux patients ainsi qu'à leurs proches afin de vivre aussi pleinement que possible jusqu'à la fin. En somme, les soins palliatifs adoptent une approche globale et multidisciplinaire abordant toutes les dimensions du patient (physiques, psychosociales, etc.), en répondant à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leurs familles (Moniteur belge, 2016).

La loi du 6 février 2024⁵ protège également les droits des personnes âgées en phase palliative. Elle garantit à chaque individu, quel que soit son âge, des soins de qualité, préservant sa dignité, son autonomie et ses préférences en matière de soins et de fin de vie. Dans ce contexte, les

⁴ Loi modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs.

⁵ Loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé.

patients, y compris les personnes âgées, ont le droit de rédiger des directives anticipées, ce qui leur permet d'exprimer à l'avance leurs souhaits concernant les interventions médicales futures alors qu'ils sont encore pleinement capables sur le plan cognitif. Entre autres, grâce à la planification anticipée des soins qui est coordonnée par des professionnels de la santé. En cas d'incapacité décisionnelle ultérieure, ils peuvent être assistés et accompagnés par une personne de confiance ou un représentant désigné.

De plus, cette même loi explique que le médecin doit fournir au patient des informations claires et adaptées à sa situation ainsi qu'à son niveau de compréhension. Tout en respectant la confidentialité de ses choix notamment en matière de soins palliatifs. Dans des situations particulières, une divulgation progressive des informations peut être envisagée pour éviter de compromettre la santé de l'individu. Le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical, sauf en cas d'urgence (Moniteur belge, 2024).

2.4. Spécificités des soins palliatifs en maison de repos et de soins

Après avoir abordé les soins palliatifs et le milieu des MRS d'un point de vue général, leurs particularités vont être examinées.

2.4.1. Initiation précoce des soins palliatifs

Étant donné l'âge avancé des résidents ajouté à l'incertitude entourant leur espérance de vie, il est crucial d'aborder les questions de fin de vie dès leur admission. Ce processus intègre des discussions anticipées avec le résident et/ou sa famille, le personnel médical et soignant afin de clarifier les souhaits relatifs aux soins actuels et de fin de vie. Ce qui souligne l'importance d'anticipation des besoins en soins palliatifs (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2019).

Dans ce cadre, l'ACP encourage une réflexion large sur les soins futurs, permettant aux résidents de prendre des décisions éclairées tant qu'ils en sont capables. Cette démarche engage non seulement les professionnels de santé comme les proches, et potentiellement des conseillers juridiques, qui peut aboutir à la rédaction de directives anticipées suivie de la désignation de mandataires pour les décisions de santé. Ces documents, reconnus juridiquement, sont applicables dans tous les contextes médicaux (INAMI, s.d.).

Parallèlement, le PSPA, encadré par les balises légales belges, offre une planification détaillée des préférences de soins incluant les traitements spécifiques, les hospitalisations, la réanimation et l'accompagnement en fin de vie. Ce plan soutient l'autonomie du résident dans ses décisions

de soins, respectant sa liberté et sa dignité conformément à la législation en vigueur (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2019).

Le projet thérapeutique, une exigence légale intégrée aux standards de qualité et de sécurité des MRS, fournit une vue d'ensemble des traitements médicaux, des interventions de soutien, et des objectifs de soins à long terme. Sans toutefois entrer dans les détails spécifiques. Ce plan doit être collaborativement développé et régulièrement réévalué en concertation avec le résident et/ou de sa famille, de l'équipe médicale et soignante pour rester adapté à l'évolution de son état, assurant que les soins respectent ses souhaits et sa dignité. Ce processus améliore la communication de même que la coordination entre tous les professionnels de santé impliqués, favorisant une prise en charge cohérente et intégrée (CWASS, 2019).

Enfin, l'utilisation du PICT est essentielle pour évaluer les besoins en soins palliatifs, aidant les professionnels de la santé à l'identification précoce des résidents pouvant bénéficier d'une approche palliative proactive afin d'améliorer leur qualité de vie.

La combinaison de l'ACP, du PSPA, et du projet thérapeutique soutenue par des évaluations rigoureuses telles que le PICT permet, aux MRS, la mise en œuvre efficace des soins palliatifs ; respecte les souhaits des résidents tout en fournissant des soins de haute qualité adaptés à leurs besoins uniques (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2019).

2.4.2. Culture palliative vs acharnement thérapeutique

Une fois la nécessité de soins palliatifs établie, le développement d'une « culture palliative » est fondamental. Cette approche, centrée sur l'accompagnement quotidien des résidents par une équipe multidisciplinaire, sans distinction nette entre le « curatif » et le « palliatif », permet de privilégier la qualité de vie et le confort jusqu'au décès. Qui plus est, elle améliore considérablement le bien-être en gérant la douleur physique et émotionnelle ainsi que les particularités physiologiques liées à l'âge dans le cadre du traitement de la douleur. L'accompagnement psychologique personnalisé et le soutien socio-familial sont également essentiels, surtout pour les personnes atteintes de démence afin de renforcer leur sentiment d'appartenance et de dignité. En considérant l'unicité de chaque individu et en intégrant ses préférences personnelles ainsi que ses liens sociaux, on lui permet de recevoir un soutien actif et optimal (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2016 & 2019 ; Palliaguide, 2024 ; Quignard, 2013).

2.4.3. Statut palliatif

Ce statut offre des avantages financiers sans pour autant garantir des SP en termes d'accompagnement et de soins. Dans les MRS, tout comme dans d'autres habitations collectives comme les MRPA et les Maisons de soins psychiatriques, ainsi qu'à domicile, il permet le remboursement total de toutes les prestations des médecins généralistes (suppression du ticket modérateur) et de l'oxygénothérapie de courte durée, sous certaines conditions (INAMI, 2015).

Son octroi est précédé d'une demande établie auprès de la mutuelle du résident, accompagnée d'un formulaire rempli par le MT. Ce statut requiert que le patient réponde à cinq critères incluant : des affections irréversibles, une évolution défavorable et une dégradation sévère généralisée, aucune thérapie n'améliore l'état du patient, un pronostic de vie mauvais et des besoins spécifiques de soins continus de même que globaux. Une fois le dossier accepté par la mutuelle, les avantages financiers sont accordés (INAMI, 2015).

2.4.4. Rôle de chaque intervenant

Le directeur, en collaboration avec l'infirmier chef et le MCC, encadre la vision des SP à travers : la formation du personnel ; la gestion des ressources ; l'adaptation de l'environnement pour le confort des résidents ; la coordination de l'équipe soignante et des services externes.

Le MCC, en collaboration avec l'infirmier chef, se charge, quant à lui, d'intégrer les SP et de soutenir le personnel par le développement d'une culture palliative. Cela inclut le partage de conseils spécialisés, l'organisation de réunions pluridisciplinaires, tout en assurant la conformité aux normes légales et éthiques.

L'infirmier chef, en plus de ses fonctions collaboratives avec ce médecin, joue un rôle central dans l'accompagnement des résidents ainsi que de leurs proches, communiquant avec le MT et tenant la famille informée des changements importants.

Le référent en SP - professionnel de santé spécialisé - se charge, d'une part, de la formation et de la sensibilisation des autres acteurs aux pratiques optimales. D'autre part, il coordonne les soins en assurant: la communication entre les professionnels et les familles ; le soutien psychosocial des résidents et de leur entourage. Les équipes de soutien de seconde ligne, composées de divers spécialistes, offrent à la fois du soutien, des conseils et une gestion de la douleur. Disponibles 24h/24, ils interviennent à domicile et dans tous types d'établissements résidentiels.

Le MT est, quant à lui, chargé des décisions médicales et éthiques. Il gère les traitements et assure un suivi rigoureux, tout en facilitant la collaboration interdisciplinaire et en cultivant une coopération respectueuse au sein de l'équipe de soins.

L'infirmier, conjointement avec ce dernier, évalue continuellement les aspects physiques, psychosociaux et spirituels des résidents. Il adapte les soins, informe et conseille les patients ainsi que leurs familles tout en collaborant avec d'autres professionnels pour offrir une prise en charge holistique.

Enfin, d'autres acteurs comme les aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, les référents démence, le personnel de nettoyage, de cuisine et d'hôtellerie jouent des rôles déterminants en assistant les résidents dans leurs besoins quotidiens, soutenant psychologiquement et physiquement, et améliorant la qualité de vie (Brusano, 2023 ; Cellule fédérale des soins palliatifs, 2017 ; Fédération wallonne des soins palliatifs, 2020 ; Moniteur belge, 2015 ; Service public de Wallonie, 2021).

2.4.5. Formation du personnel

Les MRS sont encouragées à former tout leur personnel, soignant et non-soignant, aux soins palliatifs pour améliorer la qualité des soins, uniformiser les pratiques, valoriser le personnel et soutenir les interactions entre équipes.

Selon l'AR du 5 décembre 2012, la formation nécessaire dépend du nombre de résidents classés selon l'échelle de Katz⁶ en catégories B, C, Cd ou Cc. Ces formations, financées par l'assurance soins de santé, nécessitent que l'établissement soit agréé comme « MRS », compte au moins 25 résidents dans les catégories concernées, partage sa politique de soins palliatifs et désigne un responsable de ces soins et de la formation, comme le MCC ou l'infirmier chef (Moniteur belge, 2012 ; Fédération wallonne des soins palliatifs, 2019).

⁶ L'échelle de Katz distingue les niveaux de dépendance des personnes âgées, allant de la catégorie 0 pour les totalement autonomes à la catégorie D pour ceux entièrement dépendants tant physiquement que psychiquement (Nursing home, s.d.).

2.5. La collaboration interprofessionnelle

2.5.1. La pluridisciplinarité, la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité

Dans les soins palliatifs en MRS, la collaboration entre les disciplines varie en intensité et intégration à travers les trois approches suivantes :

La pluridisciplinarité, implique que diverses disciplines travaillent côte à côte sans intégrer leurs perspectives, chacune contribuant selon ses propres méthodes ; la multidisciplinarité, offre une coopération plus étroite où les disciplines travaillent ensemble sur un projet commun mais sans fusionner leurs méthodes ; l'interdisciplinarité, en revanche, mélange et intègre les disciplines de manière profonde, transcendant les frontières traditionnelles pour créer de nouvelles méthodologies et solutions (Fédération wallonne des soins palliatifs, 2020 ; Sell et al., 2022).

2.5.2. Définitions et bénéfices de la collaboration interprofessionnelle

Primordiale pour dispenser des soins palliatifs de qualité aux personnes âgées dans les MRS, elle garantit leur confort et dignité en fin de vie.

Selon D'Amour (2005), cette collaboration implique un processus où divers professionnels unissent leurs efforts dans le but de répondre efficacement aux besoins des patients, insistant sur l'importance d'une action collective bien coordonnée. Baggs et Schmitt (2007) décrivent également la CIP comme une interaction entre professionnels permettant de combiner et partager leurs connaissances et expériences au service des patients (cité par Karam et al., 2015).

Ce processus repose sur la contribution volontaire tout en gérant les intérêts individuels et en maintenant une certaine autonomie (D'Amour et al., 2008). Way, Jones, et Busing (2000) ajoutent que cette association inclut le partage des responsabilités, la coordination, la communication, la coopération, ainsi que le respect et la confiance mutuels (cité par Karam et al., 2015). De leur côté, Brocard et al. (2019) ainsi que Cina et al. (2020) notent que partager des valeurs communes et reconnaître les compétences de chacun favorise une dynamique relationnelle positive et une collaboration équilibrée, aidant à surmonter les hiérarchies traditionnelles.

La communication interprofessionnelle, cruciale pour la CIP, est définie comme un échange bidirectionnel d'informations et de sentiments (Palliopedia, 2017). Une communication ouverte, claire et proactive est indispensable au succès de cette collaboration. Il est nécessaire d'éviter

les techniques de communication passive afin de réduire les risques de malentendus et d'erreurs qui pourraient compromettre la qualité des soins (Brocard et al., 2019 ; Cina et al., 2020).

La collaboration interprofessionnelle présente de multiples avantages. De manière générale, elle réduit les erreurs cliniques, améliore la gestion des ressources et évite les soins superflus - ce qui accroît l'efficacité. Elle améliore également la qualité des soins, renforce la coordination, et augmente la satisfaction tant des patients que des professionnels. De plus, elle favorise l'autonomie du patient et assure une prise en charge holistique. À l'opposé, une collaboration inefficace entre les professionnels de santé est souvent à l'origine de conséquences négatives pour le patient (Dahlke et al., 2020 ; Karam et al., 2018 ; Tsakitzidis et al., 2017).

N'ayant pas trouvé d'étude spécifiquement axée sur la collaboration entre médecins et infirmiers dans les soins palliatifs en MRS en Belgique. J'ai, toutefois, exploré deux études pertinentes pour cette recherche traitant de la CIP dans un contexte plus large.

La première se penche sur la CIP entre médecins et infirmiers dans les soins de santé primaires en Wallonie, sans spécifier si les structures impliquées étaient des MRS (Karam et al., 2022).

La seconde est une revue systématique qui examine les cadres conceptuels de la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle dans le secteur de la santé en Belgique de manière globale (Karam et al., 2018).

A l'issue de ces dernières, plusieurs barrières à la CIP ont été mises en évidence :

- Les conflits de pouvoir influencés par le rôle traditionnel des médecins comme leaders cliniques et principaux décideurs ainsi que par les structures hiérarchiques (MacMillan, 2012 cité par Karam et al., 2018 & 2022) ;
- La réticence des médecins à partager les responsabilités (Karam et al., 2018) ;
- Une mauvaise communication entre les professionnels en termes d'efficacité et de régularité (Karam et al., 2018) ;
- Les divergences dans les cultures organisationnelles entre différentes disciplines en matière de valeurs, pratiques, attitudes, et normes professionnelles (Karam et al., 2018) ;
- L'autonomie professionnelle limitée (Karam et al., 2018) ;
- L'ambiguïté autour des compétences et du champ d'action des infirmiers (Karam et al., 2022) ;

- La méfiance des médecins vis-à-vis des connaissances et compétences des infirmiers (Karam et al., 2022) ;
- La pénurie de personnel médical, infirmier et sa distribution inégale (Karam et al., 2022) ;
- Les défis liés aux systèmes de paiement des médecins et des infirmiers (Karam et al., 2022) ;
- L'hétérogénéité des pratiques chez les médecins allant de la pratique en solo aux pratiques de groupes mono et pluridisciplinaires (Karam et al., 2022) ;
- Les politiques et structures institutionnelles rigides ainsi que les procédures administratives complexes ne soutenant pas la CIP (Karam et al., 2018).

En opposition, plusieurs facteurs favorables à une meilleure CIP ont été identifiés :

- La motivation et l'engagement des professionnels à travailler ensemble (Karam et al., 2022) ;
- Le partage des objectifs communs (Karam et al., 2018) ;
- Des systèmes de communication plus structurés et efficaces permettant des échanges réguliers et systématiques d'informations cliniques et de mises à jour (Karam et al., 2018 & 2022) ;
- Des mécanismes de retour d'information et d'évaluation réguliers pour surveiller l'efficacité de la CIP et identifier les domaines nécessitant des améliorations (Karam et al., 2022) ;
- Renforcement du leadership collaboratif par la reconnaissance et la valorisation des compétences et contributions de chacun (Karam et al., 2018 & 2022) ;
- Organisation de sessions de formations continues conjointes pour les médecins et les infirmiers afin de développer une compréhension mutuelle de leurs rôles respectifs et de renforcer le travail d'équipe (Karam et al., 2022) ;
- Les structures et ressources mises en place ainsi que le soutien des leaders internes aux organisations de santé facilitant la collaboration : réunions régulières, espaces de travail partagés ainsi que politiques et procédures claires sur le rôle et les responsabilités des professionnels (Karam et al., 2018 & 2022).

Bien que certaines études aient mis en lumière divers aspects de la CIP, la collaboration spécifique entre médecins et infirmiers au sein des MRS, en particulier dans le contexte des soins palliatifs, n'a pas été directement étudiée. Il est donc pertinent d'en explorer les facteurs facilitants ou entravants qui constituent l'objet de ma question de recherche. Pour l'étude de celle-ci, j'emploie le modèle de d'Amour détaillé dans le sous-point suivant.

2.5.3. Modèle théorique de d'Amour

D'Amour, en collaboration avec d'autres auteurs, a instauré un modèle de structuration de la collaboration en 1997 qui a ensuite été amélioré pour donner lieu à une nouvelle version en 2008. Son objectif est de comprendre et d'améliorer la collaboration entre les professionnels de santé (D'Amour et al., 2008).

Ce modèle est structuré autour de quatre dimensions clés, chacune enrichie de plusieurs indicateurs aidant à guider et à évaluer la collaboration au sein des équipes de soins.

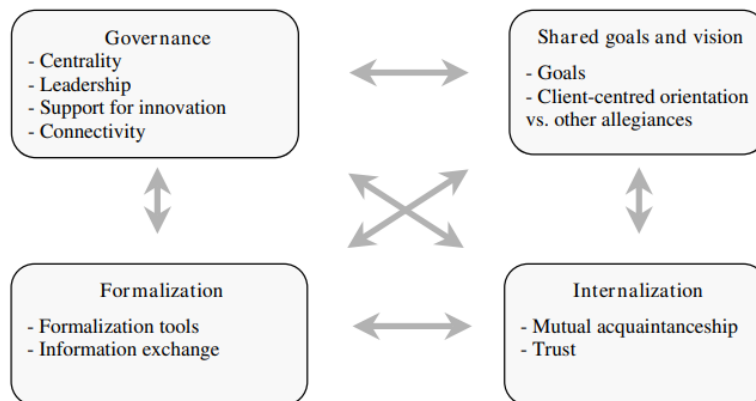


Figure 1 : *Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, de D'Amour 2008* (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez & Pineault, 2008)

Les deux dimensions à droite du schéma sont liées aux relations entre les individus alors que celles de gauche se réfèrent au cadre organisationnel (D'Amour et al., 2008).

a. Dimensions de la collaboration interprofessionnelle

– Finalisation

La dimension de la finalisation met l'accent sur la définition et l'harmonisation des objectifs de l'équipe interprofessionnelle. Cette dimension comprend deux indicateurs essentiels : les objectifs communs et l'orientation commune centrée sur le patient contre allégeances diverses. Le premier indicateur souligne l'importance pour tous les membres de l'équipe de converger vers des buts partagés qui profitent globalement au patient. Cela nécessite souvent des discussions approfondies et des ajustements pour s'assurer que les objectifs soient unanimement acceptés et pleinement intégrés par tous les intervenants. Quant au second, il met en exergue la nécessité de prioriser les besoins du patient tout en tenant compte des différentes fidélités professionnelles au sein de l'équipe. Il s'agit de trouver un équilibre optimal entre les pressions organisationnelles subies par les professionnels et leurs intérêts individuels ainsi que ceux du patient pour que les soins prodigués soient les plus adaptés et efficaces possible, sans être compromis par d'éventuels conflits internes (D'Amour et al., 2008).

– Internalisation

L'internalisation se concentre sur la construction et le renforcement des relations interpersonnelles et de la confiance entre les membres de l'équipe. Elle comprend deux indicateurs : la connaissance et la confiance mutuelles. Le premier encourage les membres de l'équipe à bien se connaître, tant sur le plan professionnel que personnel, afin de renforcer la cohésion et la collaboration. Le second, aussi crucial, repose sur la conviction que chaque membre de l'équipe est fiable et compétent, ce qui est fondamental pour une délégation efficace des responsabilités et pour une collaboration sans réserve (D'Amour et al., 2008).

– Gouvernance

La gouvernance aborde la manière dont la collaboration est gérée et régulée au sein de l'équipe. Elle se compose de quatre indicateurs : la centralité, le leadership, l'expertise et la connectivité. Tout d'abord, la centralité assure que tous les membres de l'équipe soient guidés par des objectifs clairs et partagés. Ensuite, le leadership, peut être formel ou émerger naturellement et est capital pour motiver l'équipe comme pour résoudre les conflits tout en stimulant l'innovation. L'expertise nécessite, quant à elle, un soutien continu à l'apprentissage et à l'adoption de nouvelles pratiques. Enfin, la connectivité renforce les interactions significatives qui facilitent la résolution collective de problèmes et l'échange d'idées (D'Amour et al., 2008).

– Formalisation

La formalisation se rapporte à la structuration et à l'organisation formelle de la collaboration. Les indicateurs sont l'existence d'ententes et les lieux d'échange d'informations. L'existence d'ententes garantit que les rôles, les responsabilités et les procédures soient clairement définis et compris par tous, évitant ainsi les malentendus. Les lieux d'échange d'informations mettent en place des systèmes efficaces pour une communication fluide et rapide, essentielle pour une collaboration effective (D'Amour et al., 2008).

b. Typologie de la CIP

À la suite du développement de leur modèle théorique de collaboration interprofessionnelle, Danielle D'Amour et ses collaborateurs ont établi une typologie détaillée qui distingue différentes formes de collaboration dans les milieux de soins de santé. Cette typologie permet de mieux comprendre comment différentes configurations de collaboration peuvent émerger en fonction de l'interaction entre divers indicateurs professionnels.

– Collaboration en Action

La première typologie représente le degré le plus élevé de collaboration interprofessionnelle. Dans ce cadre, les professionnels de santé parviennent à maintenir une collaboration stable et efficace malgré les défis et perturbations possibles. Selon D'Amour et al., cette forme de collaboration est caractérisée par un partage des responsabilités faisant l'objet d'un consensus général et dans laquelle les services de soins sont organisés autour de principes d'efficacité et de continuité. Cela signifie que les différents acteurs collaborent de manière continue et harmonieuse, ce qui facilite la mise en place de services de santé cohérents et coordonnés.

– Collaboration en Latence

La collaboration en latence est le deuxième niveau pour lequel la collaboration n'est pas encore pleinement établie ou cohérente. D'Amour et al. décrivent ce stade comme un niveau moins ancré, où les différentes dimensions de la collaboration sont encore en cours de développement et n'ont pas encore atteint un consensus complet entre tous les partenaires. Ce stade est marqué par la négociation et des échanges informels entre les professionnels, qui tentent de construire en même temps de consolider leurs relations ainsi que leurs rôles au sein de l'équipe.

– Collaboration en Inertie

Le troisième niveau, la collaboration en inertie, est caractérisé par un haut degré de conflit interprofessionnel et de dysfonctionnement. Comme le soulignent D’Amour et al., ce mode de collaboration est souvent marqué par une absence de négociations effectives ou la présence de conflits significatifs, entravant la continuité et l’efficacité des services de soins. Cette situation reflète des défis majeurs tant dans la communication que dans la gestion des relations entre les membres de l’équipe, conduisant à une stagnation ou à un échec dans la mise en œuvre effective de la collaboration interprofessionnelle (D’Amour et al., 2008).

Les auteurs ont également produit un tableau qui synthétise les caractéristiques de chaque dimension de la collaboration interprofessionnelle selon les trois typologies mentionnées.

Indicators	Active Collaboration: Level 3	Developing Collaboration: Level 2	Potential or Latent Collaboration: Level 1
Goals	Consensual, comprehensive goals	Some shared ad hoc goals	Conflicting goals or absence of shared goals
Client-centred orientation vs. other allegiances	Client-centred orientation	Professional or organizational interests drive orientations	Tendency to let private interests drive orientations
Mutual acquaintanceship	Frequent opportunities to meet, regular joint activities	Few opportunities to meet, few joint activities	No opportunities to meet, no joint activities
Trust	Grounded trust	Trust is conditional, is taking shape	Lack of trust
Centrality	Strong and active central body that fosters consensus	Central body with an ill-defined role, ambiguous political and strategic role	Absence of a central body, quasi-absence of a political role
Leadership	Shared, consensual leadership	Unfocused, fragmented leadership that has little impact	Non-consensual, monopolistic leadership
Support for innovation	Expertise that fosters introduction of collaboration and innovation	Sporadic, fragmented expertise	Little or no expertise available to support collaboration and innovation
Connectivity	Many venues for discussion and participation	Ad hoc discussion venues related to specific issues	Quasi-absence of discussion venues
Formalization tools	Consensual agreements, jointly defined rules	Non-consensual agreements, do not reflect practices or are in the process of being negotiated or constructed	No agreement or agreement not respected, a source of conflict
Information exchange	Common infrastructure for collecting and exchanging information	Incomplete information-exchange infrastructure, does not meet needs or is used inappropriately	Relative absence of any common infrastructure or mechanism for collecting or exchanging information

Figure 2 : Indicateurs du niveau de CIP selon la typologie de d’Amour, 2008 (D’Amour et al., 2008)

Ce tableau fournit une vue d’ensemble des différents « patterns » qui peuvent se manifester au sein de ces typologies, offrant dès lors un outil pratique pour identifier les points forts ainsi que les domaines nécessitant des améliorations afin de favoriser une collaboration plus efficace et harmonieuse.

En résumé, ce cadre théorique met en lumière l’importance d’une collaboration interprofessionnelle bien structurée et gérée, particulièrement cruciale dans des contextes de soins complexes. Il vise à guider les équipes de soins dans l’amélioration de leur pratique

collaborative, assurant que toutes les interactions et actions conjointes améliorent significativement la qualité des soins aux patients (D'Amour et al., 2008).

3. Partie pratique

3.1. Méthodes

3.1.1. Méthode choisie

Ce mémoire adopte une approche de type mémoire-recherche.

Sur la base d'un cadre théorique défini, j'ai opté pour une méthode de recherche qualitative, en menant des entretiens individuels avec des médecins de famille, des assistants en médecine générale et des infirmiers dans une maison de repos et de soins semi-rurale en Belgique francophone. Cette méthode a été choisie pour plusieurs raisons.

Premièrement, il existe peu d'études focalisées sur la collaboration entre médecins et infirmiers dans le contexte des soins palliatifs en MRS, un domaine où les enjeux sont significatifs pour assurer une qualité de vie optimale et un confort aux résidents en fin de vie. Bien que certains obstacles aient été identifiés, la littérature sur le sujet reste limitée.

Deuxièmement, les entretiens réalisés sont de type semi-directif, permettant aux participants d'exprimer librement leurs perceptions et points de vue, enrichissant ainsi les résultats par leur subjectivité. Cette méthode favorise également une véritable discussion et permet de relancer l'interviewé si nécessaire, offrant aussi bien la possibilité d'approfondir les explications des phénomènes étudiés que d'en saisir leurs complexités (Aujoulat, 2023-2024).

L'objectif de cette étude est de découvrir quels sont les obstacles et les éléments facilitant la collaboration entre médecins et infirmiers lors de la prise en charge des personnes âgées en soins palliatifs dans une MRS en Belgique francophone. Pour rappel, ma question de recherche est la suivante : « *Quels sont les principales barrières et les facteurs favorables à la collaboration médecins-infirmiers dans l'accompagnement d'une personne âgée en phase palliative clairement établie au sein d'une MRS semi-rurale, en Belgique francophone ?* ».

3.1.2. Réalisation du guide d'entretien

a. Modèle théorique choisi

Cette recherche adopte une approche déductive basée sur un modèle théorique bien défini, à savoir le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour. Cette démarche a été choisie pour deux raisons principales : l'analyse des obstacles nuisant à la collaboration médecins-infirmiers et l'identification des voies pour améliorer cette collaboration. Ce cadre théorique structure les questions en dix thématiques, pour évaluer la CIP dans le contexte de cette étude qualitative.

b. Élaboration des questions qualitatives

Comme indiqué précédemment, les guides d'entretien fournis en annexe 1 et 2 ont été élaborés en utilisant la classification du modèle de D'Amour. Ces guides intègrent également mon expérience de quatre ans et demi en tant qu'infirmière dans cette MRS, période durant laquelle j'ai régulièrement accompagné des résidents en fin de vie. Les questions ont été conçues pour permettre aux participants de se projeter dans le contexte réel de leur pratique quotidienne et de partager leurs perceptions et émotions personnelles. Elles ont été ajustées pour s'adapter aux spécificités de chaque participant. Ces questions ont évolué au cours de la collecte de données, modifiées en fonction de divers facteurs tels que les thèmes récurrents, les sujets encore inexplorés, les impressions des participants, et les questions implicites, le tout dans le but d'optimiser l'efficacité de la recherche qualitative.

3.1.3. Collecte des données

J'ai choisi de faire la collecte des données au sein de la MRS dans laquelle je suis infirmière depuis quatre ans et demi. Voici, ci-après, une brève description de l'établissement.

L'institution est localisée dans un milieu semi-urbain de la périphérie bruxelloise. C'est une maison de repos et de soins privée qui offre 150 chambres pour des séjours de courte et longue durée, réparties en sept unités de vie. Deux de ces unités sont spécifiquement consacrées aux longs séjours pour les personnes âgées désorientées, avec quinze chambres chacune. Un centre de jour pouvant accueillir quinze personnes est également situé sur le même site.

Des données importantes relatives à l'activité de cet établissement, basées sur le rapport d'activité médicale, ont été relevées pour les années 2022 et 2023.

En 2023, l'âge moyen des résidents était de 87 ans, avec onze résidents âgés d'au moins 100 ans et deux de moins de 70 ans. En 2022, la composition démographique était majoritairement féminine, avec 76% de femmes contre 24% d'hommes. Pour l'année 2023, 55,1% des résidents souffraient de troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer. Les statistiques sur d'autres pathologies n'étaient pas disponibles.

En ce qui concerne la fin de vie en 2023, seulement 2% des résidents avaient désigné une personne de confiance et 6% avaient formalisé leurs directives anticipées. Parmi les décès survenus cette année-là, 72% des résidents avaient un projet thérapeutique de fin de vie établi, incluant une euthanasie et une sédation palliative.

L'échelle de Katz de 2023 révèle que 8% des résidents étaient classés dans la catégorie O, 16,7% dans la catégorie A, 20,3% dans la catégorie B, 15,2% dans la catégorie C, et 39,9% dans la catégorie Cd. Il n'y avait aucun résident dans la catégorie D, indiquant une absence de personnes totalement dépendantes.

a. L'échantillon de médecins

Le recrutement des médecins s'est effectué entre fin novembre 2023 et mi-janvier 2024 de la manière suivante :

Initialement, un formulaire de participation (disponible en annexe 3) a été placé dans les casiers de chaque médecin, où se trouvent habituellement les prescriptions médicales et divers documents à signer. Par la suite, certains médecins ont été sollicités directement à la maison de repos et de soins lorsqu'ils venaient visiter leurs patients tandis que d'autres ont été contactés par e-mail ou téléphone ; soit par message soit par appel direct.

Le processus de recrutement n'était pas systématique mais adapté selon le taux de réponse et les disponibilités des médecins, formant ainsi un échantillon de convenance. Les médecins ont reçu des informations concernant l'objet de l'étude, la durée estimée de l'entretien (30 minutes) et la méthode de traitement des données.

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour le recrutement étaient les suivants : médecins de famille et assistants en médecine générale, sans distinction de sexe ou d'âge, impliqués dans la prise en charge (actuelle ou passée) de résidents en soins palliatifs établis au sein de la MRS.

b. L'échantillon d'infirmiers

Les infirmiers ont été recrutés entre fin novembre et mi-décembre 2023.

Initialement, les participants ont été contactés directement durant mes journées de travail à la MRS. Pour faciliter la communication et formaliser leur participation, un groupe WhatsApp a été créé. Ce canal a permis d'informer les participants de manière détaillée sur plusieurs aspects de l'étude : l'objectif de la recherche, la durée estimée de l'entretien fixée à 30 minutes, le type de données collectées, la méthode de traitement de ces données ainsi que les modalités de leur conservation. Ce processus avait également pour but de recueillir leur consentement éclairé et de confirmer leur participation à l'étude.

Les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés pour les infirmiers étaient les suivants : membres de l'équipe de jour, actuels ou anciens, sans distinction de sexe ou d'âge, ayant pris en charge ou prenant en charge des résidents en soins palliatifs établis au sein de la MRS.

c. Entretiens des participants

Après avoir reçu une réponse affirmative des participants, les interviews ont été programmées en fonction de leur disponibilité. Les médecins ont été contactés soit par téléphone (appel ou message), soit par courriel. Pour les infirmiers, un sondage dans le groupe WhatsApp a été réalisé, leur permettant de sélectionner parmi plusieurs créneaux horaires proposés.

Les entretiens ont été effectués individuellement en personne suivant un format semi-dirigé, entre moi, la mémorante, et chaque participant. Chaque entretien a commencé par un récapitulatif des objectifs de l'étude, une confirmation du respect de l'anonymat et la sécurité des données ainsi que les modalités de leur conservation. Le consentement des participants a été sollicité pour l'enregistrement des entretiens.

3.1.4. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits automatiquement à l'aide de l'outil Amberscript®. Pour garantir la précision, chaque transcription a été vérifiée manuellement afin d'assurer une correspondance mot à mot lorsque nécessaire.

Durant toute la durée de l'étude, l'identité des participants a rigoureusement été protégée. Pour ce faire, une méthode de pseudonymisation a été mise en place, attribuant des lettres et des chiffres aux répondants en fonction de l'ordre des entretiens réalisés et de leur catégorie professionnelle. Ces identifiants étaient ensuite associés aux caractéristiques socio-

démographiques des participants, présentées dans une table en annexe 4. Ainsi, toutes les données susceptibles de révéler l'identité des participants ont été éliminées. Après l'achèvement de ce mémoire, les enregistrements des entretiens seront effacés.

Pour analyser les données, j'ai d'abord appliqué une analyse thématique descriptive en me basant sur le cadre théorique de D'Amour pour structurer la CIP au sein de l'institution. Ce processus a commencé par une revue systématique de chaque entretien, soulignant et notant les données pertinentes. Ensuite, une analyse immédiate a été réalisée après chaque entretien, où des notes de réflexion étaient prises. Celles-ci visaient tant à identifier qu'à souligner les éléments marquants ressentis afin d'enrichir et de donner plus de profondeur aux entretiens ultérieurs. Les transcriptions ont été revues de manière itérative, facilitant la familiarisation avec les données et la détermination des thèmes émergents. Les données ont été organisées et segmentées en unités d'analyse dans un tableau Excel, chaque unité correspondant à des phrases ou groupes de phrases liées à une thématique spécifique du modèle de D'Amour.

Ensuite, le deuxième niveau d'analyse, de nature inductive, a permis une exploration plus profonde des données, ouvrant la voie à une certaine interprétation. Cette phase inductive a été cruciale pour identifier mais aussi mettre en lumière les principales barrières et éléments facilitateurs à la CIP en se basant sur les unités d'analyse définies. Le cadre théorique de D'Amour a servi de guide pour interpréter ces unités d'analyse, favorisant ainsi l'émergence de thématiques spécifiquement adaptées au contexte étudié.

Les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à une population plus large. Cependant, grâce à la notion de transférabilité, il est possible de reproduire les résultats dans un contexte similaire (Aujoulat, 2023-2024).

3.2. Résultats

3.2.1. Description de l'échantillon

Au total vingt-six participants ont été interrogés, treize médecins et treize infirmiers, entre le 18 janvier et le 26 février 2024.

Trente-trois médecins consultants au sein de la maison de repos ont été sollicités ; 11 médecins ont refusé par manque de temps ou d'intérêt pour la recherche ; 9 n'ont donné aucune suite. Douze médecins agréés en médecine générale et un assistant en médecine générale ont finalement participé à cette étude.

Sur l'ensemble des infirmiers recrutés, un seul a refusé de participer (manque de temps). Au total, 13 infirmiers ont participé aux entretiens. L'échantillon se composait de :

- 10 infirmiers de terrain travaillant continuellement dans les soins ;
- 2 infirmières adjointes consacrant la moitié de leur temps de travail dans les soins et l'autre moitié, au bureau infirmier dans les tâches administratives, le traitement des dossiers médicaux et le contact avec les médecins ;
- La responsable des soins chargée de la coordination des soins de l'établissement (organisation, suivi médical, etc.) et de la supervision des équipes paramédicales (infirmiers, aides-soignantes, maîtresse de maison⁷, etc.).

Les entretiens individuels ont eu lieu en présentiel à l'intérieur des locaux de la MRS ou aux cabinets médicaux pour plusieurs médecins. Leur durée moyenne d'enregistrement était de 41 minutes (minimum 23 min ; maximum 64 min).

La table reprise en annexe 4 résume les caractéristiques des participants. En résumé, la moyenne d'âge des participants est de 45 ans, 47,5 ans pour les médecins (minimum 27 ans ; maximum 76 ans) et 42 ans pour les infirmiers (minimum 24 ans ; maximum 62 ans).

L'échantillon est majoritairement composé de femmes (77% des participants vs hommes 23%). Il y a plus d'hommes du côté des médecins (39%, n=5) que du côté des infirmiers (8%, n=1).

Les infirmiers ont eu des parcours professionnels plus divers que les médecins en combinant le milieu hospitalier (médecine interne, bloc opératoire, chirurgie, gériatrie, etc.) et extrahospitalier (soins à domicile et MRS). La majorité des médecins n'a travaillé qu'en milieu

⁷ Les maîtresses de maison organisent la prise en charge des résidents accueillis dans leur unité de vie, gèrent leur équipe d'aides-soignants et établissent le contact avec les familles.

extrahospitalier (domicile, cabinet médical, maison médicale et MRS). Les médecins ont par conséquent plus d'années d'expérience en MRS avec une moyenne de 17 ans (minimum 1 an et demi ; maximum 50 ans), par rapport aux infirmiers (moyenne 6,5 ans ; minimum 6 mois ; maximum 16 ans).

Le type de pratique des médecins est varié mais avec une prédominance pour les pratiques en solo (n=8) et d'autres exercent en pratique de groupe multidisciplinaire (n=3) ou mono disciplinaire (n=2).

Le nombre moyen de patients palliatifs pris en charge s'élève à 10 patients par an pour les médecins. Ce chiffre est légèrement plus faible chez les infirmiers : 8 résidents par an. Au total, dans cette MRS, le personnel infirmier prend en moyenne en charge 40 résidents en situation de soins palliatifs par an.

3.2.2. Niveau de collaboration dans le contexte étudié

Dans cet établissement, la CIP entre médecins et infirmiers est considérée comme étant à un niveau intermédiaire, décrite comme une collaboration en « latence ». Malgré la présence de certains éléments encourageants, de nombreuses barrières subsistent encore l'empêchant de fonctionner à son plein potentiel.

En termes de gouvernance, la centralité est limitée en efficacité, principalement due à un manque de temps et de ressources. Ces limitations affaiblissent le leadership, souvent jugé défaillant dans sa capacité à promouvoir la CIP et influencé par des décisions déséquilibrées des médecins. En outre, l'institution manque de procédures claires et les systèmes de communication inefficaces freinent une collaboration optimale. Les objectifs communs sont rares et souvent non traduits en actions concrètes, en privilégiant les enjeux professionnels plutôt que les besoins des résidents. La connaissance mutuelle est sporadique et la confiance varie selon la perception de l'expertise.

Enfin, deux indicateurs classent cette institution au plus bas niveau de collaboration, qualifiée en « inertie ». La connectivité est insuffisante, avec peu de ressources pour encourager les interactions professionnelles, et l'expertise souffre d'un manque de soutien institutionnel pour renforcer les compétences en CIP et en SP.

Les paragraphes ci-après expliquent, sur base du modèle de D'amour, deux principales barrières à la CIP, qui sont les thématiques suivantes : « les limitations de la gouvernance » et « les divergences de pratiques ». Des pistes sont évoquées au sein de chaque paragraphe.

3.2.3. Les limitations de la gouvernance

La gouvernance institutionnelle est insuffisante, ce qui limite significativement l'efficacité de la collaboration entre médecins et infirmiers, en affectant les dimensions de l'expertise, du leadership, de la connectivité et de la centralité.

a. Le manque d'expertise en soins palliatifs et en compétences interprofessionnelles

Le constat d'un déficit évident en expertise chez les professionnels de la santé, tel qu'évoqué dans les entretiens, a un impact significatif sur la collaboration entre médecins et infirmiers dans la prestation des soins palliatifs au sein de cette institution.

Si on tombe sur une infirmière qui n'a jamais pratiqué de soins palliatifs [...] elle ne va pas oser administrer l'injection, elle ne va pas utiliser le produit. C'est logique, et nos connaissances aussi finalement, ne permettent pas de bonnes prescriptions (Méd6)

Ce déficit de compétences peut toucher à la fois les aptitudes interprofessionnelles et le champ des soins palliatifs.

Le manque d'expertise en CIP est dû à plusieurs facteurs, y compris une intégration insuffisante de celle-ci dans les cursus de formation initiale.

Bien que des aspects de collaboration interprofessionnelle aient été récemment ajoutés aux programmes d'études en médecine et en soins infirmiers, ces éléments sont encore restreints et peu approfondis, comme l'ont indiqué quatre professionnels de santé, deux infirmiers et deux médecins, tous diplômés depuis moins de sept ans, lors des entretiens. Par ailleurs, ces médecins récemment diplômés évoluent actuellement dans un cadre de groupe multidisciplinaire, ce qui représente pour eux une chance de développer pratiquement leurs compétences dans ce domaine et ce, malgré les carences observées dans leur formation initiale.

Tandis que les médecins plus âgés n'ont pas reçu de formation spécialisée en compétence interprofessionnelle lors de leurs études initiales et travaillent majoritairement en solo (n=5), avec seulement un praticien travaillant au sein d'une pratique de groupe multidisciplinaire.

Bien que la formation continue soit un moyen potentiel d'améliorer les aptitudes interprofessionnelles, elle n'attire qu'une minorité de médecins engagés dans des pratiques de groupe, qu'elles soient mono ou multidisciplinaires, ainsi que quelques infirmiers. Ces programmes de formation actuels, souvent centrés sur une seule profession, ne favorisent pas toujours une collaboration effective entre différentes spécialités. Cependant, des programmes plus intégrés, comme le certificat interuniversitaire en soins palliatifs, sont appréciés pour leur

efficacité à rassembler les professions médicales et infirmières, soulignant l'importance de combiner leurs expertises pour améliorer la qualité des SP.

Certains profs rappelaient qu'il était super important d'être compétents, chacun dans son domaine [...] que chacun devait mettre son expertise au profit des soins (Méd13)

En ce qui concerne le second aspect de l'expertise, les entretiens indiquent que les connaissances spécifiques en SP sont souvent acquises de manière informelle et inégale pendant la formation initiale, avec des témoignages décrivant des cours théoriques insuffisants pour une application pratique sur le terrain.

C'était pas visé sur comment traiter ou gérer les soins palliatifs [...] c'était juste des notions théoriques qui ne nous ont pas aidé sur le terrain (Méd12)

Trop bref, ce n'était que quelques heures de cours, finalement on apprend tout sur le tas (Infi10)

Inversement, les programmes de formation initiale dans d'autres pays semblent offrir une meilleure couverture en la matière.

Une minorité de participants font état de l'absence d'engagement et de soutien institutionnel dans les formations continues, ce qui limite l'amélioration de l'expertise en restreignant l'utilisation efficace des ressources disponibles.

Malgré la reconnaissance de l'importance de cette collaboration, l'innovation reste donc limitée, provoquant des frustrations parmi de nombreux professionnels des deux corps de métier. Comme le relèvent une majorité des participants, les professionnels doivent souvent compter sur leur propre initiative et adaptation sur le terrain, entraînant une lacune de connaissances qui affecte la qualité des soins aux personnes âgées et nuit à la collaboration entre les professionnels de santé.

Chacun agit en son âme et conscience (Infi2)

Tu brodes sur le terrain, tu t'adaptes c'est bien dommage d'ailleurs (Infi6)

Le manque d'expertise des professionnels de la santé a des conséquences significatives sur le leadership, la confiance mutuelle ainsi que sur les finalités entre médecins et infirmiers.

Bien que la majorité des médecins reconnaisse l'expertise des infirmiers et les inclut dans leur prise de décisions, plusieurs d'entre eux perçoivent un manque d'expertise, en particulier en raison de la qualité de l'information transmise et du vocabulaire employé. Cette insuffisance de

reconnaissance de l'expertise des infirmiers peut remettre en question la validité de leurs conseils et observations et diminuer ainsi la confiance des médecins.

Si c'est pour amener une expertise qui est pertinente oui, si c'est pour me proposer quelque chose qui ne me semble pas être dans l'intérêt du patient sur le plan strictement médical et scientifique [...] c'est moi qui dois prendre mes responsabilités sur ce qui est de la prescription strictement et purement médicale [...] Je peux écouter et entendre, je peux éventuellement considérer cette remarque comme pertinente pour le patient pour des tas de raisons (Méd13)

La perception qu'ont les médecins d'un manque d'expertise chez les infirmiers conduit à un leadership asymétrique et non inclusif, défavorisant les infirmiers et impactant directement la qualité des soins. De leur côté, bien que peu remettent en question l'expertise médicale, certains infirmiers expriment leur frustration face au manque de reconnaissance de leur propre expertise. Ils décrivent des situations où leurs opinions sont ignorées, engendrant un sentiment de marginalisation et de frustration.

On ne nous laisse pas forcément l'opportunité de le dire au médecin [...] quand on commence à argumenter avec un médecin, souvent, on nous fait comprendre qu'on n'est pas à leur place.

On n'est pas vraiment au même stade [...] j'ai également l'impression que ce que je raconte n'est pas toujours pris en compte [...] par rapport à un patient, je lui propose des solutions, je lui propose des alternatives et ça passe par-là, ça sort par-là (Infi11)

Outre le leadership et la confiance entre les deux professions, le déficit d'expertise peut également influencer sur les finalités des médecins et des infirmiers.

La majorité des professionnels de la santé souligne l'importance du respect des souhaits du patient comme objectif central des soins palliatifs.

Les objectifs sont d'abord ceux du patient [...] Ce n'est ni moi, en tant que médecin, qui vais décider quelque chose, ni moi, en tant qu'infirmier, qui vais décider quelque chose [...] Nous nous remettons tous les deux en question, à la fois l'infirmier et le médecin, et nous en discutons (Méd3)

De plus, la majorité des médecins et des infirmiers insiste également sur l'importance du confort et du bien-être de l'aîné en fin de vie, notamment par la gestion de sa douleur. Cette perspective reflète une compréhension holistique des soins palliatifs, mettant l'accent sur la qualité de vie du résident jusqu'à la fin.

La priorité, c'est le confort du patient, qui soit le mieux, éviter le maximum de douleurs, qu'il puisse garder les plaisirs qui lui font plaisir actuellement, en fonction de l'état mais peut être certains médicaments en fonction de son état, mais aussi en retirer [...] garder le plaisir au niveau de l'appétit, la soif et les activités autres potentielles (Méd5)

Aussi, bien que les objectifs de soins semblent converger pour la majorité des professionnels, plusieurs infirmiers perçoivent une discordance avec la profession médicale trouvant que les objectifs fixés par les médecins restent autant théoriques que superficiels. Ne correspondant pas véritablement à leurs actions ni à leurs comportements.

De fait, dans certains cas, les médecins peuvent se concentrer de manière excessive sur des interventions curatives ayant une approche plus orientée vers le traitement des maladies et la guérison et ce, même lorsque le patient est en phase terminale. Provoquant de la frustration, pour l'infirmier, en raison du manque de considération du confort et de la qualité de vie du résident.

Ce décalage entre les objectifs déclarés et la perspective curative persistante semble découler d'un manque d'expertise spécifique en SP, entraînant une vision limitée de la prise en charge des patients en fin de vie.

Par ailleurs, la majorité des participants reconnaît que la communication ouverte est essentielle pour assurer l'alignement des objectifs de traitement sur les préférences et les besoins du patient.

On essaie de communiquer le mieux possible, pour être sûr que l'on soit sur la même longueur d'onde (Méd2)

Le manque d'expertise des professionnels de la santé à propos de l'usage de médicaments tels que la morphine peut également freiner leur collaboration – barrière citée par certains participants. Les infirmiers et médecins peuvent avoir des réticences à l'emploi de cet antalgique en raison d'une possible accélération de la mort, même si, celle-ci est reconnue comme un moyen essentiel dans le soulagement de la douleur et l'amélioration du confort des patients en phase palliative. Cette perception peut entraîner une limitation dans leur capacité à fournir des soins optimaux aux personnes âgées, affectant leur bien-être et leur qualité de vie en fin de vie.

Parfois, il faut lâcher-prise quand on parle parfois de morphine. Un médecin peut avoir comme réflexion : oui, mais non, on va pas commencer avec la morphine [...] Beaucoup de

gens associent morphine à l'accélération et trajet vers le décès, sauf qu'à la base, ça reste un antalgique et ça peut juste apaiser une personne qui peut être un peu anxieuse ou relaxer
(Infi6)

Par conséquent, la recherche d'un objectif commun et la volonté de partager leurs connaissances et leurs visions au profit du patient sont des éléments clés de la CIP.

Il a été souligné que la responsable des soins et le MCC étaient essentiels pour pallier le déficit de compétences parmi les professionnels de la santé. Grâce à leur expertise et leur position, en tant qu'infirmière et médecin, ils sont en mesure de guider les professionnels vers l'adoption de meilleures pratiques en matière de CIP et de SP. Toutefois, ces derniers font souvent face à un manque de temps et de ressources pour exercer efficacement leur rôle.

Ensuite, bien que l'existence d'un infirmier référent en SP soit notée dans un souci d'amélioration de l'expertise de l'équipe, son impact reste limité. Ceci suite au manque de soutien institutionnel qui se traduit par des responsabilités restreintes, faute de temps et de ressources adéquates. Néanmoins, la plupart des participants soulignent unanimement le potentiel de ce rôle pour l'avenir. Ils envisagent qu'une évolution vers des responsabilités plus étendues pourrait considérablement améliorer la qualité des soins palliatifs. Cela inclurait notamment une expertise spécialisée et une orientation des pratiques médicales et infirmières.

De même, la majorité des participants met en avant que l'engagement potentiel de l'équipe de seconde ligne pourrait renforcer les compétences des professionnels et encourager la collaboration. Néanmoins, comme signalé par cette majorité, l'institution a, jusqu'à présent, eu peu de collaborations avec cette équipe, limitant ainsi la dynamique interprofessionnelle. Ce manque de motivation et de soutien institutionnel entrave cette perspective, compromettant ainsi la possibilité d'accéder à une expertise technique supplémentaire et à un soutien pratique dans la gestion des ordonnances médicales.

b. Leadership en balance

Au cours des entretiens, une structure de leadership présentant une asymétrie avec une inégalité dans le partage du pouvoir décisionnel a été régulièrement mentionnée. Ce leadership asymétrique en faveur des médecins est, comme expliqué plus haut, renforcé par une perception du manque d'expertise. Malgré cela, il existe une reconnaissance de la valeur de la CIP parmi les deux professions.

D'un côté, les médecins perçoivent le leadership non seulement comme une responsabilité centrale liée à leurs prérogatives médicales, telles que la prescription de médicaments mais aussi comme une opportunité de valoriser et de respecter les compétences des infirmiers. En effet, ils apprécient leur rôle crucial dans la surveillance des résidents et l'initiation des soins palliatifs, ce qui dénote une certaine confiance dans les capacités des infirmiers.

C'est vrai qu'il y a certaines choses qui parlent, c'est à priori, on se dit : bon elle est infirmière, elle a quand même l'habitude de soigner des patients, de prendre soin des gens, on sait bien qu'ici on est dans une fin de vie. Il y a quand même certaines choses qui vont plus attirer notre attention, comme la douleur, comme la dyspnée, comme des bruits respiratoires, ce genre de choses (Méd9)

De l'autre, les infirmiers, malgré que la majorité perçoit cette dynamique positivement, certains se sentent relégués à des rôles d'exécutants percevant cette relation comme une subordination.

Souvent ils sont décisionnaires, lorsque tu viens un petit peu enquiquiner à côté, on te remet à ta place. Tu es l'exécutant. C'est une relation d'exécutant à dirigeant finalement (Infi5)

Cette perception du rôle d'exécutant, due à un leadership ambigu, génère un sentiment de surcharge chez les infirmiers et peut provoquer des frustrations dans la gestion des soins, ayant souvent l'impression de ne pas être suffisamment soutenus.

Vu que c'est nous qui exécutons, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup sur nos épaules. Maintenant, c'est toujours du médecin que ça vient [...] c'est nous qui sommes sur le terrain. Il y a beaucoup pour nous, j'ai l'impression parce qu'on est là, à toutes les étapes. Le médecin vient, cinq minutes par-ci, cinq minutes par-là, quinze minutes tous les deux mois. On est au front. C'est vers nous que la famille revient (Infi9)

De plus, certains infirmiers expriment également une frustration en raison des limitations dans leur autonomie surtout concernant la gestion médicamenteuse. Ils souhaiteraient plus de latitude mais se heurtent à des restrictions traditionnelles dans le rôle des médecins. Bien que certains protocoles permettent aux infirmiers une certaine marge de manœuvre, comme le protocole de détresse où les médicaments sont administrés « si nécessaire ». Ces derniers sont souvent contraints par des pratiques institutionnelles rigides et une gouvernance qui peut manquer de clarté maintenant les médecins comme autorités décisionnelles principales.

On aimerait faire plus, mais on ne nous donne pas la possibilité de le faire. L'autonomie que j'ai c'est au niveau des soins de confort purs, en dehors de la médication, à savoir

l'hydratation [...] au niveau des soins de bouche [...] tout ce qui est hygiène notamment, on peut toujours essayer de les rendre le plus confortable possible, avec des matelas alternating notamment ça, c'est notre décision, des vêtements confortables, toutes ces petites choses-là, donc on peut agir sur pratiquement tout sauf la médication (Infi11)

Malgré les obstacles liés à une dynamique de leadership parfois asymétrique, la majorité des professionnels de santé reconnaît largement les bénéfices d'une approche collaborative dans la prise de décisions médicales. Ils valorisent l'intégration des diverses expertises pour améliorer la qualité des SP et aspirent à adopter un modèle de collaboration plus horizontal. Cette aspiration à réduire les hiérarchies traditionnelles tout comme à promouvoir une collaboration plus équilibrée et inclusive est perçue comme cruciale pour répondre efficacement et respectueusement aux besoins des patients.

Dans les soins palliatifs, je pense qu'on ne peut pas être seul à prendre des décisions. Elles doivent toujours être prises ensemble. Parce que mon ressenti ne sera peut-être pas le même que l'autre (Infi5)

Une voie d'amélioration envisagée par les participants reposerait dans le potentiel rôle de la responsable des soins, du MCC et de l'infirmier référent en SP comme leaders clés. Ces figures pourraient, effectivement, améliorer la collaboration entre médecins et infirmiers en guidant la répartition équilibrée et claire des responsabilités décisionnelles. Toutefois, par manque de temps, ces acteurs peinent souvent à assumer pleinement cette fonction de leadership.

c. Manque de connectivité

L'insuffisance de connectivité entre médecins et infirmiers, dans cette institution, découle principalement d'un déficit en ressources et d'une absence de structures institutionnelles pour encourager les échanges formels. Ce problème est exacerbé par une rotation fréquente du personnel infirmier, souvent imputable à de nombreux contrats à temps partiel, fragmentant ainsi l'équipe de soins et compliquant la rencontre régulière entre médecins et infirmiers. En conséquence, les infirmiers peuvent ne pas être présents lors de discussions critiques sur les soins palliatifs, ce qui entrave la communication et la continuité des soins.

Face à ces défis, les médecins tendent à privilégier les interactions directes avec la responsable des soins ou les infirmières adjointes, excluant souvent l'infirmier directement en charge des résidents.

Il faut savoir qu'il y a des équipes, il y a des gens qui font le matin, il y en a qui font l'après-midi. Il faudrait voir beaucoup trop de personnes différentes. Ça change trop. Il y a trop de changement, je me réfère essentiellement à l'infirmière chef parce que, pour moi, c'est la plus stable, parce que dans la maison de repos, il y a un turn-over assez important (Méd8)

Cette approche peut aggraver les lacunes en connectivité, affectant la continuité des soins et la gestion de potentiels désaccords.

Malgré les efforts de la responsable des soins et des infirmières adjointes pour renforcer les interactions, l'absence de mécanismes réguliers de dialogue entre médecins et infirmiers entrave une résolution efficace des conflits et des divergences d'opinions. Par ailleurs, certains médecins ne se considèrent pas comme responsables de la résolution des conflits, préférant déléguer cette tâche à un acteur neutre tel que la responsable des soins. Selon les deux professions, la responsable des soins, le MCC et l'infirmier référent en SP sont des acteurs clés pour renforcer la communication et l'entente.

Une sorte de rôle tampon dans la communication entre les infirmières et les médecins [...] ce rôle de médiateur, pour ainsi dire, entre les deux parties, afin d'améliorer l'efficacité de la communication. Lorsque l'infirmière et le médecin sont en désaccord total, ce médiateur devrait intervenir pour apaiser la situation. Elle devrait être capable de se mettre à la place de l'infirmière et travailler main dans la main avec le médecin coordinateur (Infi11)

Ces médiateurs sont souvent accablés par des charges de travail élevées et des tâches administratives, limitant grandement leur disponibilité dans la promotion d'une communication efficace et d'une compréhension mutuelle entre médecins et infirmiers. Le manque de soutien structurel complique l'organisation de discussions formelles essentielles à une collaboration efficace.

En dépit des efforts des médiateurs dans l'amélioration d'une communication directe et la résolution de conflits, l'absence d'un cadre institutionnel solide peut affaiblir ces initiatives et limiter leur effet sur la qualité des soins palliatifs.

De plus, cette déficience de connectivité restreint également la possibilité d'approfondir la connaissance mutuelle au-delà du contexte professionnel, puisque l'institution ne crée pas suffisamment d'opportunités pour des échanges personnels et approfondis entre ces professionnels de santé. Ce qui est également vu comme un obstacle significatif à l'harmonisation de leurs pratiques.

Les participants soulignent l'importance de partager des expériences et des perspectives pour dépasser les barrières inconnues qui limitent une collaboration productive.

Il y a tellement de freins personnels dont nous n'avons pas connaissance, ainsi que ceux des autres. C'est pourquoi il est crucial de se concerter. En partageant nos expériences, cela nous permet de prendre du recul et de comprendre ces barrières auxquelles nous n'avons pas conscience et qui sont en fait des freins. En échangeant nos points de vue, nous pouvons suggérer, dans telle situation, d'essayer de voir les choses différemment, apportant ainsi une autre manière d'aborder les soins (Infi5)

La majorité des infirmiers manifeste un désir prononcé pour une connectivité accrue, souhaitant, d'une part, des interactions plus régulières et directes avec les médecins. Et d'autre part, recherchant un cadre priorisant et respectant le bien-être des résidents.

De plus, les infirmiers aspirent à un environnement de travail dans lequel l'institution et les médecins favorisent ces interactions en allouant le temps nécessaire visant à ce que chaque échange se concentre sur les besoins du résident. Et ce, dans une atmosphère de respect mutuel et d'attention dédiée.

« Où il n'y a que ce résident-là qui compte à ce moment-là » (Infi10)

d. Centralité restreinte : frein à l'action collective

Dans cet établissement, le manque de soutien institutionnel pour une culture palliative et la CIP affecte négativement la centralité, entravant ainsi la collaboration entre médecins et infirmiers. L'insuffisance de structures organisationnelles associée au manque de temps alloué par l'institution limitent la capacité des acteurs à établir une centralité efficace unissant les équipes autour d'objectifs communs et favorisant une collaboration harmonieuse.

Malgré cela, la majorité des participants, qu'ils soient médecins ou infirmiers, reconnaissent l'importance capitale des initiatives institutionnelles qui encouragent une culture palliative et une CIP. Ils soulignent le rôle prépondérant de la responsable des soins, du MCC et de l'infirmier référent en soins palliatifs qui sont des acteurs clés dans la promotion d'une culture palliative interdisciplinaire.

Il faut que ce soit un projet institutionnel [...] où on va mettre les soins palliatifs en avant-plan. Et je reste convaincu que si tu arrives, au sein d'un établissement, à faire passer cette mentalité palliative, tout le reste du niveau de soin marchera, va suivre, parce que tu auras vu des soignants qui vont être, qui vont réagir différemment, qui vont être dans la

communication, qui vont être dans l'empathie, dans l'humanité, qui vont rejoindre toutes ces valeurs du soignant qui sont parfois malheureusement, mises de côté, parce qu'il y a un temps qui est compté dans la toilette, dans les soins (Méd4)

3.2.4. Divergences entre les pratiques

Les pratiques distinctes des médecins et des infirmiers dans cette institution peuvent être assimilées à une collaboration, où chaque groupe fonctionne comme une entité séparée. Les médecins exercent de manière plus libérale, n'étant pas soumis aux contraintes horaires strictes de l'institution, alors que les infirmiers sont employés. La rencontre de ces 2 types d'organisation – libérale et institutionnelle salariée contraint plusieurs dimensions de la CIP.

De fait, les médecins généralistes visitent les résidents selon leur propre disponibilité, sans nécessité de se coordonner avec les infirmiers. Par conséquent, ils ne sont pas présents de manière régulière ou planifiée.

La majorité d'entre eux (n=8) travaille de manière indépendante et opère dans un environnement valorisant l'autonomie et la prise de décision individuelle. Une minorité (n=3) exerce au sein d'un cadre multidisciplinaire avec une dynamique théoriquement plus axée sur la collaboration. Par ailleurs, l'absence de rémunération financière spécifique pour les activités collaboratives représente un obstacle significatif pour cette minorité, réduisant leur participation active dans les initiatives de CIP.

Ce serait bien de faire une réunion par semaine où on se partage des cas compliqués, mais on n'est pas obligé de le faire, on n'est pas payé non plus pour le faire. Ça ne favorise pas ce genre de pratique [...] Du temps, c'est un des freins que vous avez et c'est un des freins que nous on a [...], si tout le monde avait un temps illimité et qu'on était aussi plus rémunéré pour le temps et pas pour des actes, évidemment, tout se passerait beaucoup mieux (Méd9)

En tant qu'employés, les infirmiers ont des horaires plus structurés et des responsabilités continues. Comme l'a énoncé la majorité d'entre eux, ils sont confrontés à des pressions organisationnelles considérables en gérant une charge de travail importante, en répondant simultanément aux besoins des résidents et aux sollicitations des familles, tout en respectant des contraintes de temps strictes. Ces facteurs restreignent tant leur capacité à établir une communication efficace qu'à collaborer pleinement avec les médecins.

Il y a des urgences qui arrivent sur le terrain et on n'a pas de temps, tout de suite d'appeler, de communiquer avec le médecin (Infi1)

La compréhension réciproque entre médecins et infirmiers se complique par le fait que chaque profession possède ses propres valeurs, croyances et comportements spécifiques. Les infirmiers, souvent en première ligne, se concentrent sur le confort et le bien-être des personnes âgées, a contrario des médecins qui peuvent adopter une approche plus générale ou axée sur le traitement curatif.

Oui, eux, ils restent quand même dans le curatif et je vais soigner, enseigner le truc d'Hippocrate c'est là-dedans qu'ils sont. Et ça reste ancré en eux, je le sens [...] guérir à tout prix, c'est ça (Infi4)

Des fois, je ne suis pas forcément d'accord et j'ai l'impression de ne pas travailler avec mes valeurs. Ça m'énerve un peu de faire des choses qui ne me correspondent pas. Ça m'est déjà arrivé aussi, de refuser de faire un acte (Infi7)

Ces divergences entre professions peuvent créer des barrières à la compréhension mutuelle et à la collaboration efficace.

Médecins et infirmiers ont des rôles et des responsabilités qui varient considérablement pouvant conduire à un manque de connaissance mutuelle de leurs défis quotidiens et compétences respectives. Par exemple, les médecins peuvent ne pas être pleinement conscients des contraintes opérationnelles ni de la charge de travail des infirmiers, étant donné leurs interactions sporadiques souvent non coordonnées.

Cette méconnaissance mutuelle est exacerbée par la nature isolée de la pratique médicale de cet établissement, où les médecins peuvent opérer de manière plus autonome, sans intégration systématique avec l'équipe de soins infirmiers.

Malgré ces défis, les médecins reconnaissent le rôle crucial des infirmiers dans les SP, les considérant comme des acteurs clés grâce à leur constante présence et leurs compétences techniques et relationnelles.

Bah il fait presque tout, l'infirmier c'est les yeux. Ça veut dire que c'est l'infirmier qui observe le corps du patient, son état de confort. Est-ce que moi, quand je passe, je passe un quart d'heure j'observe mais je ne le vois qu'un quart d'heure de la journée, ce qui ne représente pas grand chose. Et s'il y a le moindre souci, c'est l'infirmière qui me relaie tout (Méd4)

Du côté des infirmiers, la majorité voit les médecins comme des figures centrales, des piliers de la prise de décisions médicales, qui impactent directement la gestion des soins et l'interaction avec les familles.

Cela ne se limite pas uniquement à administrer le traitement mais également prendre connaissance de la pathologie, la situation du résident, la connaissance de toute l'équipe gravitant autour du résident. Il joue un rôle de pilier en tant que personne centrale comme il est le lien avec les infirmières, avec les familles. Il incarne l'élément vers lequel tout le monde va se retourner, aussi bien les infirmières que les familles. Dans la communication, il est le centre. On va vraiment interagir en fonction de ce que le médecin va nous dire (Infi5)

La confiance entre ces deux groupes professionnels est donc fortement influencée par la fréquence et la qualité de leurs interactions. Les médecins tendent à développer une confiance plus significative envers les infirmiers qu'ils connaissent bien à travers des interactions positives répétées.

Des infirmières que je connais bien, avec qui on est sur la même longueur d'onde, que je vois bien que le côté humain, ça passe, qu'on a déjà fait quelques fins de vie ensemble, la confiance va être quasi-totale (Méd9)

Lorsque ni les uns ni les autres n'ont d'interactions régulières et constructives, cela peut mener à des perceptions de désengagement ou de distanciation nuisant à la confiance mutuelle. Les médecins percevraient les infirmiers comme manquant de réactivité voire de préparation tandis que les infirmiers décrivent souvent les médecins comme peu proactifs dans le suivi des soins.

S'il y a des soins palliatifs à mettre en route et bien, qu'il ne tarde pas, que ces soins soient prévus et programmés assez tôt dans l'état de dégradation de la personne et pas faire ça en dernière minute (Infi2)

Selon certains médecins, cette confiance est également influencée par des facteurs externes comme le feedback des résidents ou la confiance en la responsable des soins.

À l'image de l'infirmière chef, ça a un impact sur l'équipe derrière. Je sais que quand j'ai confiance en l'infirmière chef, je sais qu'elle va plutôt bien diriger son équipe, je peux avoir confiance même si c'est pas elle qui fait les premiers soins directement [...], c'est l'ami de ton ami finalement (Méd5)

Qui plus est, la confiance de certains médecins octroyée aux infirmiers dépasse les relations individuelles pour englober la confiance dans l'ensemble de l'institution. Cela implique que ces

médecins s'appuient sur la qualité globale du système pour assurer la continuité des soins, même après le changement de personnel. En revanche, si l'institution est perçue comme dysfonctionnelle, cela altère non seulement la confiance envers les infirmiers mais aussi vis-à-vis de l'organisation dans son ensemble. Ainsi, la confiance est profondément connectée à la qualité des processus et des structures organisationnelles, rouage essentiel pour garantir une continuité efficace des soins.

Un suivi, je le pose à cette infirmière, cette infirmière elle a son shift et après son shift elle doit remettre le bâton à quelqu'un d'autre, si l'ensemble du système est dysfonctionnel, on peut pas faire confiance même si la personne qu'on a en face de soi est digne de confiance, c'est un système auquel on fait confiance (Méd10)

Du côté des infirmiers, ils tendent à faire confiance aux médecins qui sont à l'écoute et engagés auprès de leurs patients. Toutefois, sans interactions fréquentes, les infirmiers peuvent ressentir que les médecins ne prennent pas suffisamment en compte leurs observations, se concentrant uniquement sur les résultats des examens cliniques. Cette perception peut affaiblir leur confiance à l'égard des médecins.

Il y en a qui ne veulent que voir les résultats de labo, qui sont très cartésiens [...] mais la relation que nous, on peut développer avec le résident, avec la famille et avec eux, c'est par dialogue et par échange qu'on y arrivera. Ils doivent être aussi être à notre écoute, puisque c'est nous qui voyons les patients. S'ils peuvent nous aider à anticiper, on les ennuiera moins (Infi6)

Les données révèlent, toutefois, une asymétrie dans la confiance perçue entre les deux professions, avec une tendance à ce que les médecins accordent davantage leur confiance aux infirmiers par rapport à l'inverse.

D'après certains participants, la mise en place de structures formelles et moments dédiés encouragerait et faciliterait la connaissance et confiance mutuelle. Cela inclurait des réunions régulières, des sessions de formation conjointes, et des espaces de dialogue ouvert où ils peuvent partager leurs perspectives, défis et succès. Ces initiatives aideraient à aligner les objectifs de soins, clarifier les rôles, et renforcer la CIP dans un esprit de respect et de compréhension mutuels.

Mais n'empêche quand même que quand on leur dit bonjour, on peut aussi prendre une minute pour leur dire : et vous, comment ça va vous allez bien ? Que ça soit réciproque, ça ne soit pas juste dans un sens, parce que eux aussi, c'est des humains, ils peuvent aussi traverser

des moments. Maintenant c'est pas dit qu'ils vont nous dire, ouvrir leur cœur et tout [...] qu'on pense aussi quand même à leur poser la question (Infi8)

Ensuite, les écarts de pratiques entre les deux professions impactent également la formalisation, en termes d'outils et d'échange d'informations.

La fréquence des échanges téléphoniques s'adapte aux horaires des médecins mais ne coïncide pas toujours avec ceux des infirmiers, retardant parfois les interventions nécessaires et compromettant une réaction rapide au détriment des besoins des patients.

Les médecins ayant tendance à privilégier la flexibilité de leur emploi du temps, optent souvent pour des communications orales directes, principalement avec la responsable des soins et/ou les infirmières adjointes. Cette pratique peut exclure les infirmiers en charge direct des soins des résidents, créant des lacunes dans la transmission d'informations et compromettant potentiellement la continuité des soins.

Tandis que les infirmiers, confrontés à des contraintes de temps et à des charges de travail élevées, favorisent les transmissions écrites pour leur traçabilité et sécurité.

Les paroles s'envolent et les écrits restent [...] par sécurité, c'est la note écrite pour te protéger (Infi2)

En revanche, d'après une minorité de participants, l'absence d'utilisation des outils informatiques par les médecins limite considérablement leur capacité d'accès et de partage d'informations pertinentes sur l'état des patients. Ces éléments vitaux et les traitements en cours peuvent ne pas être actualisés ou accessibles en temps réel aux infirmiers, ce qui complique le suivi continu et coordonné des soins.

L'informatisation, comme le suggère une minorité de participants, permettrait aux médecins de saisir leurs observations directement dans un système partagé. Cela permettrait un accès immédiat aux données pour les infirmiers, tout en améliorant la communication interprofessionnelle en termes de précision et de rapidité. Une telle pratique favoriserait une meilleure continuité des soins, permettant à toute l'équipe de répondre plus efficacement aux besoins changeants des personnes âgées et de coordonner leurs interventions de manière plus sûre et plus efficace.

Ils notent leurs observations journalières [...] on n'a pas accès à ces informations [...] le dossier au final c'est majoritairement le médecin qui écrit [...] si on informatise, le fait que le médecin écrit aussi dans la tablette, ça améliore le suivi (Méd12)

Enfin, bien qu'il existe des exceptions comme le protocole de détresse qui est formellement établi, ces procédures sont rares et ne compensent pas le manque général de structures organisées pour le partage d'informations et la collaboration. Selon plusieurs participants, la création de grilles de surveillance et d'autres outils structurés pourrait potentiellement aider à pallier ces lacunes. Cela permettrait de standardiser les échanges d'informations et de s'assurer que toutes les parties prenantes aient une compréhension claire des attentes et des exigences des soins palliatifs.

C'est très subjectif finalement [...] c'est vrai que ça peut être très utile d'avoir une grille, il y a beaucoup de points de surveillance exacts qu'on n'imagine pas (Méd2)

On n'a pas tous les items qui sont repris, par exemple à quelle heure tu prends tes paramètres [...] un changement de position [...] il devrait y avoir un « item » soin palliatif, avec différentes cases comme on a dans les tablettes [...] avec des soins qui correspondent à cette prise en charge de soins palliatifs (Infi5)

En conclusion des résultats, voici les barrières, les facilitateurs, et les pistes d'amélioration identifiés par les participants pour la collaboration entre médecins et infirmiers dans les soins palliatifs de cette MRS.

Barrières dans le contexte de la MRS	Élément contraignant hors MRS	Éléments facilitateurs	Pistes suggérées
<p>Les limitations de la gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le manque de soutien à l'expertise en SP et en CIP ; ○ Un leadership asymétrique causé par le manque de reconnaissance de l'expertise des infirmiers ; ○ Un manque de connectivité lié à des barrières structurelles et organisationnelles ; ○ Des contraintes institutionnelles et opérationnelles limitant l'efficacité des acteurs clés dans l'expertise, le leadership, la connectivité et la centralité. 	<p>La formation initiale et continue insuffisante des professionnels de santé, ne promouvant pas adéquatement la CIP et les SP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ La reconnaissance de l'importance de la CIP et la valorisation des compétences partagées ; ○ Le rôle des leaders et médiateurs institutionnels ; ○ Initiatives de formations continues intégrées telles que le certificat interuniversitaire en soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les rôles clés de la responsable de soins, du MCC, du référent en SP et des équipes de 2^{ème} ligne (expertise, leadership, connectivité et centralité) ; ○ Accroître le soutien institutionnel dans la culture palliative et la CIP.
<p>Les divergences de pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les horaires non coordonnés des deux professions ; ○ Les différences en terme de culture professionnelle et de contraintes organisationnelles ; ○ Le manque de structures formelles et de moments dédiés à la connaissance et la confiance mutuels ; ○ L'absence d'utilisation des outils informatiques par les médecins. 	<p>L'absence de rémunération des médecins pour les activités collaboratives avec les infirmiers.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer les systèmes de communication en utilisant notamment des outils informatiques partagés ; ○ Créer des outils et des protocoles structurés tels que des grilles de surveillance.

Figure 3 : Tableau synthétisant les barrières, facilitateurs et pistes d'amélioration proposées de la CIP entre médecins et infirmiers dans le cadre de soins palliatifs établis d'une MRS semi-rurale en Belgique francophone

4. Discussion

Dans ce mémoire-recherche, des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de répondre à la question de recherche qui est la suivante : *Quels sont les principales barrières et les facteurs favorables à la collaboration médecins-infirmiers dans l'accompagnement d'une personne âgée en soins palliatifs établis au sein d'une MRS semi-rurale, en Belgique francophone ?*

Comme mentionné précédemment, cette recherche vise à identifier les obstacles et les facilitateurs de la collaboration médecins-infirmiers dans la prise en charge des résidents en phase palliative au sein de cet établissement.

4.1. Principaux résultats

Les résultats de cette recherche révèlent une faible collaboration interprofessionnelle au sein de l'institution étudiée. Les deux principales barrières mises en évidence sont *les limitations de la gouvernance et les divergences de pratiques*.

Les résultats montrent premièrement un manque d'expertise en soins palliatifs et en compétences interprofessionnelles auprès des professionnels de santé, affectant directement la qualité des soins palliatifs. Ce déficit englobe non seulement un manque de soutien institutionnel et une promotion insuffisante de la formation continue, mais aussi des lacunes dans les programmes de formation initiale des professionnels de santé. Ensuite, les résultats démontrent un leadership en balance, avec une prédominance des médecins dans les rôles décisionnels, reléguant parfois les infirmiers à un rôle d'exécutants. Cette situation peut engendrer des tensions et nuire à une collaboration harmonieuse. Le manque de connectivité est également mis en lumière, avec un défaut de structures adéquates pour soutenir une communication régulière et systématique, compromettant la continuité des soins et la gestion des conflits. Par après, le dernier sous-thème des limitations de la gouvernance – centralité restreinte : frein à l'action collective évoque l'absence de développement d'une culture palliative et de CIP, avec des acteurs souvent surchargés et manquant de ressources pour guider les individus autour de ces objectifs communs.

Pour finir, les divergences de pratiques entre médecins et infirmiers en terme notamment de cultures professionnelles, d'emploi du temps et de contraintes organisationnelles, posent des obstacles à leur collaboration. Cette situation impacte notamment leur interaction et leur compréhension mutuelle, la confiance et la connaissance réciproques, ainsi que la formalisation.

4.2. Comparaison avec la littérature

4.2.1. Les limitations de la gouvernance

a. Le manque d'expertise en soins palliatifs et en compétences interprofessionnelles

Les répondants exposent un manque d'expertise en soins palliatifs et en compétences interprofessionnelles, conduisant à un leadership déséquilibré, une confiance mutuelle réduite et des objectifs de soins divergents entre médecins et infirmiers, entravant leur collaboration.

Karam et al. (2022) ont observé une problématique similaire dans les soins de santé primaires en Belgique, où la méfiance des médecins envers les compétences des infirmiers entrave la collaboration. Hermans et al. (2019) ont également noté que l'innovation en SP est limitée par le manque de connaissances des médecins, qui persistent dans une approche curative malgré les souhaits des patients et de leurs familles. De plus, Niezen et Mathijssen (2014) identifient les compétences des professionnels comme cruciales pour la collaboration, en particulier pour la délégation des tâches (cité par Karam et al., 2022).

Conformément à mes résultats, Karam et al. (2022 & 2018) soulignent les lacunes dans les programmes éducatifs en Belgique, en matière d'intégration en SP et en CIP, relatives à l'absence de soutien institutionnel et financier. Il est recommandé d'adapter ces programmes pour renforcer l'esprit d'équipe et résoudre les divergences d'objectifs de soin. Ces derniers devraient inclure des modules approfondis sur la CIP, la communication et la gestion des conflits, ainsi que sur les aspects théoriques et pratiques des SP, répondant aux besoins des patients en fin de vie. Les formations doivent être interprofessionnelles pour développer une compréhension mutuelle et élaborer des stratégies de pratique collaborative, ce qui est essentiel pour assurer la qualité des soins (Hermans et al., 2019 ; Karam et al., 2018 & 2022). De plus, il est également reconnu que les infirmiers doivent avoir un haut niveau de qualification et une formation continue avancée pour gérer des tâches spécialisées (Karam et al., 2022).

Plusieurs facteurs contributifs ont été cités par les participants :

Le manque de soutien institutionnel limite les opportunités d'amélioration de l'expertise, poussant les professionnels à s'appuyer sur leurs propres initiatives et compétences. Les rôles de l'infirmière chef (connue sous le nom de « responsable des soins ») et du MCC sont reconnus comme cruciaux, mais sont entravés par des charges de travail élevées et des tâches administratives multiples. Pourtant, la législation (AG wallon du 16 octobre 2021) souligne le rôle essentiel de ces professionnels dans la CIP et les soins palliatifs. Ces acteurs guident les médecins et les infirmiers vers de bonnes pratiques, organisent des formations continues, et

offrent conseils et soutien dans des situations complexes. L'engagement actif du MCC dans les réunions institutionnelles de la plateforme de SP est essentiel pour élaborer et appliquer des politiques de soins, enrichissant ainsi son expertise transmise aux professionnels (Cellule fédérale des soins palliatifs, 2017 ; Fédération wallonne des soins palliatifs, 2020 ; Service public de Wallonie, 2021).

Le référent en SP est une autre ressource importante citée par les participants. En revanche, il est limité par le manque de temps et de ressources, ce qui freine sa capacité à exercer pleinement son rôle. De plus, son rôle est mal défini en l'absence de législation spécifique, entraînant des variations dans ses responsabilités selon les établissements. Un cadre légal précis serait bénéfique pour définir ses fonctions, responsabilités et qualifications, permettant de standardiser les soins palliatifs et d'assurer aux résidents en fin de vie des soins de qualité, comme le recommande la Fédération wallonne des soins palliatifs (2019).

L'engagement de l'équipe de seconde ligne est également suggéré, mais le manque de soutien institutionnel freine la collaboration avec cette équipe, limitant ainsi l'accès à une expertise supplémentaire. Pourtant, Elst et Friedel (2022) recommandent de collaborer avec cette entité pour qu'elle puisse offrir son soutien dans des situations complexes ou lorsque le personnel de l'institution demande de l'aide.

b. Le leadership en balance

Cette recherche a mis en lumière un leadership en balance, où la prédominance des médecins dans le processus décisionnel marginalise souvent les infirmiers, les confinant principalement à l'exécution des tâches. Ce phénomène n'est pas unique et trouve écho dans la littérature, où la domination des médecins sur les autres professionnels de santé, en l'occurrence les infirmiers, est fréquemment mentionnée (Bradley et al., 2012 ; Dey et al., 2011 ; Reeves et al., 2014, cités par Karam et al., 2018). Hermans et al. (2019) notent que ces déséquilibres de pouvoir entre professionnels génèrent des tensions affectant l'efficacité des SP. De même, Dey et al. (2011) identifient les conflits de pouvoir comme un obstacle majeur à la collaboration, entraînant des attitudes négatives et compromettant l'établissement de relations équilibrées entre les prestataires (cité par Karam et al., 2018).

Comme observé dans les résultats, la littérature démontre également que la méfiance des médecins envers les compétences et connaissances des infirmiers à exercer de manière compétente déséquilibre le partage du leadership (Akeroyd et al., 2009 cité par Karam et al., 2022).

D'autres facteurs peuvent également entrer en jeu dans l'asymétrie du leadership tels que la position traditionnellement dominante des médecins comme décideurs cliniques principaux, minimisant souvent les contributions des infirmiers et détériorant la confiance et la communication entre les professions (MacMillan, 2012 cité par Karam et al., 2018 & 2022). Les structures organisationnelles exacerbent aussi cette dynamique de pouvoir, où les rôles, responsabilités et autorité sont majoritairement attribués aux médecins (McInnes et al., 2015 cité par Karam et al., 2022). En outre, il y a également une crainte des médecins de perdre leur prérogative face à l'engagement croissant des infirmiers pouvant créer un sentiment de menace (Dey et al., 2011, cité par Karam et al., 2018) ainsi que les règles juridiques en SP conférant trop de responsabilités et de pouvoirs aux médecins généralistes (Hermans et al., 2019).

Bien que confrontés à ces défis de leadership, les infirmiers de cet établissement bénéficient d'une autonomie notable. Matziou et al. (2014), observent en effet que le rôle des infirmiers s'élargit, leur permettant de gagner en autonomie dans leurs spécialités. Ils occupent des postes clés en collaborant avec d'autres professionnels de santé, contribuant ainsi à une dynamique d'équipe efficace (Clarke et Hassmiller, 2013) (cités par Karam et al., 2018).

Pour soutenir et sécuriser leurs rôles élargis, il est également nécessaire de revoir les politiques et les législations actuelles. Cette révision doit permettre une plus grande autonomie et reconnaissance des infirmiers dans leur pratique professionnelle, contribuant à une collaboration plus équilibrée et centrée sur le patient (Karam et al., 2022).

De plus, il est recommandé de créer un environnement propice à une CIP harmonieuse, fondée sur un leadership collaboratif, un accord collectif négocié valorisant l'expertise de chaque professionnel (Gagliardi et al., 2011 cité par Karam et al., 2018). Une approche ascendante, recommandée par Harvey & Kitson (2016) et Stuart (2014), citée par Karam et al. (2022), qui capitalise sur la motivation et les apports de tous les professionnels de santé, tant au niveau individuel que collectif, permet de redistribuer équitablement le pouvoir décisionnel. Cette méthode privilégie l'expertise pratique des praticiens plutôt que les connaissances purement théoriques.

c. Le manque de connectivité

Le manque d'interactions entre médecins et infirmiers a également été relevé. Karam et al. (2022 & 2018) ont rencontré une problématique similaire au cours de laquelle le manque d'échanges réguliers entre les professionnels affectait considérablement leur confiance et leur connaissance réciproques.

Les résultats de mon étude mettent en avant plusieurs raisons à ce déficit de connectivité dont notamment l'autonomie des médecins, qui suivent leurs propres horaires sans se coordonner ni se rendre disponibles pour les infirmiers. Cette situation réduit significativement les occasions de rencontres et de communication. Karam et al. (2022) ont observé des obstacles identiques où l'indisponibilité des médecins freinait la connectivité avec les infirmiers.

Le manque de moyens institutionnels pour organiser des rencontres formelles entre médecins et infirmiers, ainsi que l'insuffisance de soutien pour les médiateurs clés (responsable des soins, infirmières adjointes, MCC et référent en SP) entravent également la connectivité et la résolution des conflits. L'étude de Karam et al. (2022) met également en évidence l'absence de stratégies d'intégration et d'incitations visant à encourager la CIP dans diverses configurations de pratiques médecins et infirmiers.

D'autres résultats de ma recherche reflètent les obstacles liés au défaut de connectivité mis en avant par Karam et al. (2022) tels que le manque de temps et d'espaces communs, l'absence de compensation financière pour le temps consacré aux rencontres interprofessionnelles, ainsi que les lieux de travail séparés des différents professionnels.

En outre, quant au défi de connectivité, Hermans et al. (2019) ainsi que Karam et al. (2022) soulignent des conséquences similaires à celles de ma recherche, telles qu'une confiance réduite, une compréhension limitée des rôles respectifs dans les soins aux patients, et des difficultés à approfondir la connaissance mutuelle au-delà du contexte professionnel. Ces facteurs compliquent également la demande d'informations supplémentaires à l'autre prestataire, compromettant ainsi la continuité des soins.

La majorité des infirmiers dans cette institution souhaitent plus de rencontres directes avec les médecins. Karam et al. (2022) soutiennent cette idée en affirmant que l'organisation de réunions régulières, tant formelles qu'informelles, améliorent la CIP en facilitant le partage d'idées et le soutien mutuel, surtout pour les situations complexes.

Karam et al. (2018) insistent sur le fait que ces rencontres doivent se dérouler dans une culture d'échanges ouverts afin de discuter des différences d'objectifs et de perspectives de manière constructive.

d. La centralité restreinte – frein à l'action collective

La centralité restreinte dans l'établissement ne parvient pas à orienter suffisamment les professionnels vers un objectif commun et consensuel, au niveau de la culture palliative et la CIP. Les acteurs clés, tels que la responsable des soins, le MCC et le référent en SP, sont souvent débordés, ce qui limite leur capacité à rassembler les équipes et à promouvoir la CIP. Hermans et al. (2019) soulignent que l'absence de ces membres clés peut sérieusement entraver la réalisation d'initiatives collaboratives dans les SP.

Lavoie-Tremblay et al. (2016) décrivent ce rôle comme celui d'un leader capable de motiver les professionnels, de renforcer leur engagement envers les missions et les valeurs de l'organisation, et de les aider à dépasser leurs intérêts personnels. De plus, Steaban (2016) ajoute que cet individu doit respecter et comprendre les rôles et les contributions des autres (cité par Karam et al., 2018). Karam et al. (2018) soulignent également que le manque de ressources allouées par les organisations ou les gouvernements pour la formation des dirigeants affecte leur capacité à remplir efficacement leur rôle.

L'importance de cette fonction clé est également reconnue et soutenue par la législation (AG wallon du 16 octobre 2021) qui stipule que le MCC et l'infirmier chef doivent jouer des rôles centraux dans la promotion de la CIP et des soins palliatifs. Le MCC, en collaboration avec l'infirmier chef, est chargé de développer une culture palliative au sein de l'établissement. Cette mission comprend la sensibilisation et la formation du personnel aux enjeux des soins de fin de vie et l'amélioration continue de la qualité des soins. Le MCC organise aussi des réunions pluridisciplinaires, ce qui renforce les liens et la compréhension mutuelle entre les professionnels de santé. Sur le plan légal et éthique, le MCC veille à ce que l'établissement respecte la législation concernant l'euthanasie et les soins palliatifs, garantissant ainsi le respect des volontés des résidents exprimées dans leurs déclarations anticipées, ce qui solidifie le cadre éthique de la culture palliative (Cellule fédérale des soins palliatifs, 2017 ; Fédération wallonne des soins palliatifs, 2020 ; Service public de Wallonie, 2021).

4.2.2. Les divergences de pratiques

Concernant les divergences de pratiques, une constatation importante émerge du fait que les infirmiers et les médecins fonctionnent comme deux entités distinctes : les médecins, organisent leur travail selon leurs disponibilités personnelles sans se coordonner avec les infirmiers. Tandis que ces derniers, directement employés par l'institution, suivent un emploi du temps strict et font face à des pressions institutionnelles significatives. Leur interaction est donc sporadique, limitée par une faible proximité physique et des contraintes organisationnelles.

Ces conditions nécessitent une collaboration interorganisationnelle, définie comme l'ensemble des processus par lesquels des professionnels de santé de différentes organisations coopèrent de manière interdépendante pour fournir des soins coordonnés et efficaces aux patients (Keyton et al., 2008 cité par Karam et al., 2018). Ce résultat de collaboration interorganisationnelle apporte un éclairage sur les problématiques précédemment identifiées, lesquelles seront décrites ci-dessous.

a. L'influence de l'individu

Les résultats illustrent que les professionnels s'appuient fortement sur leurs initiatives et comportements individuels, révélant l'importance de l'individu. Croker et al. (2012) ainsi que Kosremelli Asmar (2011), indiquent que chaque individu peut significativement contribuer au succès de la collaboration, cette contribution étant liée à leur éducation et formation spécifique. Des traits tels que l'ouverture, le respect et la valorisation des contributions des autres sont essentiels (Croker et al., 2012 ; Jani et al., 2012), de même que la capacité à gérer le changement et à adopter une attitude réflexive (Croker et al., 2012). La motivation personnelle et l'acceptation de la diversité sont également déterminantes (Croker et al., 2009 ; Kosremelli Asmar, 2011) (cités par Karam et al., 2018).

Ces observations soulignent que la CIP met davantage l'accent sur les qualités individuelles, contrairement à la CIO, qui privilégie les structures et les politiques externes (Reeves et al., 2014) (cités par Karam et al., 2018).

b. Les enjeux environnementaux et les modèles de rémunération

Bien que la CIP et la CIO soient toutes deux sous l'influence de leur environnement, il existe une distinction importante.

Dans la CIP, l'environnement interne de l'institution est crucial pour faciliter ou contraindre la collaboration, les caractéristiques structurelles et organisationnelles de l'organisation jouant un rôle essentiel dans ce processus (Karam et al., 2018). Tandis que la CIO est davantage influencée par des facteurs environnementaux externes comme les réseaux et les conditions politiques, démographiques, sociales et économiques (Ervin, 2004, cité par Karam et al., 2018).

Les facteurs économiques de la CIO incluent les politiques de remboursement des prestataires (Mior et al., 2010, cité par Karam et al., 2018). Dans ce contexte, mes résultats révèlent que les médecins, bien qu'habituellement à travailler en pratique de groupe pluridisciplinaire, trouvent que le manque de reconnaissance financière pour les activités collaboratives dans le cadre du système de paiement à l'acte limite leur motivation à la CIP.

La littérature indique que les modèles de rémunération, comme le paiement à l'acte, ont un impact négatif sur l'intégration des infirmiers dans les rôles de gestion et de décision, limitant la délégation des tâches rémunérées et l'utilisation optimale des compétences infirmières, ce qui nuit à l'efficacité des soins. De plus, elle ajoute également que les infirmiers, tout comme les médecins, font face à des défis similaires en matière de rémunération : les infirmiers demandent une reconnaissance et un financement adéquats pour le partage d'informations, une pratique qui, bien qu'elle prenne du temps, améliore la qualité des soins (Karam et al., 2022).

Par ailleurs, les infirmiers de cette institution bénéficient d'une rémunération mensuelle fixe, financée par une allocation forfaitaire de l'AVIQ, couvrant les coûts de fonctionnement de la MRS, y compris les salaires de base. Ce modèle de rémunération, tout comme le paiement à l'acte pour les médecins, ne reconnaît pas les efforts dans les activités collaboratives, ce qui peut diminuer la motivation des infirmiers à y participer, bien que cela n'ait pas été explicitement souligné par les participants.

En somme, les systèmes de rémunération actuels, dominés par le paiement à l'acte, posent des défis majeurs pour la collaboration effective entre médecins et infirmiers. Un système de capitation pourrait être une solution bénéfique, offrant une rémunération stable et prévisible qui encourage une approche collaborative et coordonnée des soins. Ce modèle permettrait aux médecins de se concentrer davantage sur la collaboration sans craindre une réduction de leurs revenus (Karam et al., 2018 & 2022). Néanmoins, malgré ses avantages, le système de

capitation reste peu utilisé en Belgique, où le paiement à l'acte prédomine encore largement (Gilles et al., 2020 ; Tsiachristas, 2016 cités dans Karam et al., 2022).

c. Les cultures organisationnelles distinctes

Les entretiens ont révélé une divergence notable entre les objectifs des médecins et des infirmiers : les infirmiers se concentrant sur le confort et la qualité de vie des patients ; les médecins privilégiant parfois des approches curatives. Karam et al. (2018) observent un phénomène similaire, expliquant que les différences culturelles et organisationnelles entre les parties proviennent de leurs cultures et valeurs distinctes, pouvant entraîner des malentendus et des conflits, et nuire à la CIO. Le sentiment d'appartenance d'équipe est en effet plus difficile à atteindre dans ce type de collaboration, contrairement à la CIP où les professionnels, travaillant dans la même organisation, développent une certaine cohésion grâce à leur proximité physique, à la communication informelle et à une culture organisationnelle commune (Karam et al., 2018).

Le partage d'objectifs est essentiel tant dans la CIP que dans la CIO, bien qu'il existe des nuances. En ce qui concerne la CIP, l'élaboration d'objectifs collectifs est facilitée par une communication et une négociation dynamiques en équipe (Crocker et al., 2012). Ces objectifs doivent être clairement énoncés (Kosremelli Asmar, 2011) et partagés par tous (D'Amour et al., 2008 ; Dugan, 2012 ; Jani et al., 2012). La notion de consensus souligne l'importance de la compréhension implicite de la manière de travailler ensemble (Crocker et al., 2012) (cités par Karam et al., 2018).

Quant à la CIO, les acteurs doivent avoir des objectifs partagés et un objectif commun (D'Amour et al., 2008 ; Dey et al., 2011 ; Dunlop et Holosko, 2004 ; Shepherd et Meehan, 2012) pour fournir des soins de qualité (Crowley et Sabatelli, 2008) et promouvoir des soins centrés sur le patient (D'Amour et al., 2008 ; Mior et al., 2010 ; Shepherd et Meehan, 2012). Les objectifs partagés assurent des philosophies et des valeurs congruentes et un engagement en faveur de la coopération mutuelle (Dey et al., 2011). Le consensus porte sur le degré d'accord ou de désaccord de chaque organisation concernant un ensemble spécifique d'objectifs, de tâches et de problématiques (Ervin, 2004) (cités par Karam et al., 2018).

Selon Mior et al. (2010), l'orientation vers le patient est un élément essentiel tant dans la CIP que dans la CIO, permettant aux patients de participer à la prise de décision et à la gestion clinique, et de respecter leurs choix (cité par Karam et al., 2018).

d. La connaissance mutuelle et les opportunités d'interactions limitées

La confiance est également influencée par la connaissance mutuelle. Bradley et al. (2012) affirment que la confiance ne peut se développer que dans un contexte de familiarité, la connaissance mutuelle étant une composante commune aux collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles (cité par Karam et al., 2018)

Dans ce contexte, les répondants mettent en lumière un manque de connaissance mutuelle, en raison notamment de l'absence d'interactions régulières entre les deux groupes. Karam et al. (2022) ont remarqué une situation similaire dans laquelle certains médecins généralistes ne sont pas pleinement informés sur le rôle et les compétences des infirmiers et qu'une méconnaissance générale des besoins et des contraintes professionnels et personnels persiste. Dans le contexte de la CIO, Reeves et al. (2010) observent également que les opportunités d'interactions entre les organisations sont limitées de manière significative (cité par Karam et al., 2018).

De plus, Karam et al. (2022) ajoutent que la prédominance des pratiques mono professionnelles constitue un obstacle majeur aux relations interpersonnelles et interprofessionnelles. Les configurations de pratique solo et indépendante des infirmiers comme des médecins présentent des caractéristiques telles que le manque de rencontres en face à face et la méconnaissance mutuelle, contribuant à un déficit de compréhension entre les professions. En revanche, les pratiques de groupe multidisciplinaire encouragent des interactions plus fréquentes et intégrées entre médecins et infirmiers, facilitant aussi bien la communication que la cohésion d'équipe.

Malgré ces défis, la connaissance mutuelle est considérée comme un des éléments clés de l'équilibre des pouvoirs (Crowley et Sabatelli, 2008 ; Gaboury et al., 2009, cités par Karam et al., 2018).

Afin de surmonter ces obstacles, il est recommandé, pour la CIP, que les professionnels de santé apprennent à mieux se connaître en explorant les antécédents, compétences, valeurs et normes de leurs collègues. Schot et al. (2020), cités par Karam et al. (2022), suggèrent cette approche de sorte à combler les écarts sociaux et professionnels.

e. La confiance

La confiance est également un point commun dans les deux types de collaborations. Les participants soulignent que cette assurance mutuelle est fortement dépendante de leurs interactions. En effet, plusieurs auteurs soutiennent cette réflexion, affirmant que la confiance se développe progressivement et est influencée par la nature et la qualité des expériences de collaboration précédentes (Bradley et al., 2012 ; Dunlop et Holosko, 2004 ; Jani et al., 2012 ; Reeves et al., 2014).

La littérature ajoute que les facteurs pouvant l'affecter incluent : le doute sur la motivation de l'autre à prodiguer des soins (Bradley et al., 2012) ; la peur de perdre son autonomie professionnelle (Dey et al., 2011) ; des différences philosophiques (Mior et al., 2010) ; une perception négative de la profession (Mior et al., 2010) ; une méfiance envers les compétences ainsi qu'un manque de reconnaissance du rôle de l'autre dans les soins (Bradley et al., 2012) (cités par Karam et al., 2018).

En s'appuyant sur le modèle de collaboration interdisciplinaire de Bronstein, Jani et al. (2012) et Dugan (2012) expliquent que lorsque chaque profession reconnaît l'expertise unique de l'autre, la confiance peut évoluer vers une interdépendance. Cette évolution favorise une collaboration plus profonde et intégrée, essentielle pour une prise en charge efficace des patients. De plus, la confiance permet également d'équilibrer les jeux de pouvoirs entre les professionnels (Crowley et Sabatelli, 2008 ; Gaboury et al., 2009) (cités par Karam et al., 2018).

En outre, il existe une asymétrie en son sein entre la profession médicale et les infirmiers, les médecins ayant tendance à l'accorder plus aux infirmiers que l'inverse, en raison notamment d'un manque de connaissance mutuelle entre les deux groupes. La littérature explique que la confiance est directement liée à la compréhension du rôle de l'autre dans les soins aux patients (Bradley et al., 2012) et à l'image de la profession (Mior et al., 2010), ainsi qu'à une connaissance mutuelle approfondie (D'Amour et al., 2008) (cités par Karam et al., 2022).

f. Le coordinateur d'intégration

Comme le révèlent les résultats, le responsable des soins, le MCC et le référent en SP peuvent jouer des rôles indispensables pour équilibrer la prise de décisions et atténuer les déséquilibres de pouvoir au sein de cet établissement. Dans ce cadre, bien que la CIP favorise le leadership collaboratif (Gaboury et al., 2009 ; Hepp et al., 2014 ; Kosremelli Asmar, 2011 ; Reeves et al., 2014), la CIO requiert une autorité décisionnelle chargée de résoudre les problèmes de partage du leadership ; de responsabiliser les professionnels ; de faciliter la communication entre les

organisations ; d'organiser des réunions et de connaître les processus interorganisationnels. Cette fonction est appelée « coordinateur d'intégration » dans la CIO que les acteurs précités pourraient exercer (Shepherd et Meehan, 2012) (cités par Karam et al., 2018).

De plus, Karam et al. (2018) soulignent que les infirmiers, grâce à leur position centrale et leur interaction étroite avec les patients, sont particulièrement bien placés pour assumer ce rôle de leadership. Un leadership positif des infirmiers favorise l'établissement d'une culture de collaboration et de valeurs partagées au sein des équipes (Wong et al., 2013, cité par Karam et al., 2018).

g. Le défi de la formalisation

Les répondants de cette étude ont souligné les lacunes en matière de formalisation des protocoles, des accords et de l'échange d'informations, entravant significativement la collaboration. Bien que certains protocoles, comme le protocole de détresse, soient formellement établis, le manque de formalisation générale demeure un obstacle majeur. Ce phénomène n'est pas isolé et fait écho à la littérature : Karam et al. (2018) affirment que le manque de clarification des rôles professionnels crée autant de confusion que des déséquilibres de pouvoir, entravant la collaboration.

La formalisation distingue de manière significative la CIO de la CIP. En collaboration interorganisationnelle, un besoin élevé de formalisation est nécessaire pour coordonner les systèmes de gestion, les politiques et les procédures des différentes organisations impliquées. La clarification des rôles professionnels ainsi que la mise en place de politiques et procédures sont plus difficiles à atteindre en CIO qu'en CIP et devraient donc être prioritaires aussi bien lors de la planification qu'au moment de la mise en œuvre de projets interorganisationnels. En revanche, en CIP, la flexibilité et une certaine confusion des rôles sont plus facilement tolérées (Karam et al., 2018)

Tout comme certains résultats le montrent, Hermans et al. (2019) expliquent que l'échange d'informations est une faiblesse dans les SP, dépendant de la bonne volonté et de l'intérêt des médecins ; du temps disponible ; de la législation relative à la vie privée et aux droits des patients ; de l'absence d'un système uniforme d'échange d'informations entre les organisations. Cette situation pose des défis significatifs pour la continuité et la qualité des soins.

En outre, les besoins en matière de communication diffèrent entre les professionnels de santé. Les médecins nécessitent des informations à court terme sur l'état actuel du résident pour notamment prescrire des traitements, tandis que les infirmiers ont besoin de directives écrites

pour assurer la traçabilité et la continuité des soins à long terme. Karam et al. (2022) ont aussi observé que le contenu de la communication ne répond pas toujours aux besoins spécifiques de chaque prestataire, ce qui détériore leur collaboration.

De plus, les résultats de mon étude montrent que les médecins n'utilisent pas l'outil informatique employé par les infirmiers. Karam et al. (2022) observent une situation semblable, notant que les outils informatiques sont souvent mono-professionnels et manquent d'interopérabilité, ce qui porte préjudice au partage de données entre médecins et infirmiers. Cela conduit à une mauvaise communication, des risques de redondance, de confusion, de perte d'informations et de manque de mises à jour. D'Amour et al. (2008) soutiennent également qu'une infrastructure partagée pour la collecte et l'échange d'informations constitue l'alternative idéale. Reeves et al. (2010) soutiennent que ces technologies renforcent la collaboration interorganisationnelle en offrant des liens électroniques et en créant des équipes virtuelles (cités par Karam et al., 2018). Cependant, ces outils ne répondent pas toujours aux besoins spécifiques des professionnels, ce qui entraîne une certaine résistance (Karam et al., 2018).

Malgré ces difficultés, le succès de la CIO repose notamment sur une communication efficace et des processus bien établis, incluant des méthodes pour faciliter la circulation de l'information dans un système organisationnel complexe. La formalisation claire des rôles, responsabilités et processus à travers des politiques et des procédures établies est un facilitateur de la CIO, comme le soutiennent Ervin (2004), Shepherd et Meehan (2012), cités par Karam et al. (2018) ainsi que Hermans et al. (2019).

Malgré les défis précédemment cités de la CIO, cette forme de collaboration améliore l'efficacité des interventions de santé en réduisant les redondances et en maximisant les compétences, tout en enrichissant la satisfaction des professionnels de santé grâce à un environnement de travail plus intégré (Olson et al., 2011, cités par Karam et al., 2018). Hermans et al. (2019) ajoutent que la CIO améliore aussi la satisfaction des résidents et de leurs familles, en offrant des soins plus cohérents et respectueux de leurs désirs et besoins spécifiques.

En résumé, la CIO et la CIP partagent plusieurs similitudes, notamment le partage d'objectifs, la confiance et la connaissance mutuels, ainsi que l'importance de la communication. Par ailleurs, elles diffèrent principalement en termes de formalisation : la CIO requiert une formalisation élevée et stricte pour coordonner les différentes organisations, tandis que la CIP tolère plus de flexibilité et d'ambiguïté. D'autres différences existent également, notamment dans les structures, les pratiques et l'environnement (Karam et al. 2018 & 2022).

4.3. Forces et limites de l'étude

Premièrement, une limitation éventuelle de mon étude réside dans mon activité actuelle d'infirmière au sein de l'établissement étudié, ce qui influencerait mes propres perceptions et introduirait un biais de désirabilité. Toutefois, cette même position est également un atout. Mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière spécialisée en gériatrie et psychogériatrie, dans cette structure, me confère une connaissance et une compréhension approfondie du terrain ainsi que des enjeux de la collaboration médecins-infirmiers au cœur des SP en MRS. Cette expérience enrichit significativement ma recherche à d'autres niveaux : une compréhension approfondie du contexte étudié, des relations de confiance facilitées avec les participants, des questions d'entretien en adéquation avec le terrain, et une interprétation éclairée des données.

Deuxièmement, la richesse des données qualitatives provenant des entretiens semi-directifs présente une profondeur de même qu'une nuance dans la compréhension des perceptions des médecins et des infirmiers, permettant une exploration détaillée des barrières et facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle en soins palliatifs. Par ailleurs, un biais d'information peut se produire lorsqu'en tant qu'infirmière de profession, j'interviewe des professionnels de santé autres que des infirmiers : il s'agit d'un biais induit par l'intervieweur. Ce phénomène peut être lié à la problématique de polarisation, qui suggère que lorsqu'une personne exprime des propos divergents, elle peut se sentir comme l'antagoniste d'un groupe. Ainsi, l'interlocuteur, en l'occurrence le médecin, peut rencontrer des difficultés à exprimer des opinions qui pourraient sembler contraires à la pratique des infirmiers dans cette MRS (Lorant, Nicaise, Stordeur, & Garin, 2021).

Troisièmement, le recours à un processus itératif a permis d'affiner progressivement l'analyse des entretiens, d'étayer la compréhension des thèmes émergents et de s'assurer que les données recueillies sont pertinentes et exhaustives.

En outre, en s'appuyant sur le modèle théorique de D'Amour, l'étude a structuré systématiquement les entretiens et l'analyse, facilitant ainsi une exploration rigoureuse et comparative des observations avec la littérature existante. Cette approche a conféré une cohérence théorique et méthodologique tout au long de l'étude. Cependant, cette analyse n'a pas atteint la saturation des données notamment pour certaines thématiques clés comme la centralité. Cette limite peut affecter la profondeur et la représentativité des conclusions tirées des données.

De plus, la phase inductive a fourni une exploration plus profonde des données, ouvrant la voie à une certaine interprétation ainsi qu'à l'identification des barrières et des éléments facilitateurs spécifiques au contexte étudié. Cette démarche a enrichi l'analyse en offrant une perspective complémentaire à l'approche déductive initiale. Toutefois, les résultats de l'étude n'ont pas été validés par les participants, ce qui pourrait diminuer la validité des conclusions. La validation par les participants est primordiale pour s'assurer que les interprétations des chercheurs reflètent fidèlement les expériences et perceptions des personnes interrogées.

Aussi, l'échantillon diversifié incluant des médecins et des infirmiers de niveaux d'expérience et milieux professionnels différents renforce la transférabilité des résultats dans des contextes similaires. Néanmoins, la taille limitée de l'échantillon, la spécificité du contexte institutionnel et géographique, ainsi que le caractère de convenance de l'échantillon peuvent limiter la généralisation des conclusions à d'autres établissements ou régions.

En mettant l'accent sur un domaine crucial mais sous-exploré, la collaboration médecins-infirmiers dans les soins palliatifs en MRS, l'étude met en évidence des besoins particuliers et des défis propres à ce contexte.

4.4. Stratégies et perspectives d'amélioration

Un premier questionnement porte sur la manière de combler le manque d'expertise des professionnels en matière de SP et de CIP. Serait-il, dès lors, bénéfique de renforcer les programmes de formation initiale et continue en intégrant des modules détaillés sur ces sujets? Et pourrait-on rendre ces formations interprofessionnelles pour favoriser les échanges de connaissances et d'expériences entre diverses disciplines ?

Un autre aspect crucial concerne le soutien à la gouvernance et le développement du leadership collaboratif. Comment pourrait-on améliorer le soutien institutionnel afin de renforcer une culture de soins palliatifs et de collaboration interprofessionnelle ? L'organisation de discussions régulières entre médecins et infirmiers, accompagnée de formations continues conjointes, pourrait-elle développer une compréhension mutuelle des rôles ? Comment promouvoir le leadership collaboratif pour reconnaître et valoriser les compétences et contributions de chacun ? Quelle pourrait être la place de l'infirmière avancée dans les rôles de leader et de coordinateur d'intégration ?

En ce qui concerne l'amélioration des systèmes de communication, comment pourrait-on améliorer ces systèmes de sorte à favoriser des échanges réguliers d'informations cliniques ?

L'utilisation d'outils informatiques partagés peut-elle contribuer à améliorer la communication et la continuité des soins ? Quelles stratégies peuvent être mises en place pour gérer les résistances des utilisateurs potentiels face à ces nouveaux outils ?

Le défi de la formalisation est également un point important à considérer. Comment peut-on faire face à ce défi dans la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle ? La formalisation des procédures, accords, rôles et responsabilités semble essentielle, mais comment pourrait-on l'implémenter de manière efficace ?

Enfin, la reconnaissance financière des efforts de collaboration pose une question importante. Comment peut-on reconnaître financièrement les efforts de collaboration ? Le système de paiement à l'acte freine la pratique collaborative, qu'en est-il de la révision des modèles de rémunération au niveau des politiques ? Est-il envisageable de mettre en application le système de capitation, qui semble valoriser la collaboration entre les disciplines ?

En ce qui concerne les recommandations pour la recherche, il serait pertinent d'élargir les études à plusieurs maisons de repos et de soins ainsi qu'à différents contextes institutionnels pour comparer les pratiques et identifier des modèles de collaboration efficaces dans des environnements variés. Des études longitudinales pourraient également être bénéfiques pour observer l'évolution de la collaboration interprofessionnelle à long terme, et identifier les facteurs de succès ou d'échec durables.

La combinaison de méthodes mixtes, alliant données qualitatives et quantitatives, permettrait, de surcroît, une évaluation plus complète et objective des dynamiques de collaboration.

Il est également recommandé de poursuivre les recherches sur la collaboration médecins-infirmiers en soins palliatifs en MRS, en se concentrant sur des aspects tels que : l'impact des décisions asymétriques des médecins ; le rôle du soutien institutionnel ; l'influence des divergences de pratiques et cultures professionnelles ; l'efficacité des formations interprofessionnelles pour développer les compétences en collaboration interprofessionnelle.

5. Conclusion

La collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers dans les soins palliatifs de cette maison de repos et de soins semi-rurale en Belgique francophone, fait face à de nombreux défis. Bien que les professionnels de santé soient animés par la volonté de prodiguer des soins de qualité, des contraintes substantiels entravent leur collaboration.

Ces barrières sont principalement dues aux limitations de la gouvernance institutionnelle et aux divergences de pratiques professionnelles.

Le soutien institutionnel insuffisant se manifeste par un manque d'expertise en soins palliatifs et en compétences interprofessionnelles, un leadership asymétrique, une connectivité déficiente entre les équipes, et des contraintes organisationnelles rigides, freinant l'émergence d'une véritable culture palliative collaborative.

Les divergences de pratiques entre médecins et infirmiers, souvent perçus comme deux entités distinctes, font émerger la collaboration interorganisationnelle. Emplois du temps non coordonnés, différences de culture et de contraintes professionnelles, manque de formalisation des processus et d'échanges d'informations constituent autant d'entraves à une synergie optimale.

Des facteurs externes, tels que l'insuffisance de formation initiale et continue ainsi que l'absence de rémunération pour les activités collaboratives des médecins, aggravent ces difficultés. Néanmoins, des facilitateurs existent au sein de l'institution, comme la reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle, le rôle des leaders et médiateurs, et les initiatives de formation intégrée.

Pour surmonter ces obstacles, un soutien institutionnel accru est déterminant pour développer les fonctions de leadership, promouvoir la culture palliative et la collaboration interprofessionnelle. L'amélioration des systèmes de communication, la création d'outils structurés, le renforcement des programmes de formation, le développement de coordinateurs d'intégration, et la révision des modèles de rémunération sont des leviers essentiels. L'élargissement de l'autonomie de l'infirmier, notamment par l'émergence d'infirmiers en pratique avancée, pourrait être une voie d'avenir prometteuse.

En somme, bien que la collaboration médecins-infirmiers dans cet établissement présente de nombreux défis, des solutions existent pour créer un environnement propice à des soins palliatifs de qualité, centrés sur le résident et menés par une équipe soudée et complémentaire.

L'engagement des gouvernements, des institutions et des professionnels semble être fondamental pour faire face à ces difficultés et améliorer la qualité de vie des personnes âgées en fin de vie.

6. Bibliographie

- AUJOULAT, I. (2023-2024). *WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en Santé Publique*. (UCL). Bruxelles
- AVIQ. (s.d.). *Accueil – Hébergement – Aînés – Maisons de repos et de soins*. Disponible à l'adresse : <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/maison-de-repos-et-de-soins>, consulté le 3 octobre 2023
- BONDIER, M., MATHIEU-NICOT, F., MARIAGE, A., BIOY, A. & AUBRY R., (2018). L'impact psychologique de la douleur en soins palliatifs : entre majoration de l'anxiété de mort et renforcement du sentiment d'existence, un impact psychologique complexe. *Annales Medico-Psychologiques*, 176, 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.016>
- BROCARD, M., STAFFONI, L. & TOFFEL, K. (2019). Entre médecins et infirmiers, une hiérarchie tenace. *Hémisphères – Santé*, 17. Disponible à l'adresse : <https://revuehemispheres.ch/entre-medecins-et-infirmiers-une-hierarchie-tenace/>, consulté le 3 décembre 2023
- BRUSANO. (2023). *Répertoire – Information pour les professionnels - Soins palliatifs et fin de vie*. Disponible à l'adresse : https://www.brusano.brussels/layout/uploads/2023/04/RE03F_FinDeVie.pdf, consulté le 2 février 2024
- CELLULE FÉDÉRALE D'ÉVALUATION DES SOINS PALLIATIFS – SPF SANTÉ PUBLIQUE. (2017). *Rapport d'évaluation des soins palliatifs*. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_c_esp_2017_.pdf, consulté le 2 janvier 2023
- CINA, C., LISCHER, A., MERLO, C., STUDER, C. & HADORN, L. (2020). Soins palliatifs et médecine de famille. *Bull Med Suisses*, 101 (1920), 610-612. <https://doi.org/10.4414/bms.2020.18884>
- CWASS - CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ. (2019). *Annexe 120 : Normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins*. Disponible à l'adresse : https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe_120.pdf, consulté le 5 mars 2024

- D'AMOUR, D., & OANDASAN, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J.-F., SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. & PINEAULT, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. [doi: 10.1186/1472-6963-8-188](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188)
- 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/10.1017/S0714980819000539>
- ELST, S., & FRIEDEL, M. (2022). Soins de santé primaires et approche palliative. *Santé conjugée*, (100), 12-14. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2023.09.004>
- FÉDÉRATION WALLONNE DES SOINS PALLIATIFS ASBL. (2022). Le rôle des médecins en soins palliatifs. *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, 57, 19-21. Disponible à l'adresse : https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/57Trimestriel_2212_BRpages.pdf, consulté le 1^{er} février 2024
- FÉDÉRATION WALLONNE DES SOINS PALLIATIFS. (2015). Interdiscipliner en soins palliatifs - De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité... *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, 26, 17-18. Disponible à l'adresse : www.palliatheque.be/images/pdf/ebooks/FWSP26trimestriel_br.pdf
- FÉDÉRATION WALLONNE DES SOINS PALLIATIFS ASBL. (2016). Les limites entre les soins palliatifs et la gériatrie : quand l'un rencontre l'autre. *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, 36, 23-35. Disponible à l'adresse : https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/fwsp32trimestriel_br.pdf, consulté le 4 avril 2024
- FÉDÉRATION WALLONNE DES SOINS PALLIATIFS ASBL. (2017). De la bienveillance à l'acharnement palliatif – Trouver le juste équilibre. *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, 32, 11-35. Disponible à l'adresse : https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/fwsp36trimestriel_1709_br.pdf, consulté le 14 avril 2024

- FÉDÉRATION WALLONNE DES SOINS PALLIATIFS ASBL. (2019). Diffuser la culture palliative dans mon institution. Disponible à l'adresse : <https://cardwb.e-monsite.com/medias/files/publication-mr-mrs-br2020.pdf>, consulté le 1^{er} février 2024
- HERMANS, S., SEVENANTS, A., DECLERCQ, A., VAN BROECK, N., DELIENS, L., COHEN, J. & VAN AUDENHOVE, C. (2019). Inter-organisational collaboration in palliative care trajectories for nursing home residents : A nation-wide mixed methods study among key persons. *International Journal of Care Coordination*, 22(2), 69-80. <https://doi.org/10.1177/2053434519857352>
- INAMI. (2015). *Visites à domicile entièrement remboursées à vos patients palliatifs*. Disponible à l'adresse : <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/palliatif/Pages/soins-palliatifs-visite-gratuite.aspx#.WWNHJoTyi70>, consulté le 20 décembre 2023
- INAMI. (s.d.). *Advance Care Planning : Anticiper et améliorer la qualité des soins de vos patients palliatifs*. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/soins-par-le-medecin/advance-care-planning-anticiper-et-ameliorer-la-qualite-des-soins-de-vos-patients-palliatifs>, consulté le 4 avril 2024
- INAMI. (s.d.). *Le Glem, groupe local d'évaluation médicale*. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/accreditation/le-glem-groupe-local-d-evaluation-medicale>, consulté le 3 mars 2024
- IWEPS. (2023). *Population des 65 ans et +*. Disponible à l'adresse : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/>, consulté le 4 avril 2023
- KARAM, M. & MACQ, J. (2015). Collaboration interprofessionnelle entre 1^{ère} ligne de soins et services des urgences hospitaliers et empowerment du patient – Résultats de FG avec les MG. *SPF Santé publique, empowerment des patients*.
- KARAM, M., BRAULT, I., VAN DURME, T., & MACQ, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>

- KARAM, M., MACQ, J., DUCHESNES, C., CRISMER, A. & BELCHE, J-L. (2022). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium : a participatory action research, *Journal of Interprofessional Care*, 36(3), 380-389. DOI: [10.1080/13561820.2021.1929878](https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878)
- KCE. (2024). *KCE Report 376 Performance of the Belgian health system – report 2024*. Disponible à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/OLD1-2.pdf>, consulté le 5 avril 2024
- LORANT, V., NICAISE, P., STORDEUR, S., & GARIN, H. (2021). *WFSP2230 : Politique de santé*. Faculté de Santé Publique, UCL.
- MONITEUR BELGE. (2012). Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées. Disponible à l'adresse : https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/am_2012_02_05_mod_2003_11_06.pdf
- MONITEUR BELGE. (2015). Extrait de la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé. Disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/img_1/pdf/2015/05/10/2015A24141_F.pdf
- MONITEUR BELGE. (2016). 21 JUILLET 2016 — Loi modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs. Disponible à l'adresse : https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/Loi_2002_SP_-_MOD_2016_07_21.pdf
- MONITEUR BELGE. (2024). 6 FEVRIER 2024. - Loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé. Disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=24-02-23&numac=2024001224
- NURSING HOME. (s.d.). *Échelle d'évaluation Katz*. Disponible à l'adresse : <https://www.nursinghome.be/echelle-devaluation-katz/>, consulté le 10 avril 2024

- PALLIAGUIDE. (2024). *Douleur*. Disponible à l'adresse <https://www.palliaguide.be/douleur-soins-palliatifs/>, consulté le 10 mars 2024
- PALLIAGUIDE. (2024). *Sédation palliative – Protocole de détresse*. Disponible à l'adresse : <https://www.palliaguide.be/sedation-palliative-soins-palliatifs/>, consulté le 1^{er} avril 2024
- PALLIAPEDIA. (2017). *Communication*. Disponible à l'adresse : <https://pallipedia.org/communication/>, consulté le 7 octobre 2023
- PIVODIC, L., SMETS T., VAN DEN NOORTGATE, N., ONWUTEAKA-PHILIPSEN B-D., ENGELS T., SZCZERBIŃSKA K. *et al.* ; PACE, (2018). Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: An epidemiological study. *Palliat Med*, 32(10), 1584–1595. [DOI: 10.1177/0269216318800610](https://doi.org/10.1177/0269216318800610)
- RORIVE G., DAMAS F. & PETERMANS J., (2014). Gérer la fin de vie chez le sujet âgé. *Rev Med Liège*, 69 (5-6), 402-406.
- SELL, K., HOMMES, F., FISCHER, F. & ARNOLD, F. (2022). La pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité au sein de la main-d'œuvre en santé publique : examen de la portée pour évaluer les définitions et les applications des concepts. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(17), 10902. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710902>
- SERVICE PUBLIC DE WALLONIE. (2021). 28 OCTOBRE 2021. — Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux missions des médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos et de soins et en maisons de repos et portant modification de l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé. Disponible à l'adresse : <https://www.aframeco.be/system/files/MCC%20Rôles%20et%20missions%2028%2010%202021.pdf#overlay-context=medecin-coordonateur/roles-fonctions>
- STATBEL. (2023). *Tables de mortalité et espérance de vie – L'espérance de vie s'élève à 81,7 ans en Belgique*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>

TSAKITZIDIS, G., ANTHIERENS, S., TIMMERMANS, O., TRUIJEN, S., MEULEMANS, H., & VAN ROYEN, P. (2017). Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care ! *Primary Health Care Research and Development*, 18(6), 591– 602. <https://doi.org/10.1017/S146342361700024X>

UNION DES VILLES ET COMMUNES DE WALLONIE ASBL - FÉDÉRATION DES CPAS - BRULOCALIS. (2020). Étude - Désinstitutionnalisation des personnes âgées. Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ? Disponible à l'adresse : https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2011). *Palliative Care for Older People : Better Practices*. Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf

ZIMMER-TIRONE, M., STRIMBU, D., STALTER, P., GIRARD, O., MULLER, N., HAEMMERLÉ, M. *et al.* (2008). Pourquoi une équipe mobile de soins palliatifs gériatriques ? *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, 23, 41-42.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Guides d'entretien médecins-infirmiers

Je suis actuellement en dernière année de master en santé publique à l'UCLouvain. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la collaboration entre le médecin et l'infirmier dans l'accompagnement d'une personne âgée en soins palliatifs établis au sein d'une MRS en Belgique francophone. L'objectif de ma recherche est de comprendre les barrières et facilitateurs de cette collaboration.

Pour ma partie pratique, je réalise des entretiens avec des médecins généralistes, des assistants en médecine générale et des infirmiers prenant en charge des résidents en situation de SP dans cette MRS.

Avec votre accord préalable, cet entretien sera enregistré, l'enregistrement servira uniquement pour la transcription et ne sera pas diffusé ; il sera utilisé qu'aux fins de ce mémoire. Il sera directement supprimé après la clôture de ce mémoire. L'enregistrement, à votre demande, pourra être interrompu à tout moment. L'anonymat sera respecté. Avez-vous des questions ?

Infirmiers	Médecins
Présentation et Gouvernance (expertise)	
<p>Pouvez-vous me parler des grandes étapes de votre parcours professionnel ?</p> <p>Combien d'années d'expérience avez-vous en MRS ? Quel est votre âge ?</p> <p>Quel nombre approximatif de patients palliatifs prenez-vous en charge annuellement au sein de cette MRS ? ;</p> <p>Quelle(s) formation(s) avez-vous reçue(s) au sujet de la CIP ? Et sur les SP ?</p> <p>Avez-vous eu l'habitude de collaborer avec des médecins au cours de votre expérience professionnelle ? Si oui, comment ? dans quels contextes ?</p> <p>Pouvez-vous me raconter brièvement une situation vécue marquante dans laquelle la qualité de la PEC palliative était optimale ? Ou au contraire problématique ?</p>	<p>Pouvez-vous me parler des grandes étapes de votre parcours professionnel ?</p> <p>Combien d'années d'expérience avez-vous en MRS ? Quel est votre âge ? (Etes-vous assistant en médecine générale ?)</p> <p>Quel nombre approximatif de patients palliatifs prenez-vous en charge annuellement (MRS et domicile) ? ;</p> <p>Quelle(s) formation(s) avez-vous reçue(s) au sujet de la CIP ? Et sur les SP ?</p> <p>Pratiquez-vous seul, en regroupement, pratique de groupe mono-disciplinaire ou multidisciplinaire ou au sein d'une maison médicale ? Avez-vous eu l'habitude de collaborer avec des infirmières au cours de votre expérience professionnelle ?</p> <p>Pouvez-vous me raconter brièvement une situation vécue marquante dans laquelle la qualité de la PEC palliative était optimale ? Ou au contraire problématique ?</p>

Finalisation : objectifs et visions communes

<p>Quels ont été, selon vous, les facteurs facilitant ou contraignant la qualité de cette PEC ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Comment le plan de soins a-t-il été défini ? En fonction de quels objectifs ? Quelles priorités ? Ont-ils été décidés par le médecin ? Le résident ? La famille ?- Comment évalueriez-vous l'adéquation entre vos objectifs de soin et ceux du médecin ? <p>Est-ce que la famille constitue un facteur facilitant/contraignant ? Comment sont traités désaccords/divergences d'opinions dans la manière de prendre en charge le patient ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Que pouvez-vous me dire sur le niveau de connaissance/compréhension de la famille au sujet des SP ? Quelles sont ses attentes ? Comment y remédier selon vous ? <p>Que sont les SP pour vous ? Quelle est selon vous la vision du médecin ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Quel(s) impact(s) peuvent avoir les représentations religieuses et culturelles du médecin à propos de la fin de vie et de la mort ? Morphine, protocole de détresse ? Comment y remédier ? <p>Comment définissez-vous la CIP ?</p>	<p>Quels ont été, selon vous, les facteurs facilitant ou contraignant la qualité de cette PEC ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Comment avez-vous défini le plan de soins ? En fonction de quels objectifs ? Quelles priorités ? Ont-ils été discutés avec le résident ? La famille ? Les infirmiers ?- Comment évalueriez-vous l'adéquation entre vos objectifs de soin et ceux de l'infirmier ? <p>Est-ce que la famille constitue un facteur facilitant/contraignant ? Comment gérez-vous lorsque vous avez des désaccords/divergences d'opinions dans la manière de prendre en charge le patient ? Et ceux entre le résident et sa famille ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Que pouvez-vous me dire sur le niveau de connaissance/compréhension de la famille au sujet des SP ? Quelles sont ses attentes ? Comment y remédier selon vous ? <p>Que sont les SP pour vous ? Quelle est selon vous la vision de l'infirmier ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Quel(s) impact(s) peuvent avoir les représentations religieuses et culturelles de l'infirmier ? Administrer de la morphine ? Sédation palliative ? Protocole de détresse ? Comment y remédier ? <p>Comment définissez-vous la CIP ?</p>
---	---

Internalisation : Connaissance et confiance mutuelle

<p>Pouvez-vous expliquer le rôle du médecin au sein de la PEC palliative ? Quels sont vos attentes vis-à-vis de ce dernier ?</p> <p>Comment les tâches respectives du médecin et de l'infirmier sont-elles discutées ? Consignées ?</p>	<p>Pouvez-vous m'expliquer le rôle de l'infirmier dans la PEC palliative ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce dernier ?</p> <p>Comment les tâches respectives de l'infirmier et du médecin sont-elles discutées ? Consignées ?</p>
---	---

<p>Quel degré de confiance accordez-vous au médecin avec lequel vous travaillez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels facteurs vous amènent à lui faire confiance ? Quels facteurs vous poussent-ils à collaborer davantage avec le médecin ? - En terme de communication, qu'est-ce-qui favorise votre confiance envers le médecin ? <p>Comment faites-vous connaissance avec le médecin ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'entendez-vous quand vous dites que vous connaissez le médecin ? - Comment qualifieriez-vous votre relation avec le médecin ? Pourquoi ? <p>Comment identifiez-vous les limites, faiblesses et qualités du médecin ? Quelles sont vos difficultés pour les identifier ?</p> <p>Pouvez-vous me parler des responsabilités qui sont partagées entre les infirmiers et les médecins ?</p> <p>Comment est-ce que le médecin va-t-il appréhender les demandes de la famille dans une PEC palliative ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans quelle mesure vont-elles avoir un impact sur ses décisions ? - Quelle place auront la dignité et le confort du résident dans ses décisions ? - Est-ce légitime, cohérent selon vous ? <p>Quels autres éléments ont une influence sur la manière dont vous travaillez avec un médecin ? Dans quel ordre d'importance ? Contexte particulier</p>	<p>Quel degré de confiance accordez-vous à l'infirmier avec lequel vous travaillez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels facteurs vous amènent à lui faire confiance ? Quels facteurs vous poussent-ils à collaborer davantage avec l'infirmier ? - En terme de communication, qu'est-ce-qui favorise votre confiance envers l'infirmier ? <p>Comment faites-vous connaissance avec l'infirmier avec lequel vous travaillez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'entendez-vous quand vous dites que vous connaissez l'infirmier ? - Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'infirmier ? Pourquoi ? <p>Comment identifiez-vous les limites, faiblesses et qualités de l'infirmier ? Pouvez-vous m'expliquer vos difficultés pour les identifier ?</p> <p>Pouvez-vous me parler des responsabilités qui sont partagées entre les infirmiers et les médecins ?</p> <p>Quels autres éléments ont une influence sur la manière dont vous travaillez avec un infirmier ? Dans quel ordre d'importance ? Contexte particulier ?</p>
<p>Formalisation : existence d'entente et échange d'information</p>	
<p>Disposez-vous d'outils et de procédures pour échanger des informations avec le médecin ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière recevez-vous les informations du médecin ? 	<p>Disposez-vous d'outils et de procédures pour échanger des informations avec l'infirmier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière recevez-vous les informations de l'infirmier ?

<ul style="list-style-type: none"> - D'après vous, quels sont les canaux de communication à privilégier pour discuter des décisions de soins palliatifs ? - D'après vous, quel impact aurait la communication sur la qualité des soins, le suivi, la satisfaction du patient, la dynamique des équipes, etc. ? <p>Que pouvez-vous me dire sur l'attitude non-verbale du médecin au cours de vos échanges dans le cadre de PEC palliatives ? Comment cette attitude influence la communication ? votre relation de confiance ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - D'après vous, quels sont les canaux de communication à privilégier pour discuter des décisions de soins palliatifs ? - D'après vous, quel impact aurait la communication sur la qualité des soins, le suivi, la satisfaction du patient, la dynamique des équipes, etc. ? <p>Que pouvez-vous me dire sur l'attitude non-verbale de l'infirmier au cours de vos échanges dans le cadre de PEC palliatives ? Comment cette attitude influence la communication ? votre relation de confiance ?</p>
<p>Gouvernance : centralité et leadership</p>	
<p>Pouvez-vous me décrire le/les lieux dans lesquels vous prenez en charge des résidents en phase palliative en MRS ?</p> <p>D'après vous, en matière de SP dans une MRS, y-a-t-il des particularités en terme d'environnement (par rapport aux autres lieux de soins) ? Pour le patient ? Pour l'infirmier ? (contact avec le résident/famille/médecin) ? Pour la famille ?</p> <p>D'après vous, en terme de collaboration avec le médecin dans les SP, y-a-t-il des particularités en MRS (par rapport à d'autres lieux de soins) ? Contact ? Disponibilité ? Communication ?</p> <p>Comment les SP sont-ils organisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les acteurs impliqués ? - Y a-t-il des référents ? Quels sont leurs rôles ? <p>Comment les décisions importantes sont-elles prises en matière de SP sur du court et du long terme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les décisions prises par le médecin, ont-elles des conséquences sur votre travail ? Lesquelles ? 	<p>Pouvez-vous me décrire le/les lieux dans lesquels vous prenez en charge des résidents en phase palliative en MRS ?</p> <p>D'après vous, en matière de SP dans une MRS, y-a-t-il des particularités en terme d'environnement (par rapport aux autres lieux de soins) ? Pour le patient ? Pour l'infirmier ? (contact avec le résident/famille/médecin) ? Pour la famille ?</p> <p>D'après vous, en terme de collaboration avec l'infirmier dans les SP, y-a-t-il des particularités en MRS (par rapport à d'autres lieux de soins) ? Contact ? Disponibilité ? Communication ?</p> <p>Comment les SP sont-ils organisés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les acteurs impliqués ? - Y a-t-il des référents ? Quels sont leurs rôles ? <p>Comment les décisions importantes sont-elles prises en matière de SP sur du court et du long terme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment décririez-vous l'implication du personnel infirmier dans la prise de décision ?

<p>- Prenez-vous des décisions/ accomplissez-vous certains actes de manière autonome ? Comment est votre autonomie en matière d'actes/de décisions dans la PEC palliative ?</p> <p>Comment les différences d'avis/perceptions entre les deux professions sont-elles appréhendées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il un tiers qui vous aide à les traiter ? - Comment et par qui êtes-vous soutenu afin de collaborer ? Politique organisationnelle favorisant la CIP ? - Comment l'infirmière chef peut influencer la collaboration M-I ? Et le médecin coordinateur ? <p>Pouvez-vous me parler de vos expériences dans laquelle vous avez dû faire appel à l'équipe de seconde ligne (Domus) ? Dans quels contextes ? Désaccord avec un médecin ? Leur apport dans la collaboration M-I ?</p>	<p>Comment les différences d'avis/perceptions entre les deux professions sont-elles appréhendées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il un tiers qui vous aide à les traiter ? - Comment et par qui êtes-vous soutenu afin de collaborer ? Avec l'infirmier, les autres acteurs ? Politique organisationnelle favorisant la CIP ? - Comment l'infirmière chef peut influencer la collaboration M-I ? Et le médecin coordinateur ? <p>Pouvez-vous me parler de vos expériences dans laquelle vous avez dû faire appel à l'équipe de seconde ligne (Domus) ? Dans quels contextes ? Désaccord avec un infirmier ? Leur apport dans la collaboration M-I ?</p>
<p>Gouvernance : Connectivité</p>	
<p>Lorsque vous prenez en charge un résident en phase palliative en présence de son médecin dans l'établissement, allez-vous à la rencontre de celui-ci afin de discuter de la situation ?</p> <p>Y a-t-il des réunions/moments de dialogue avec le médecin pour discuter d'un patient palliatif, de sa PEC, etc. ? Dans quel cadre, à quelle fréquence ? Comment cela est-il vécu ?</p> <p>Selon vous, quel serait le lieu de rencontre optimal pour échanger avec un médecin à propos d'une PEC palliative ? Dans quelles conditions ? A quel moment ? En présence d'autres tiers ? Infirmière chef ?</p>	<p>Lorsque vous venez voir votre patient en situation de SP, allez-vous à la rencontre de l'infirmier pour discuter de celui-ci ?</p> <p>Organisez-vous des réunions/moments de discussion/concertation ? avec l'infirmier pour discuter d'un patient palliatif, de sa PEC, etc. ?</p>
<p>Avez-vous des pistes d'amélioration pour la collaboration médecin-infirmier dans l'accompagnement d'une PA palliative ?</p> <p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	

7.2. Annexe 2 : guide d'entretien – infirmière chef

Guide d'entretien infirmière chef

Je suis actuellement en dernière année de master en santé publique à l'UCLouvain. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la collaboration entre le médecin et l'infirmier dans l'accompagnement d'une personne âgée en soins palliatifs établis au sein d'une MRS en Belgique francophone. L'objectif de ma recherche est de comprendre les barrières et facilitateurs de cette collaboration.

Pour ma partie pratique, je réalise des entretiens avec des médecins généralistes, des assistants en médecine générale et des infirmiers prenant en charge des résidents en situation de SP dans cette MRS.

Avec votre accord préalable, cet entretien sera enregistré, l'enregistrement servira uniquement pour la transcription et ne sera pas diffusé ; il sera utilisé qu'aux fins de ce mémoire. Il sera directement supprimé après la clôture de ce mémoire. L'enregistrement, à votre demande, pourra être interrompu à tout moment. L'anonymat sera respecté. Avez-vous des questions ?

Présentation et Gouvernance (expertise)

Pouvez-vous m'expliquer brièvement votre parcours professionnel ?

Quel est votre âge ?

Pouvez-vous me dire combien de patients palliatifs votre équipe prend en charge annuellement au sein de cette MRS ? (présentation) ;

Quelle(s) formation(s) avez-vous reçue(s) au sujet de la CIP ? Et des SP ?

Avez-vous eu l'habitude de collaborer avec des médecins au cours de votre expérience professionnelle ? Si oui, comment ? dans quels contextes ?

Finalisation : objectifs et visions communes

Que sont les SP pour vous ? Quelle est selon vous la vision du médecin ?

- Quel(s) impact(s) peuvent avoir les représentations religieuses et culturelles du médecin à propos de la fin de vie et de la mort ? Prescrire de la morphine, le protocole de détresse ?

Comment définissez-vous la CIP ?

Comment évalueriez-vous l'adéquation entre les objectifs de soin de votre équipe et ceux du médecin ?

Gouvernance : centralité et leadership

Pouvez-vous me raconter brièvement une situation palliative dans laquelle votre équipe a rencontré des difficultés en terme de collaboration avec le médecin ?

- Quelles étaient ces difficultés ?
- Comment l'avez-vous vécu ? Quelle a été votre réaction en tant qu'infirmière chef ?

Comment gérez-vous les différences d'avis/perceptions entre un infirmier de votre équipe et un médecin ?

- D'après vous, en tant qu'infirmière chef, comment pourriez-vous influencer la collaboration médecin-infirmier ? Et le médecin coordinateur ?

Formalisation : existence d'entente et échange d'information

D'après vous, quels sont les canaux de communication à privilégier pour discuter des décisions de soins palliatifs ?

Que pouvez-vous me dire sur l'attitude non-verbale du médecin au cours de vos échanges dans le cadre de PEC palliatives ?

- Comment cette attitude influence la communication ? votre relation de confiance ?

Gouvernance : Connectivité

Lorsque vous rencontrez dans le bureau un médecin rendant visite à un résident en SP, comment cela se passe-t-il ? Lui proposez-vous de voir l'infirmier qui l'a pris en charge ? Systématiquement ? Dans quel contexte ?

Y a-t-il des réunions/moments de dialogue avec le médecin pour discuter d'un patient palliatif, de sa PEC, etc. ? Dans quel cadre, à quelle fréquence ? Comment cela est-il vécu ?

Selon vous, quel serait le lieu de rencontre optimal pour échanger avec un médecin à propos d'une PEC palliative ? Dans quelles conditions ? A quel moment ? En présence d'autres tiers ? Vous-même ?

Internalisation : Connaissance et confiance mutuelle

Quel degré de confiance accordez-vous au médecin ?

- Quels facteurs vous amènent à lui faire confiance ?
- Quel moyen communicationnel favoriserait-il davantage votre confiance à l'égard de celui-ci ?

Comment faites-vous connaissance avec le médecin ?

- Qu'entendez-vous lorsque vous dites que vous connaissez le médecin ?
- Comment qualifieriez-vous votre relation avec le médecin ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du médecin dans une PEC palliative ?

Comment identifiez-vous les limites, faiblesses et qualités du médecin ? Quelles sont vos difficultés pour les identifier ?

Pouvez-vous me parler des responsabilités qui sont partagées entre les infirmiers et les médecins ?

Gouvernance : centralité et leadership

D'après vous, en terme de collaboration avec le médecin dans les SP, y-a-t-il des particularités en MRS (par rapport à d'autres lieux de soins) ? Contact ? Disponibilité ? Communication ?

Comment les SP sont-ils initiés ?

- Quels sont les acteurs impliqués ?
- Y a-t-il des référents en SP ? Quels sont leurs rôles ?

Pouvez-vous me parler de vos expériences dans laquelle vous avez dû faire appel à l'équipe de seconde ligne (Domus) ? Dans quel contexte ? Désaccord avec un médecin ? Leur apport dans la collaboration M-I ?

Avez-vous des pistes d'amélioration pour la collaboration médecin-infirmier dans l'accompagnement d'une PA palliative ? Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

7.3. Annexe 3 : formulaire de participation adressé aux médecins

Entretiens individuels – Mémoire – Master en santé publique

Bonjour,

Je m'appelle Alissia Martens, infirmière, nous nous sommes probablement déjà rencontrés au sein de l'établissement ou avons échangé par téléphone à propos de l'un ou l'autre résident. Dans le cadre de mon master en santé publique à l'UCL, j'ai choisi comme sujet de mémoire la collaboration entre le médecin et l'infirmier dans les soins palliatifs en MRS. Ma question de recherche (provisoire) est la suivante : « *Quels sont les principales barrières et les facteurs favorables à la collaboration médecins-infirmiers dans l'accompagnement d'une personne âgée en phase palliative au sein des MRS francophones ?* ».

Pour l'élaboration de ma partie pratique, j'aimerais réaliser des entretiens individuels en présentiel avec les médecins, les assistants en médecine générale et les infirmiers de cet établissement, ayant une expérience dans les soins palliatifs en MRS dans le but de récolter leurs avis et perceptions sur la thématique. Ces entretiens se dérouleront aux mois de janvier et de février 2024 et auront une durée approximative de 20 minutes. Avec votre accord, ils seront enregistrés - anonymement - afin de faciliter la retranscription. Une fois le mémoire terminé, ceux-ci seront effacés.

Seriez-vous d'accord de participer ?

OUI

NON

Si oui, comment puis-je vous contacter afin de convenir d'une date ?

- Mail :
- Téléphone :

Merci d'avance.

Bien cordialement,

Alissia Martens

7.4. Annexe 4 : caractéristiques des participants

Voici les caractéristiques des médecins interrogés :

Date interview	Durée interview	Nom	Années d'expériences en MRS	Formations en CIP et SP	Type de pratique
18-01-24	0:32:46	Méd1	29 ans	Une seule formation continue de type court sur les SP	Solo
18-01-24	0:27:10	Méd2	18 ans	Notions théoriques brèves sur les SP dans les études de médecine, formations diverses organisées dans le cadre de GLEM ⁸	Solo
18-01-24	0:38:49	Méd3	7 ans	Certificat interuniversitaire en SP, modérateur/formateur de formations en SP pour les médecins coordinateurs de MRS, membre de Pallium	Solo
18-01-24	0:23:31	Méd4	5 ans	Notions théoriques brèves sur les SP dans les études de médecine	Solo
19-01-24	0:34:49	Méd5	3 ans	TP durant les études de médecine sur les réunions interdisciplinaires. Notions théoriques brèves sur les SP dans les études de médecine, formation continue d'une ½ journée sur les SP	Pratique de groupe multidisciplinaire
23-01-24	00:48:13	Méd6	7 ans	Cours théorique sur les SP durant la spécialisation de médecine générale, formations continues dans le cadre du GLEM	Solo
23-01-24	00:50:02	Méd7	30 ans	3 à 4h de formations continues/an sur les SP dans le cadre de GLEM	Solo
23-01-24	00:44:16	Méd8	50 ans	Qualification octroyant le titre de médecin spécialisée en SP	Solo

⁸ Un GLEM, un groupe local d'évaluation médicale, est un rassemblement de médecins ou pharmaciens biologistes qui mettent en commun et évaluent leurs pratiques médicales pour améliorer la qualité des soins (INAMI, s.d).

26-01-24	01:02:19	Méd9	7 ans	Formations continues sur la multidisciplinarité et notions théoriques brèves sur les SP durant les études de médecine	Pratique de groupe multidisciplinaire
31-01-24	01:04:29	Méd10	10 ans	Formations continues sur la dynamique interdisciplinaire, formation sur les SP organisée par Domus de 6 mois, titre de médecin EOL	Pratique de groupe mono disciplinaire
01-02-24	00:55:56	Méd11	27 ans		Solo
12-02-24	00:41:23	Méd12	1 an et demi	TP sur les réunions interdisciplinaires et notions théoriques brèves sur les SP durant les études de médecine et la spécialisation en médecine générale	Pratique de groupe mono disciplinaire
12-02-24	00:43:09	Méd13	28 ans	Certificat interuniversitaire en SP	Pratique de groupe multidisciplinaire

Voici les caractéristiques des infirmiers interviewés :

Date interview	Durée interview	Nom	Années d'expériences en MRS	Formations en CIP et SP
23-01-24	00:36:08	Infi1	9 ans	Cours théorique d'une semaine sur les SP durant les études d'infirmier, formations continues d'un jour / an sur la communication en fin de vie
24-01-24	00:36:19	Infi2	5 ans	Formation continue de 3 jours sur les SP à Charleroi
26-01-24	00:32:44	Infi3	8 ans	Cours théorique d'une semaine sur les SP durant les études d'infirmier, formations continues d'un jour / an sur la communication en fin de vie

02-02-24	00:44:12	Infi4	12 ans	
02-02-24	00:54:05	Infi5	4 ans	Formation sur l'interdisciplinarité d'une journée, qualification professionnelle en SP faite au CPSI
08-02-24	00:42:37	Infi6	8 ans et demi	
10-02-24	00:35:35	Infi7	4 ans	2h d'activités d'intégration professionnelle durant les études d'infirmier, cours théorique sur les SP durant les études d'infirmier
12-02-24	00:34:30	Infi8	16 ans	Formation sur les SP d'un jour/semaine pdt 2 mois à l'Asbl Sarah, plusieurs formations continues sur les SP (1 jour/an)
16-02-24	00:48:50	Infi9	4 ans et demi	Notions théoriques brèves sur les SP durant les études d'infirmier
19-02-24	00:35:43	Infi10	11 ans	Cours théorique sur les SP et un stage de 3 semaines durant la spécialisation d'oncologie
19-02-24	00:25:45	Infi11	1 an et demi	Notions théoriques brèves sur les SP dans le cours de médecine gériatrique dans le master en sciences infirmières, cours théorique bref sur les SP durant les études d'infirmier, cours d'Algologie et échanges d'expériences sur les SP dans le cours d'éthique dans le cadre du master en sciences infirmières
21-02-24	00:26:24	Infi12	6 mois	Formation de quelques heures sur la CIP, travaux de recherche sur les SP pendant la formation en cadre de santé, formations continues de quelques heures / an
26-02-24	00:45:47	Infi13	1 an	Participation aux réunions pluridisciplinaire hebdomadaire en recherche clinique à Saint-Luc et spécialisation en oncologie et soins palliatifs

7.5. Annexe 5 : distinction entre les soins palliatifs précoces et les soins palliatifs terminaux

Soins palliatifs précoces	Soins palliatifs terminaux
<ul style="list-style-type: none"> - Début d'une maladie grave, chronique ou potentiellement mortelle ; durent des mois voire des années - Reconnaissent l'incurabilité de la maladie sans nécessairement considérer le patient en phase terminale - Visent à améliorer la qualité de vie et favoriser une autonomie maximale en répondant aux besoins physiques, psychosociaux et spirituels - Gestion des symptômes en continuant les traitements curatifs choisis selon la nature de la maladie et les besoins du patient, en minimisant les effets secondaires indésirables, notamment ceux liés à la chimiothérapie, la radiothérapie, les médicaments ciblés et la chirurgie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stade avancé et incurable de la maladie ; derniers jours ou semaines de vie et traitements curatifs inefficaces ou interrompus - Reconnaissent que le patient est proche de la fin de sa vie - Se concentrent sur le maintien de son confort et le soutien émotionnel pour lui et sa famille - Soulagement des symptômes pour maximiser le confort du patient - Réduction ou arrêt des traitements agressifs qui pourraient ne pas apporter de bénéfices ou augmenter la souffrance.

(World Health Organization, 2011)

