

# Guide d'implantation du partenariat de soins et de services

Vers une pratique  
collaborative optimale entre  
intervenants *et* avec le patient



## Groupe de travail chargé de l'élaboration du guide

**Bernard Deschênes**, coordonnateur à l'enseignement, à la recherche et à la mission universitaire, CSSS du Sud de Lanaudière

**Audrey Jean-Baptiste**, ex-chef de projet, Délégation Expérience patient du CHUM, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, UdeM (jusqu'à avril 2013)

**Évlyn Matthieu**, conseillère, Présidence-direction générale - Ressources humaines réseau, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (jusqu'à décembre 2012)

**Audrey-Maude Mercier**, conseillère en promotion de la santé, DQPSEP – Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient, CHUM; ex-chef de projet, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, UdeM

**Christine Roberge**, adjointe interdisciplinaire, Direction de l'enseignement, CHUM

**Maryse St-Onge**, directrice générale, Institut Raymond-Dewar; ex-directrice des services multidisciplinaires, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

## Soutien à la mise en page

**Linda Gagnon**, CSSS du Sud de Lanaudière

**Martine Leroux**, Bureau exécutif, RUIS de l'UdeM

**Jean-François Cabana**, infographe

Crédit photos : Les photos et illustrations du rapport nous ont été gracieusement fournies par les établissements participants suivants : Centre hospitalier de l'Université de Montréal, CSSS de Trois-Rivières, CSSS du Sud de Lanaudière, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

## Révision (membres du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle)

**Jacques Bernier**, psychiatre, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Marco Blanchet**, coordonnateur de la santé physique, Direction régionale de la santé physique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

**Diane Calce**, coprésidente du Comité; directrice des services cliniques, CHU Sainte-Justine

**Robin Dumais**, adjoint à la directrice exécutive, Bureau exécutif, RUIS de l'UdeM

**Vincent Dumez**, codirecteur, Direction Collaboration et Partenariat Patient, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine; ex-directeur, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, UdeM

**Hélène Essiembre**, professionnelle conseil en formation et évaluation, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM

**Diane Filiatrault**, coprésidente du Comité; directrice générale du CSSS de Thérèse-De Blainville

**Luce Gosselin**, coordonnatrice du Comité; gestionnaire de projets, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM

**Paule Label**, coprésidente du Comité; codirectrice, Direction Collaboration et Partenariat Patient, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM

**Édith Lemay**, agente de planification, programmation et recherche, Gestion des maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Sylvie Martel**, adjointe intérimaire à la direction des services multidisciplinaires, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Catherine Neault**, conseillère cadre aux services multidisciplinaires, Direction des pratiques professionnelles, Centre de formation et de services, CSSS de l'Énergie

**André Néron**, directeur associé, Direction Collaboration et Partenariat Patient, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé; ex-directeur associé, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, UdeM

**Benoît Tétreault**, directeur des services multidisciplinaires, CSSS de Laval

**Marie-Claude Vanier**, professeure agrégée de clinique, Faculté de pharmacie; présidente, Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle, UdeM



# Table des matières

Avant-propos .....	4
Introduction .....	6
1. Le partenariat : une approche de soins et de services.....	7
1.1 Évolution des approches cliniques .....	7
1.2 Évolution des concepts liés à la collaboration .....	10
1.3 Définitions et concepts clés.....	11
2. La collaboration entre partenaires de soins et de services .....	17
2.1 Les avantages de la collaboration .....	17
2.2 La collaboration entre partenaires de soins et de services et ses modalités.....	17
2.2.1 Les contextes d'exercice du partenariat.....	18
2.2.2 La nature des échanges entre partenaires.....	22
2.2.3 Les outils de soutien à la collaboration entre partenaires .....	23
3. Compétences clés du partenariat de soins et de services.....	24
3.1 Compétences, capacités, manifestations .....	25
3.2 Compétences communes et spécifiques aux différents partenaires.....	26
3.2.1 Partenariat .....	26
3.2.2 Communication.....	28
3.2.3 Éducation à la santé.....	30
3.2.4 Travail d'équipe .....	31
3.2.5 Clarification des rôles et des responsabilités.....	32
3.2.7 Éthique clinique.....	36
3.2.8 Prévention et résolution de conflits.....	37
4. Conditions de mise en œuvre du partenariat de soins et de services.....	39
4.1 Engagement de la haute direction.....	40
4.2 Gouverne .....	40
4.3 Mécanismes de concertation entre les programmes, directions, conseils professionnels	40
4.4 Leadership collaboratif.....	41
4.5 Gestion du changement et acteurs clés.....	41
4.6 Imputabilité collective .....	42
4.7 Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services .....	44
4.8 Organisation apprenante.....	44
4.9 Indicateurs de qualité.....	45
4.10 Support de la technologie de l'information et des communications (TIC) .....	46
Conclusion .....	48
Références.....	49
Annexe I : Avantages de la collaboration .....	53
Annexe II : Compétences clés du partenariat.....	55
Annexe III : Structure de gouvernance.....	56
Annexe IV : Indicateurs de résultats.....	57
Annexe V : Responsabilité professionnelle de l'équipe.....	58

# Avant-propos

Le RUIS de l'UdeM a pour mission de favoriser, au sein des établissements de santé et de services sociaux sur son territoire de desserte, la complémentarité et l'intégration des missions de soins spécialisés et ultraspecialisés, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS). Il se préoccupe de l'importance d'établir des rapports efficaces entre tous les niveaux de soins et de services qui composent l'environnement des établissements en favorisant la concertation et la collaboration entre ses membres partenaires. De plus, il veut contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la mise en réseau, dans les milieux cliniques, du savoir, de l'expertise et de l'expérience de ses membres partenaires<sup>1</sup>.

Depuis la création, en 2008, du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, le RUIS de l'UdeM est un acteur essentiel du déploiement de la pratique collaborative. Le Comité, faut-il le rappeler, poursuit le double objectif de développer la pratique collaborative dans les établissements du RUIS de l'UdeM et de soutenir l'expérimentation de nouveaux modes de formation interprofessionnelle et de pratique collaborative. Les travaux en cours s'inscrivent dans la foulée de ceux réalisés au cours du premier mandat du Comité<sup>2</sup>, sous la coprésidence de la D<sup>re</sup> Christine Colin, de la Faculté de médecine de l'UdeM, et de madame Pauline Turpin, du CHU Sainte-Justine.

Au cours de son présent mandat, le Comité a

posé des jalons importants. Il produisait, en août 2012, au terme d'une recension des meilleures pratiques de collaboration sur le terrain, un rapport décisif, « *Pratique collaborative : engagement et leadership* »<sup>3</sup>, sur les grands leviers de l'implantation et du développement de la pratique collaborative dans le réseau de la santé et des services sociaux. Parallèlement à cette démarche et aux initiatives engagées à la Faculté de médecine et au sein du RUIS de l'UdeM par le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP), le Comité se tournait résolument vers la pratique collaborative en partenariat avec le patient (ou partenariat de soins et de services) et mandatait un groupe de travail en vue de l'élaboration d'un guide d'implantation.

Ce document s'inscrit donc dans le prolongement direct du rapport « *Pratique collaborative : engagement et leadership* »<sup>4</sup>. En plus de viser une harmonisation de la pratique et du langage utilisé dans les milieux, **ce guide a pour but** de :

» promouvoir et de faciliter l'implantation du partenariat de soins et de services dans les établissements de la santé et des services sociaux du RUIS de l'UdeM et dans tout autre établissement du réseau sociosanitaire québécois souhaitant adhérer à la démarche proposée.

Étant donné l'émergence de cette approche et sa pénétration variable dans les milieux, il est prévu que la première version du guide fera l'objet d'une vaste consultation par le truchement

d'un **forum de discussion sur le site internet du RUIS de l'UdeM** ([www.ruis.umontreal.ca](http://www.ruis.umontreal.ca)), dont découlera une version subséquente du document.

Le lecteur est invité à lire attentivement ce guide d'implantation pour s'en approprier le contenu et identifier rapidement les axes de réflexion qui lui permettront de déterminer les actions concrètes à initier dans son milieu de pratique. Le cas échéant, chaque établissement aura la possibilité de constituer son propre guide d'implantation en déclinant, dans une deuxième section du document, les modalités concrètes d'application (stratégie de mise en œuvre, structure organisationnelle) du partenariat de soins et de services au sein de son organisation.

Le guide proposé comporte quatre chapitres. Le premier retrace l'évolution de la culture de collaboration à travers les différentes approches de soins, du paternalisme au partenariat de soins et de services. Le second chapitre examine les avantages de la collaboration, ses contextes et modalités, ainsi que la nature des échanges entre partenaires de soins et de services. Dans le troisième sont illustrées les compétences clés à développer par les différents partenaires de soins et de services : le patient et les intervenants. Enfin, le quatrième chapitre propose des conditions propices à la mise en œuvre du partenariat de soins et de services dans les établissements.

Mentionnons que ce document vise tous les gestionnaires des établissements (médecins gestionnaires, cadres de gestion et de conseil en santé et autres membres du personnel

occupant des postes d'encadrement dans les différents secteurs d'activités : enseignement, communication, ressources humaines ou autres), mais en particulier les gestionnaires de 1<sup>er</sup> niveau\*, lesquels ressortent comme les piliers d'une implantation réussie du partenariat de soins et de services dans le réseau. Si les objectifs poursuivis par la présente démarche sont atteints, cet outil de travail remplira ses fonctions premières, soit de servir de moteur de changement et d'outil de référence essentiel auprès des établissements et des équipes de soins et de services.

\*Le gestionnaire de 1<sup>er</sup> niveau<sup>5</sup> a pour mandat de diriger une équipe qui contribue à l'atteinte des objectifs organisationnels et à la performance de l'établissement. Son rôle comporte deux volets :

» Stratégique

- Participation aux choix organisationnels
- Moteur du changement
- Pivot des communications

» Opérationnel

- Gestion des équipes et des personnes, de la qualité et des résultats, des communications, des ressources matérielles, financières et informationnelles, du changement et de soi.

Au-delà de la gestion quotidienne, les cadres de 1<sup>er</sup> niveau occupent une position particulièrement importante, voire stratégique, dans le fonctionnement des établissements: ils sont responsables de traduire en opérations les défis de l'organisation tout en « dirigeant » à chaque jour ceux et celles qui font ces opérations.

# Introduction

Depuis plusieurs années, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux évoluent au rythme de réorganisations majeures. Les buts visés par ces transformations, inscrites dans l'exercice de la responsabilité populationnelle, et s'appuyant sur le principe de hiérarchisation des services<sup>6</sup> ont été de créer des réseaux locaux de services et de faciliter l'arrimage entre les besoins des individus et les niveaux de soins et de services dispensés.

Ultimement, les efforts consentis par tous les acteurs du réseau sociosanitaire convergent vers l'atteinte des objectifs poursuivis par le projet clinique<sup>7</sup>, à savoir :

- » Offrir à la clientèle une meilleure **accessibilité** aux soins et services;
- » Favoriser le maintien de services de **qualité** dans un environnement sécuritaire;
- » Assurer un suivi et une coordination efficaces sur le **continuum de soins et de services**.

Afin de contrer, par ailleurs, les effets directs de la rareté de ressources disponibles observée dans la prestation des soins et des services à la population, le ministère de la Santé et des Services Sociaux et les instances -- tant régionales que locales -- se sont concertés afin de mettre en place des stratégies diversifiées d'optimisation des ressources humaines, financières, informationnelles et technologiques.

Une des solutions envisagées dans le présent document est de tendre vers une offre de soins et de services intégrée, qui soit guidée par le partenariat de soins et de services avec le patient et ses proches aidants. Cette approche favorise l'émergence de solutions novatrices partagées, où le patient joue un rôle actif dans les décisions et actions qui le concernent. Déjà en 2011, plusieurs initiatives recensées et diffusées<sup>8</sup> témoignent d'une approche clinique innovante de la relation intervenant-patient, initiatives orientées vers l'approche proposée ci-après.

## NOTE AUX LECTEURS

Les termes « usager », « bénéficiaire », « personne », « client » sont d'usage courant dans le secteur de la santé et des services sociaux et dans certains milieux en particulier. Dans le contexte de partenariat de soins et de services, nous lui préférons celui de « patient », soit une personne qui a recours aux services de santé et services sociaux, qu'elle soit malade ou non. Toutefois, les établissements pourront opter pour l'un ou l'autre terme ci-dessus et lui annexer le terme « partenaire » (par exemple : usager partenaire, client partenaire, etc.).

Pour alléger le texte, la notion de « patient » peut inclure celle de « proche aidant », selon le contexte et la situation du patient; de plus, l'utilisation du mot « proche » réfère à la notion de « proche aidant ».





# 1. Le partenariat : une approche de soins et de services

## 1.1 Évolution des approches cliniques

En proposant de réactualiser la relation entre patients et intervenants de la santé et des services sociaux autour de la notion de collaboration, le concept de partenariat de soins et de services a quelque peu bouleversé le milieu de la santé québécois. Depuis quelques années déjà, il semble pourtant y trouver une résonance. En plus de faire l'objet de nombreuses conférences à l'échelle nationale et internationale, le partenariat de soins et de services s'impose désormais dans

les programmes d'enseignement universitaire et dans les programmes de formation continue des professionnels de la santé et des services sociaux.

Bien que l'engouement pour le concept soit récent, celui-ci s'inscrit au cœur d'une longue évolution sociohistorique de la relation entre patients et intervenants de la santé, dont il est aujourd'hui l'aboutissement logique. Afin de bien comprendre le partenariat de soins et de services et sa pertinence actuelle, il convient d'abord de saisir la façon dont il a émergé dans nos cadres de pensée et dans nos pratiques.

## Du paternalisme au partenariat de soins et de services

Avant la Seconde Guerre mondiale, les soins sont essentiellement dispensés au cœur de la cellule familiale; le médecin est davantage un conseiller qui intervient au besoin dans la collectivité. Avec l'institutionnalisation des soins et la création des grands établissements de santé centralisant le savoir biomédical, la relation de soins se transforme et un paternalisme fondé sur la bienfaisance s'impose. Le professionnel de la santé devient l'unique détenteur d'un savoir très technique qu'il prodigue à un patient désormais dépendant des institutions, ignorant de la nature et de la cause de son mal, ainsi que des moyens d'y remédier.

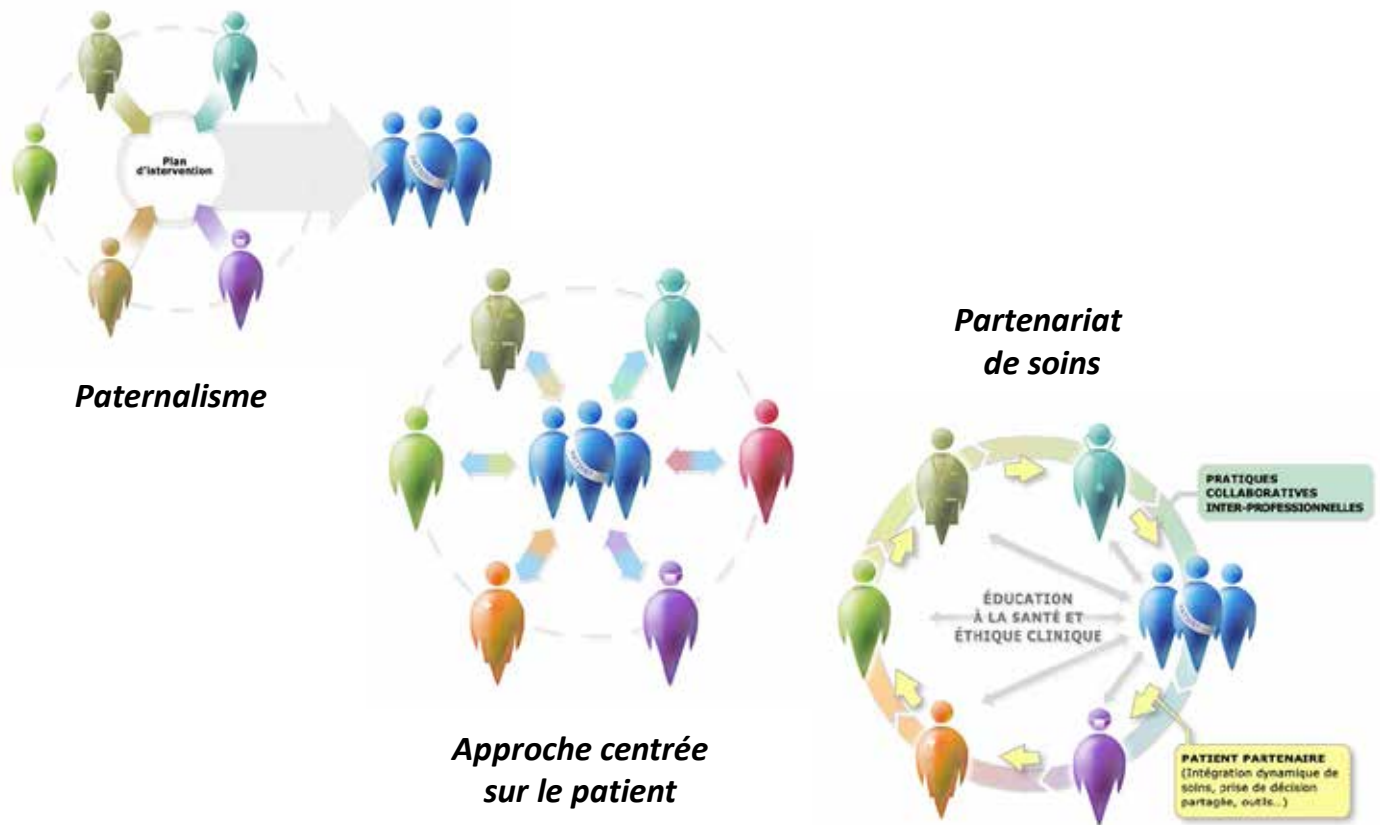
Cependant, à la fin des années 60, face à l'intérêt accru pour la dimension émotionnelle de la maladie, des groupes d'entraide se forment et marquent l'émergence de nouvelles pratiques d'écoute et d'accompagnement. En même temps, nombre de praticiens de la santé critiquent le modèle paternaliste dominant et commencent à réfléchir à des pratiques parallèles. C'est dans ce contexte qu'apparaît, à la fin des années 90, l'approche centrée sur le patient, prônant une pratique des soins qui informe et implique le patient dans la prise de décision. En centrant les soins sur le patient, l'intervenant prend en compte les valeurs, les préférences et les besoins de ce dernier. Actuellement très populaire dans les milieux cliniques, l'approche centrée sur le patient exclut encore trop souvent le patient de la dynamique de soins; une perspective qui, face aux défis actuels de notre société, rencontre déjà quelques limites. En effet, le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies,

la démocratisation de l'accès à l'information et l'augmentation des taux d'inobservance modifient largement la dynamique de la relation de soins et de services.

Ainsi, il ne s'agit plus uniquement de prescrire, ni même d'informer ou de tenir compte des besoins du patient. Il s'agit de l'impliquer dans son processus de soins, de l'accompagner dans le développement de ses propres compétences et connaissances afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées relativement à son traitement et à ses soins et d'augmenter progressivement sa capacité d'autodétermination. De fait, le partenariat de soins et de services s'impose comme l'approche la plus apte à répondre aux préoccupations et défis actuels de notre société en matière de santé.

La **figure 1**, ci-après, illustre l'évolution des approches ayant marqué la relation de soins.

Figure 1 – Évolution des approches de soins<sup>9</sup>



À ce jour, on trouve dans le réseau sociosanitaire, parfois à l'intérieur d'un même établissement, d'une même équipe ou dans le continuum des soins dispensés à un même patient, différentes approches de soins et de services et un éventail de pratiques et de termes pour décrire la collaboration qui s'y opère.

Il convient maintenant d'adopter une terminologie nouvelle qui reflète l'évolution des approches pour inclure le patient et ses proches comme partenaires de soins et de services.

## 1.2 Évolution des concepts liés à la collaboration

Les concepts rattachés à la collaboration ont quelque peu évolué à partir de la notion d'*interdisciplinarité/collaboration interdisciplinaire* faisant référence à des disciplines et à des spécialistes de ces disciplines, en passant par la *collaboration interprofessionnelle*, associée à des professions et aux personnes qui les exercent, jusqu'à celle de *pratique collaborative*, puis de *pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches*, pour en arriver aujourd'hui au *partenariat de soins et de services*. Ainsi, là où les concepts d'*interdisciplinarité* ou de *collaboration interprofessionnelle* réfèrent à une collaboration entre des personnes rattachées à plusieurs disciplines ou professions, celui de partenariat de soins et de services, se veut inclusif et traduit la volonté de voir la collaboration se réaliser entre intervenants et avec le patient.

Plusieurs définitions et concepts liés aux pratiques collaboratives ont été présentés aux Annexes 2 et 3 du rapport Colin, Turpin et Garand<sup>10</sup>. Parmi ces notions, nous retenons celles de *collaboration* et de *collaboration interprofessionnelle*, à laquelle nous avons greffé celle de *pratique collaborative*.

### Collaboration

- » Le processus de collaboration implique une synthèse de différentes perspectives pour mieux comprendre des problèmes complexes. Le résultat de la collaboration est le développement de solutions intégratives qui vont au-delà d'une vision individuelle;
- » Attributs : partager la planification, prendre la décision, résoudre les problèmes, établir les objectifs, assumer les responsabilités, travailler ensemble en coopérative, communiquer et coordonner ouvertement<sup>11</sup>.

### Collaboration interprofessionnelle

- » Ensemble d'actes par lesquels des individus, d'une ou d'organisations différentes, établissent des pratiques communes dans la perspective convenue de rendre leur action plus efficiente;
- » La structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques<sup>12</sup>.

### Pratique collaborative

Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions. Pratique qui interpelle



toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue, dont les objectifs sont :

- » d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie du patient et
- » de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé<sup>13</sup>.

### 1.3 Définitions et concepts clés

Rappelons d'abord que la notion de partenariat de soins et de services repose sur les interactions entre patient et intervenants autour des besoins et du projet de vie du patient. Elle se définit comme suit :

#### Le partenariat de soins et de services

Relation de **coopération/collaboration** entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise **l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées** et l'atteinte de **résultats de santé optimaux**.

Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à **planifier, à coordonner les actions et à intervenir** de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du **projet de vie** du patient.

Cette relation implique ainsi deux catégories de partenaires : les intervenants, d'une part, et le patient et ses proches aidants, d'autre part. Par ailleurs, deux types de processus de collaboration sont en action, soit 1) celui entre patient, proche aidant et prestataires de soins et de services et 2) celui entre les prestataires de soins et de services eux-mêmes. Au regard de ce dernier processus, la collaboration peut s'établir entre deux intervenants d'une même équipe dédiée, deux services intégrés dans un continuum de soins et services ou, encore, entre deux établissements distincts. Avant de décrire plus spécifiquement la dynamique les liant, définissons ces partenaires.

#### Le patient partenaire

Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses **savoirs expérientiels** sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe.

Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie.

## L'intervenant

Personne qui dispense des soins de santé ou des services sociaux, qu'elle soit ou non un professionnel. Cette personne reconnaît les **savoirs expérientiels** du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habilitier progressivement à faire des **choix de santé libres et éclairés**.

L'intervenant respecte le patient dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe.

Complémentaires dans leurs savoirs, patient et intervenants interagissent au sein d'une dynamique marquée par le respect mutuel, le développement de leurs compétences respectives et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Par exemple, dans le cadre d'un partenariat de soins et de services, patient et intervenants peuvent être appelés à travailler ensemble à l'élaboration d'un plan d'intervention qui s'articule autour des aspirations, des besoins et des choix du patient.

## Le proche aidant

Le proche aidant est la personne que le patient identifie comme étant celle qui l'accompagne dans son parcours de santé, c'est-à-dire la personne qui peut lui offrir différents types de soutien (émotif, instrumental, social...) et même, souvent, certains soins requis par son état.

Cette personne peut être un membre de la famille (conjoint, parent ou autre) ou un membre de l'entourage (ami, voisin, collègue, etc.) identifié par le patient. Le proche aidant connaît ou partage le projet de vie du patient (tout en menant son propre projet de vie), d'où souvent l'importance de l'inclure dans l'équipe de soins et de services.

Il possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour l'équipe, entre autres, une expertise « biographique » du patient (habitudes de vie, expériences antérieures, valeurs, croyances, etc.)<sup>14</sup>.

La décision d'inclure ou non le proche aidant au sein de **l'équipe de soins et de services** revient au patient, s'il est en mesure de prendre des décisions éclairées. Il arrive par ailleurs que certains patients ne puissent prendre des décisions éclairées en lien avec leur parcours de santé et leur projet de vie, en raison notamment de leur âge (jeunes enfants), de problèmes de santé mentale, de détériorations cognitives (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) ou de représentation légale. Dans ces cas, la présence du proche aidant est requise au sein de l'équipe de soins et de services<sup>15</sup>.

## L'équipe de soins et de services

Équipe minimalement composée d'un patient **et** d'un ou de plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux issus de professions différentes.

Elle peut également accueillir toute autre personne (proche aidant, gestionnaire, préposé aux bénéficiaires, personnel administratif, **patient ressource**) qui sera jugée appropriée pour accompagner le patient dans son parcours de santé et pour valoriser son expérience comme patient.

De fait, la dynamique patient-intervenant se construit autour des besoins et du **projet de vie** du patient.

S'il est vrai que, dès le début de leur processus de soins et de services, les patients ne sont pas tous naturellement des partenaires pour l'équipe d'intervenants qui les accompagne, ils ont tous le potentiel de le devenir. Pour cette raison, il est essentiel **qu'ils se voient offrir, de façon systématique, la possibilité de participer à leur processus de soins dans la mesure de leurs capacités**. Les milieux de soins, quant à eux, doivent faire preuve de souplesse afin d'adapter le plus possible leur offre de services à la clientèle. Ceux qui le souhaitent pourront désigner de façon formelle un ou des **patients ressources** formés à favoriser la participation des patients à leur processus de soins et leurs interactions avec les différents partenaires.

## Le projet de vie

Représentation mentale de la vie que le patient souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir.

Le **projet de vie** sert à l'orientation du comportement individuel à travers le temps et les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie<sup>16</sup>.

Ainsi, **le projet de vie** évolue dans le temps, au long du parcours de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie (par exemple, bien mourir). Il peut différer selon qu'il s'agit du point de vue du patient ou de celui du proche aidant.

Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, soins pédiatriques, inaptitude du patient, etc.), plutôt que de référer à un projet de vie, il est parfois plus facile de formuler :

- » des besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien du patient tels que
  - le soulagement de symptômes (par exemple, le soulagement des douleurs) ;
  - la récupération de fonction ou de capacité (par exemple, la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, de la continence) ;
  
- » des projets à court terme.

## Le patient ressource

Un patient ressource est une personne qui partage avec un ou plusieurs patients une même expérience de la maladie ou un cheminement clinique similaire.

Dans les milieux de soins, le patient ressource assure un rôle de facilitateur et/ou d'accompagnement auprès des patients. Il contribue à un environnement d'écoute, de prise de parole et de soutien. Il suscite et rend plus facile l'expression du point de vue des patients en favorisant la compréhension du discours des intervenants tout en contribuant à l'amélioration continue des pratiques. Il participe à l'élaboration, à l'amélioration et à la diffusion des programmes de formation des patients<sup>17</sup>.

Mentionnons que la qualité et la nature du partenariat entre patient et intervenants sont appelées à évoluer en fonction du cheminement du patient dans son parcours de santé. Dans cette perspective, les intervenants adapteront leur approche à chaque étape de ce cheminement et accompagneront le patient dans cette évolution afin qu'il devienne progressivement un partenaire plus aguerri.

## Les savoirs expérientiels

Savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches<sup>18</sup>.

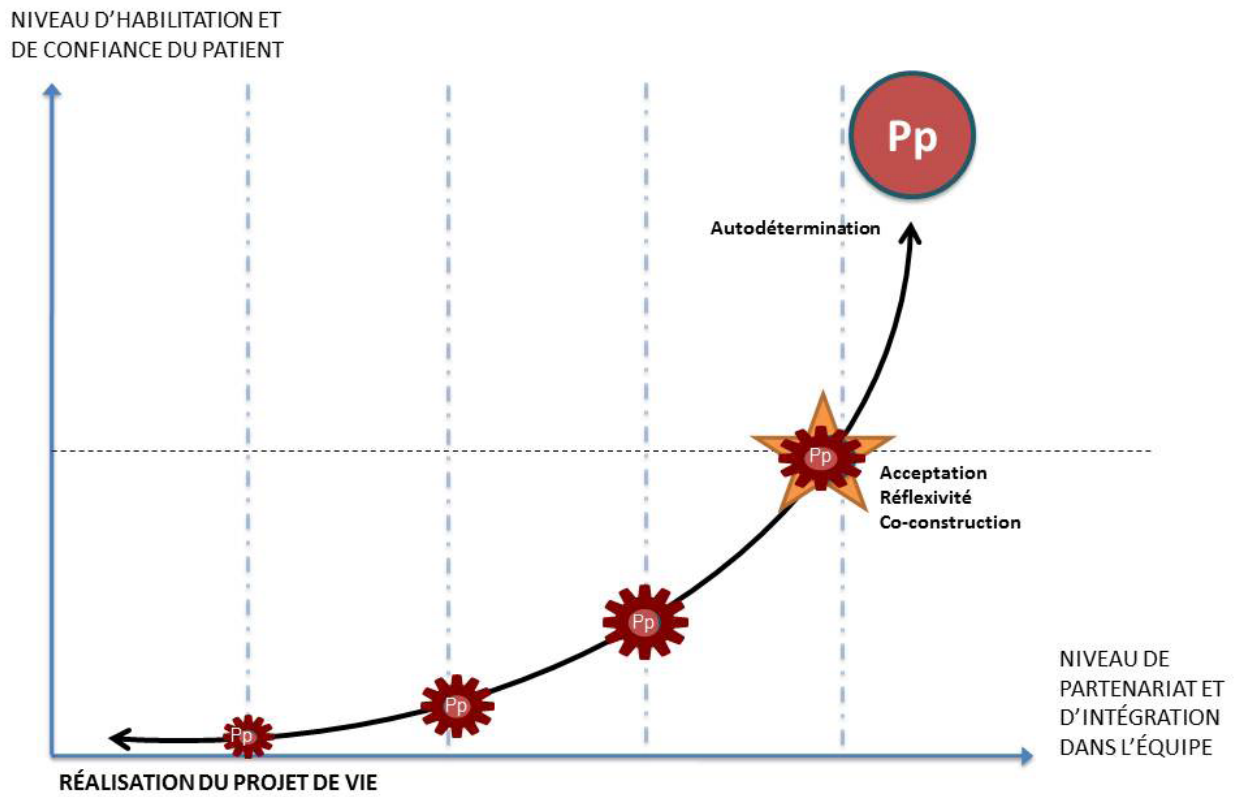
Ainsi, à travers ce riche processus collaboratif, le patient développera éventuellement des compétences de soins qui lui permettront de prendre confiance en sa capacité à mieux prendre soin de lui-même et, ainsi, de gagner en autonomie et de développer son **autodétermination**.

La **figure 2**, ci-après, représente l'évolution du patient sur une courbe suivant deux axes : le niveau de partenariat et d'intégration du patient dans l'équipe et le niveau d'habilitation et de confiance du patient, le premier évoluant en fonction du second. Cette courbe évolue de façon bidirectionnelle, soit vers une progression et une régression, la trajectoire du patient n'étant pas toujours linéaire. En effet, plusieurs écueils pourront l'amener à perdre du terrain ou à stagner dans son évolution de patient partenaire.



Figure 2 – Cadre de référence du patient partenaire<sup>19</sup>

## Cadre de référence du patient partenaire



## L'autodétermination

---

On définit l'autodétermination comme les « habiletés et attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus »<sup>20</sup>.

Ainsi, un comportement est autodéterminé seulement s'il présente les quatre caractéristiques essentielles suivantes :

1. La personne agit de manière **autonome**;
2. Le comportement est **autorégulé**;
3. La personne agit avec « **empowerment** » psychologique;
4. Elle agit de manière **autoréalisée**.

Ces quatre caractéristiques essentielles décrivent la fonction du comportement qui le rend autodéterminé ou non. Donc, les actions d'un individu doivent refléter, à un certain degré, chacune de ces quatre caractéristiques fonctionnelles. L'âge, la présence ou l'absence d'occasions, les capacités et les événements sont autant de facteurs qui peuvent influencer le degré auquel chacune des caractéristiques essentielles est présente.

Par conséquent, l'autodétermination relative exprimée par un individu résulte de trois facteurs déterminants, à savoir :

1. Les capacités individuelles qui sont liées aux situations d'apprentissage et au développement personnel;
2. Les occasions fournies par l'environnement et les expériences de vie;
3. Les types de soutien offerts aux personnes.

Néanmoins, ces caractéristiques essentielles doivent être présentes, chacune étant nécessaire (quoique non suffisante) à la manifestation de comportements autodéterminés<sup>21</sup>.



## 2. La collaboration entre partenaires de soins et de services

### 2.1 Les avantages de la collaboration

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>22</sup>, les avantages de la collaboration dans les contextes de soins aigus, primaires et communautaires sont bien démontrés. Les consultations effectuées sur le terrain, auprès d'établissements du RUIS de l'UdeM, préalablement à la production du rapport produit par le Comité<sup>23</sup>, ont également confirmé ces nombreux **avantages** (Annexe I).

### 2.2 La collaboration entre partenaires de soins et de services et ses modalités

En contexte clinique, la pratique de collaboration est riche et prend des formes très diversifiées, de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) par l'équipe à la rencontre thérapeutique conjointe du patient par deux intervenants de professions différentes, en passant par la simple discussion de cas entre intervenants concernés, les rencontres et discussions, qu'elles soient formelles ou informelles, l'élaboration d'outils et de programmes, la formation et la réalisation de

projets d'amélioration continue de la qualité ou de recherche clinique interprofessionnelle. Les lecteurs sont invités à consulter à cet effet la recension rapportée au Tableau 2 de l'Annexe C du rapport « *Pratique collaborative : Engagement et leadership* »<sup>24</sup>. Ils y trouveront des pratiques déjà en cours dans des établissements ou voudront s'en inspirer pour développer leurs pratiques.

Selon ses besoins, en fonction des compétences qu'il a acquises ou développera à travers des activités d'éducation à la santé, le patient est appelé à prendre des décisions concernant sa santé, à partir d'un partage d'information avec les intervenants qui l'accompagnent dans sa trajectoire de soins et de services. Patient et intervenants assument divers rôles et tâches et partagent certaines responsabilités, quel que soit le contexte dans lequel s'exerce le partenariat ou les formes qu'il prend.

Ainsi, le patient est partenaire à part entière de l'équipe de soins et de services et agit comme tel, selon sa capacité à mobiliser ses propres ressources, à un moment ou l'autre de son parcours de santé. En ce sens, le partenariat patient-intervenants ne s'installe pas toujours en synchronie ; les intervenants devront se montrer respectueux du rythme du patient et de sa disposition à s'y engager, le développement de l'autodétermination du patient étant un processus dynamique, dont la progression est à géométrie variable.

### 2.2.1 Les contextes d'exercice du partenariat

Il existe plusieurs contextes d'exercice de la collaboration entre partenaires de soins et de services, selon la complexité des problèmes vécus par le patient. De façon générale, plus les besoins du patient sont complexes, plus les soins et les services requis sont nombreux et plus ils interpellent différents partenaires, dont le patient lui-même, ses proches aidants, les intervenants d'un même établissement ou d'établissements différents du secteur de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs d'activités (éducation, justice, environnement, santé et sécurité au travail, etc.). Les efforts de concertation et de coordination des intervenants entre eux, et avec le patient et ses proches aidants, deviennent chaque fois plus importants, afin de se rallier autour du projet de vie du patient, de faciliter ses apprentissages et de favoriser son autodétermination.

---

## Tableau 1 – Contextes d'exercice du partenariat de soins et de services

---

### Partenariat entre intervenants en l'absence du patient

Lorsqu'ils discutent du patient en l'absence de ce dernier, les intervenants agissent en tant que partenaires dans la mesure où ils sont garants du respect du projet de vie, des attentes ou objectifs formulés au préalable par le patient à l'un ou l'autre d'entre eux. Ils s'engagent à transmettre au patient la conclusion de leurs échanges et à convenir avec lui des orientations à prendre.

### Exemples cliniques

- » Réunion formelle de plan d'intervention en l'absence du patient;
- » Discussion de cas entre l'intervenant pivot des services de soutien à domicile du CLSC et un professionnel d'une équipe de réadaptation hospitalière.

---

### Partenariat patient-intervenant

Le partenariat peut aussi s'exercer aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, d'égalité, de reconnaissance mutuelle de savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre en main ses soins. Les contextes de ce partenariat sont variés.

### Exemples cliniques

- » Suivi par une nutritionniste d'un patient diabétique en GMF (Groupe de médecine familiale);
- » Évaluation à domicile et réadaptation d'un patient victime d'un AVC par un ergothérapeute;
- » Administration d'une chimiothérapie par une infirmière dans une clinique spécialisée d'oncologie.

---

**Tableau 1 – Contextes d'exercice du partenariat de soins et de services (suite)**

---

### **Partenariat**

#### **patient-intervenant-consultant**

La relation de partenariat exige une communication fluide entre le patient et deux professionnels, communication par laquelle le patient pourra même exercer un rôle de facilitation des échanges, s'il est bien préparé par son médecin traitant à le faire (préparation d'une liste de questions à poser au consultant, par exemple). Le patient pourra aussi transmettre rapidement un résumé écrit de la consultation à son médecin traitant ainsi que la modification suggérée des médicaments, en plus de l'envoi du rapport de consultation complet au médecin traitant par les voies habituelles.

#### **Exemple clinique**

» Dans le cadre d'une consultation médicale, le patient est orienté, après avoir donné son accord, par son médecin traitant vers un médecin d'une autre spécialité ou un autre professionnel de la santé pour obtenir une opinion diagnostique ou thérapeutique, procéder à une investigation spécialisée ou assurer des traitements ponctuels ou une cotraitance.

---

#### **Partenariat patient-équipe d'un même établissement**

L'évaluation ou le traitement d'un patient par deux professionnels et plus en même temps.

Le patient peut être suivi par une équipe d'intervenants d'un milieu de première ligne (GMF, CRI, UMF ou CLSC, par exemple), ou par une équipe spécialisée hospitalière (équipe de lutte contre le cancer, équipe en greffe hépatique, en gériatrie, en hémodialyse, en réadaptation physique, par exemple). Chaque membre de l'équipe intervient de façon individuelle avec le patient en mode partenariat, comme indiqué plus haut, mais également en mode interprofessionnel en partenariat avec le patient à divers moments.

#### **Exemples cliniques**

- » Infirmière et orthophoniste dans le cas d'un patient atteint de dysphagie;
- » Médecin et travailleur social dans le cas d'une personne âgée victime de maltraitance;
- » Ergothérapeute et physiothérapeute lors de la réadaptation d'un enfant ayant subi l'amputation d'un membre;
- » Équipe de salle d'opération lors d'une chirurgie ou équipe de réanimation lors d'un arrêt cardio-respiratoire;
- » Évaluation psychiatrique en téléconsultation mettant en présence le patient, une infirmière et un psychiatre;
- » Élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avec le patient ou le proche aidant, le cas échéant (parents d'un enfant atteint d'asthme sévère, conjoint ou fille d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer), et l'ensemble des intervenants qui interviennent auprès de lui.

---

**Tableau 1 – Contextes d'exercice du partenariat de soins et de services (suite)**

---

**Partenariat patient-équipes rattachées à plusieurs programmes d'un même établissement ou à plusieurs établissements du secteur de la santé et des services sociaux**

Le partenariat peut s'élargir encore davantage lorsque des intervenants de plusieurs établissements ou de la communauté, comme les pharmaciens, les psychologues ou les nutritionnistes de pratique privée, se concertent avec le patient.

**Exemple clinique**

» En santé mentale, où les intervenants de première ligne (médecin de famille, pharmacien communautaire, professionnels psychosociaux des CLSC, groupes d'entraide) doivent travailler de près avec les équipes spécialisées en psychiatrie, lors d'une décompensation psychotique aiguë d'un jeune adulte atteint de schizophrénie. De façon transitoire, le patient ne sera plus apte à prendre les décisions concernant sa personne, mais aussitôt que possible, et dans le respect du rythme du patient, les intervenants des milieux hospitaliers et communautaires s'emploieront à habiliter le jeune adulte à reprendre en main son parcours de vie (gestion de ses activités de la vie quotidienne, réintégration au travail, reprise des activités sociales, etc.). Avec l'expérience de sa maladie, le jeune adulte sera en mesure d'identifier les symptômes avant-coureurs d'une décompensation et pourra en informer ses proches ou les intervenants qui l'accompagnent.

**Partenariat patient-équipes rattachées à des établissements de divers secteurs**

Le partenariat devient encore plus exigeant lorsque des intervenants de différents secteurs sont impliqués dans les soins. En effet, chaque secteur possède son fonctionnement propre avec ses valeurs, sa terminologie (jargon), ses politiques et procédures, qui peuvent poser des défis aux intervenants lors des interventions.

**Exemple clinique**

» Des intervenants des secteurs de la santé, de la justice, de l'éducation sont appelés à travailler avec les parents à la réadaptation d'un jeune en difficulté présentant des troubles de comportement avec abus de substances et délinquance.

### 2.2.2 La nature des échanges entre partenaires

Les partenaires préciseront leurs objectifs de collaboration, lesquels définiront les actions et interactions attendues entre eux. Ainsi, se balisera l'intensité de l'interdépendance nécessaire entre les différents partenaires. Plus l'interaction est grande, plus les champs d'expertise sont rapprochés, et plus l'interdépendance entre les partenaires est marquée. C'est cette interdépendance qui favorisera une meilleure intégration des savoirs entre les différents partenaires, dont les savoirs expérientiels du patient<sup>25</sup>. La nature des échanges entre partenaires de soins et de services peut se décliner comme suit :

- » **Informer et s'informer** : Il s'agit d'une situation à travers laquelle plusieurs partenaires entrent en relation, mais sans nécessité d'une interdépendance importante. Les objectifs de la collaboration sont de se renseigner sur les actions engagées auprès d'un même patient ou d'un autre partenaire, afin d'assurer une cohérence des interventions et une continuité dans les actions.
- » **Demander un avis** : On peut demander un avis à un partenaire pour clarifier, compléter ou orienter les interventions cliniques. Il peut s'agir d'une référence pour évaluation, accompagnement, traitement, tel que discuté à la section précédente. Ceci implique une reconnaissance des limites de son champ de compétences. Le partenaire qui a demandé l'avis peut ou non considérer l'avis obtenu et celui qui reçoit la demande peut décider seul des suites à donner à la demande.
- » **Se coordonner** : L'objectif ici est de se coordonner afin de structurer les soins et de services de façon cohérente et complémentaire.
- » **Prendre des décisions et partager les interventions et les responsabilités** : Ici, la complexité de la situation exige une harmonisation des actions. Il faut que l'ensemble des partenaires partagent la même vision de la situation et, surtout, des objectifs à atteindre, en fonction du projet de vie du patient et de ses besoins. Cela se traduira par l'élaboration d'un plan d'action commun, le plan d'intervention interdisciplinaire (PII). L'engagement des partenaires envers le plan d'action commun doit être formel. Les informations sont échangées entre le patient et les intervenants afin de faciliter sa prise de décision concernant le choix des interventions, ainsi que le partage des rôles et des responsabilités de chacun.



### 2.2.3 Les outils de soutien à la collaboration entre partenaires

Il importera de formaliser et de structurer les actions à l'aide d'outils communs ou de personnes qui faciliteront les échanges et le partenariat. Ci-après quelques exemples d'outils ou de ressources qui peuvent être utilisés selon la nature et le contexte des échanges.

#### *Informier et s'informer*

- » Outils éducatifs pour le patient (dépliants, site web du programme/établissement ou sites web recommandés, etc.)
- » Patient ressource, pair aidant
- » Groupes communautaires de soutien
- » Dossier clinique informatisé comprenant entre autres :
  - Plan d'intervention uniprofessionnel (Plan thérapeutique infirmier (PTI), par exemple)
  - Note d'évolution des professionnels
  - Liste de médicaments mise à jour
  - Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)
  - Section disponible pour le patient (par exemple, projet de vie et aspirations, expression des volontés de fin de vie)

#### *Demander un avis*

- » Formulaire de référence à un service
- » Formulaire de demande de consultation et de réponse à la consultation
- » Prescription pour une référence documentaire auprès d'un bibliothécaire « CIUP : Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches » (exemple type : CIUP Hôpital Maisonneuve- Rosemont)
- » Patient ressource, pair aidant

#### *Se coordonner, partager des interventions, des responsabilités*

- » Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
- » Protocoles interprofessionnels
- » Ordonnances collectives
- » Plan de services individualisé (PSI)
- » Plan de services individualisé intersectoriel
- » Demande de services inter-établissements (DSIE)
- » Gestionnaire de cas, intervenant-pivot
- » Patient ressource, pair aidant
- » Groupes communautaires de soutien



### 3. Compétences clés du partenariat de soins et de services

Selon le rapport 2009 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec concernant la performance du système sociosanitaire québécois, un des aspects qui méritent l'attention des décideurs, autant à l'échelle provinciale, régionale, locale que sur le plan organisationnel, concerne le fait que le système sociosanitaire souffre notamment d'une utilisation sous-optimale des compétences des professionnels et d'un réseautage interdisciplinaire (*sic*) lent à s'inscrire dans les pratiques<sup>26</sup>. En outre, de nombreuses données probantes identifient le travail en équipe comme un prédicteur clé du succès des organisations de santé. Des recherches ont également démontré que, si elle est efficace, la pratique collaborative est particulièrement reliée à une qualité améliorée des soins aux patients et usagers de services<sup>27</sup>.

Dans une approche de partenariat avec le patient, la prestation de soins et de services

de santé optimaux passe inévitablement par **le développement et le maintien de compétences et par une adaptation importante des comportements, chez l'intervenant comme chez le patient**. Elle requiert aussi de la part de tous les gestionnaires intéressés qu'ils s'approprient ces compétences, en particulier les gestionnaires de 1<sup>er</sup> niveau qui, en tant qu'agents de changement, doivent devenir de véritables modèles de rôles auprès de leurs équipes et faire référence à ces compétences dans le processus d'amélioration continue engagé par celles-ci.

Le présent chapitre a pour but de présenter ces compétences. Il s'inspire de plusieurs travaux sur le sujet : le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*<sup>28</sup>, les travaux du Conseil central des compétences de la Faculté de médecine de l'UdeM pour ce qui est de l'adaptation du Cadre des compétences

des médecins *CanMEDS 2005*<sup>29</sup>, ainsi que les contenus développés dans le cadre des cours siglés « CSS » (1900-2900-3900) de formation à la collaboration interprofessionnelle offerts aux étudiants du premier cycle en sciences de la santé et en sciences psychosociales de l'UdeM.

### 3.1 Compétences, capacités, manifestations

Il convient d'abord de définir dans le tableau ci-après la terminologie employée dans cette section.

**Tableau 2 - Définitions**

Définition	Exemples dans le contexte du partenariat de soins et de services
<p><b>Compétence</b> Ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsqu'ils sont mobilisés dans un contexte spécifique et couplés à un bon jugement, permettent d'exercer ses rôles et responsabilités de façon autonome, d'améliorer sa pratique et de s'adapter à un environnement en constante mutation<sup>30</sup>.</p>	<p>Une des compétences clés du partenariat est la <i>communication</i> :</p> <p><i>Patient, proches et intervenants communiquent entre eux de façon efficace et responsable avec un esprit d'ouverture et de collaboration. La communication efficace est fondée sur des valeurs communes de respect, d'authenticité, de confiance et de transparence.</i></p>
<p><b>Capacité</b> Action modérément complexe, comportement ou tâche. Le terme décrit une composante majeure ou une action impliquée dans la compétence. Chaque capacité doit être distinctive et servir à nuancer la description de la compétence.</p>	<p>Une des actions reliées à la communication consiste à échanger de l'information <i>de façon efficace</i>.</p>
<p><b>Manifestation</b> Description plus simple d'actions ou de tâches rattachées à la capacité. Un ensemble de manifestations devrait constituer la façon appropriée d'exécuter ou d'appliquer la capacité.</p>	<p>Pour échanger de l'information de façon efficace, il importera, par exemple,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>d'utiliser un langage clair, simple et compris de tous,</i></li> <li>» <i>d'écouter ses partenaires avec attention en tenant compte de leur expression verbale et non verbale, etc.</i></li> </ul>

## 3.2 Compétences communes et spécifiques aux différents partenaires

La compétence centrale qu'est le partenariat de soins et de services fait appel à sept autres compétences, qui sont mobilisées à des degrés divers selon la situation. Leur maîtrise se concrétisera à plus ou moins brève échéance, selon le niveau d'apprentissage, de pratique ou d'expérience des soins et services de santé et selon la complexité des situations.

Sont représentées à l'**Annexe II** et dans la **figure 3** ci-après, autour de la compétence centrale qu'est le **partenariat**, chacune des compétences clés qui s'y rattachent : la communication, l'éducation à la santé, le travail d'équipe, la clarification des rôles et des responsabilités, le leadership collaboratif, l'éthique clinique et la prévention et la gestion des conflits.

Dans la perspective de l'inclusion du patient comme partenaire à part entière de son équipe, ce dernier est appelé, au même titre que les intervenants, à développer et à maintenir les différentes compétences.

La définition des compétences requises pour bien actualiser le partenariat de soins et de services n'est encore qu'au stade embryonnaire. Toutefois, dans l'objectif d'outiller le gestionnaire pour un éventuel déploiement de l'approche, il importe de définir chacune de ces compétences et de proposer des exemples de capacités et de manifestations qui y sont reliées. Sans être exhaustifs, les **exemples proposés**

lui permettront d'amorcer le virage. D'autres travaux viendront consolider ultérieurement ceux amorcés dans le présent document.

### 3.2.1 Partenariat

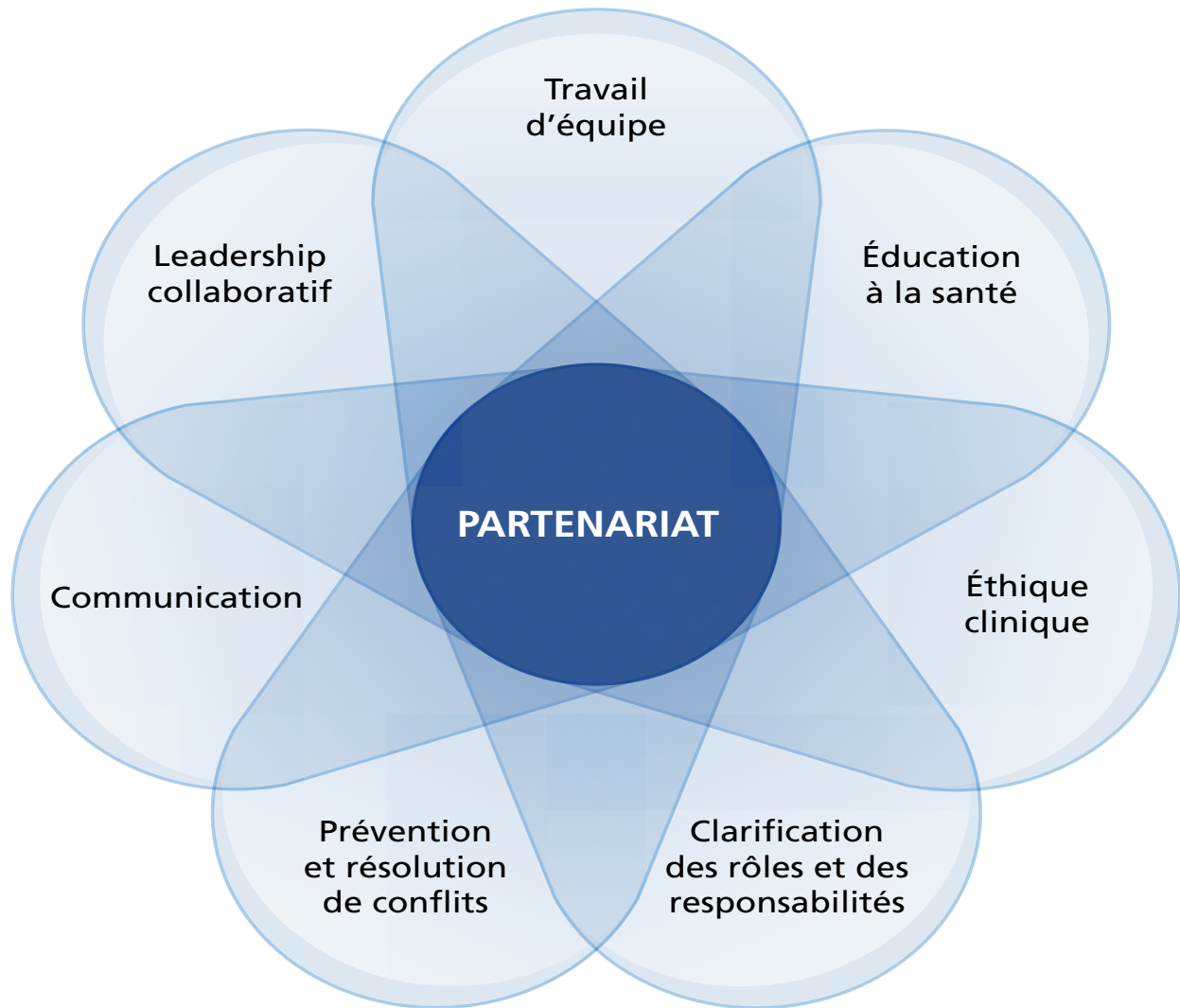
Dans un partenariat de soins et de services, la collaboration s'exerce pleinement au sein d'équipes et de réseaux dans une variété de situations qui requièrent l'exercice d'un leadership partagé. Il doit s'adapter en fonction des patients et des intervenants, des organisations, des modes de communication et des domaines d'intervention.

Les intervenants sont appelés à offrir un accompagnement personnalisé, fondé sur une compréhension du contexte et du projet de vie du patient, dans un processus de développement de la motivation et des compétences. Ces compétences se développent de façon continue, dans toutes les interactions de soins et de services, pour favoriser :

- » l'habilitation progressive du patient à faire des choix de santé libres et éclairés,
- » une plus grande implication dans son processus de soins et
- » le développement de sa capacité d'autodétermination en ce qui concerne sa propre santé.

Parmi ces interactions, mentionnons la préparation, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans d'intervention interdisciplinaire (PII). Rappelons que le PII est un outil clinique servant à la planification et à la coordination des soins et services psychosociaux pour une personne donnée présentant une situation de santé complexe requérant les interventions concertées de plusieurs intervenants.

Figure 3 – Compétences clés du partenariat de soins et de services



Sources : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 37 p. [En ligne] URL : <http://www.cihc.ca> (page consultée le 13-05-16)  
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. [En ligne] URL : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> (page consultée le 13-05-16)

**Partenariat :** Patient, proches et intervenants contribuent conjointement à planifier, coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

**Capacité :** Participer à l'élaboration du plan d'intervention.

**Manifestations communes (exemples)**

- » Contribue à l'identification des problèmes prioritaires pour le patient;
- » Contribue à la formulation d'objectifs significatifs pour le patient;
- » Contribue à une prise de décision éclairée de la part du patient;
- » Sélectionne les interventions appropriées pour chacun des besoins ou problèmes prioritaires identifiés après avoir discuté des différentes options disponibles;
- » Convient avec ses partenaires de la répartition des tâches de façon efficiente en fonction des interventions ciblées.

**INTERVENANT**

**PATIENT**

**Manifestations spécifiques (exemples)**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se présente à la réunion en pleine connaissance de la situation de santé du patient et de son contexte de vie;</li> <li>» Propose, dans son champ d'expertise, des interventions fondées le plus possible sur des données probantes, et les adapte au contexte du patient.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se présente préparé à la réunion, avec des besoins, objectifs et attentes bien définis;</li> <li>» Contribue à faire valoir ses besoins et problèmes prioritaires, en fonction de son projet de vie.</li> </ul> |
|--|--|

**3.2.2 Communication**

Qu'elle soit verbale ou écrite, formelle ou informelle, la communication revêt une importance capitale dans toute relation de partenariat et présuppose une attitude d'ouverture à l'autre. Aussi, comme le temps demeure une préoccupation constante chez l'ensemble des partenaires, une mise en commun rapide, concise et claire des données pertinentes est-elle indispensable pour faire face aux différentes situations cliniques.

Les personnes et groupes interrogés dans le cadre de l'Avis du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec<sup>32</sup> ont souligné le besoin de revaloriser la fonction d'information chez l'ensemble des intervenants. En effet, le fait que les patients et leurs proches aidants soient désormais plus ou mieux informés demande aux intervenants d'accorder une grande importance à la communication pour mieux répondre aux besoins d'information qui leur sont adressés.

Il conviendra donc de prioriser les approches et les stratégies d'information et de sensibilisation qui respectent des principes généraux de communication.

---

**Communication** : Patient, proches et intervenants communiquent entre eux de façon efficace et responsable avec un esprit d'ouverture et de collaboration. La communication efficace est fondée sur des valeurs communes de respect, d'authenticité, de confiance et de transparence.

---

**Capacité** : Échanger de l'information de façon efficace.

---

**Manifestations communes (exemples)**

- » Utilise un langage clair, simple et compris de tous afin de le rendre accessible à tous ses interlocuteurs;
  - » Écoute ses partenaires avec attention en tenant compte de leur expression verbale et non verbale;
  - » Répond aux interrogations de ses partenaires et fournit, au besoin, des explications complémentaires;
  - » Évalue la réception du message et son impact sur l'interlocuteur et s'ajuste en conséquence.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

**Manifestations spécifiques (exemples)**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Lorsqu'il s'adresse au patient, valide la compréhension qu'à ce dernier de la situation et de l'information fournie et reformule au besoin;</li><li>» Adapte ses propos en fonction du niveau de scolarité et de littératie en matière de santé, en évitant les discours culpabilisants ou paternalistes.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Communique ses préoccupations et inquiétudes avec tact et sensibilité;</li><li>» En cas d'incompréhension, demande qu'on lui communique clairement et simplement l'information le concernant.</li></ul> |
|---|---|
- 

La conception de l'autodétermination dont il a été question précédemment doit être rattachée, dans le contexte de la compétence de communication, à la notion de « littératie ». La littératie peut être définie comme la capacité d'une personne de s'approprier l'information et de la traduire en actions et en choix, de manière efficace, dans sa vie<sup>31</sup>.

### 3.2.3 Éducation à la santé

L'implication du patient dans la gestion de son traitement montre des effets qui sont reconnus par les études actuelles de plus en plus nombreuses. Cette transformation dans la prise en compte du patient insiste sur la nécessité non seulement d'informer, mais d'éduquer le patient afin d'être au plus près d'un consentement dit « éclairé »<sup>33</sup>.

Cette compétence se révèle donc essentielle afin de permettre au patient de devenir un partenaire de ses soins et services et d'agir en collaboration avec les intervenants qui l'accompagnent. Elle fait appel à certaines méthodes pédagogiques, comme le jeu de rôle et les forums de discussions sur internet, pour former les patients<sup>34</sup>.

---

**Éducation à la santé** : Démarche continue d'apprentissage intégrée au processus de soins et de services par laquelle le patient développe sa compréhension de sa maladie et de son traitement pour devenir progressivement autonome et partie prenante de la dynamique de soins et de services.

---

**Capacité** : Évaluer les besoins d'éducation à la santé du patient.

---

**Manifestations communes (exemples)**

- » Évalue conjointement (patient, intervenant) les habitudes, contextes de vie et de travail et les facteurs pouvant influencer la santé du patient;
  - » Identifie conjointement les zones d'amélioration des habitudes de vie du patient en tenant compte des habitudes, contextes de vie et maladie de ce dernier.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

**Manifestations spécifiques (exemples)**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Accompagne et soutient le patient dans la prise de conscience des déterminants de sa santé et, le cas échéant, dans sa démarche pour la modification des facteurs de risque, le maintien des facteurs de protection et l'observance au traitement;</li> <li>» Reconnaît les savoirs expérientiels du patient.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Exprime ses questionnements, ses réticences et son accord face aux pistes proposées;</li> <li>» Fait valoir ses savoirs expérientiels.</li> </ul> |
|---|--|
-



### 3.2.4 Travail d'équipe

Rappelons qu'une équipe de soins et de services est constituée minimalement d'un patient et d'un intervenant. Lorsqu'elle est plus nombreuse, l'équipe peut prendre diverses formes (équipe dédiée, équipe dans un continuum au sein d'un même établissement ou entre établissements).

Cette compétence suppose pour les intervenants la compréhension des processus de développement des équipes, la participation

à la définition du mandat de l'équipe et des cibles à atteindre, à son organisation à travers des règles et procédures, et des réflexions périodiques sur la manière dont ses membres interagissent. Le travail d'équipe implique aussi une évaluation régulière du mode de fonctionnement de l'équipe dans un processus d'amélioration continue, avec les correctifs nécessaires pour maintenir la satisfaction de tous, sur les plans de l'efficacité, du rendement et du climat. Enfin, la capacité de négocier est indissociable de cette compétence.

---

**Travail d'équipe :** Pour une collaboration efficace, patient, proches et intervenants appliquent les principes régissant la dynamique d'une équipe et les processus de groupe.

---

**Capacité :** Contribuer à l'établissement et au maintien de relations harmonieuses entre les membres de l'équipe

---

Manifestations  
communes  
(exemples)

- » Contribue à créer un climat de respect mutuel, propice à des échanges honnêtes et ouverts;
  - » Traite les membres de l'équipe, d'égal à égal, sans égard à leur statut, à leur expérience et à leur rôle dans l'équipe;
  - » Exerce un contrôle adéquat dans l'expression de ses émotions lors de ses interactions avec les membres de l'équipe;
  - » Facilite l'intégration de nouveaux membres dans l'équipe;
  - » Maintient des relations adéquates avec les membres de l'équipe en situation de stress important.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

Manifestations  
spécifiques  
(exemples)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Reçoit avec ouverture les commentaires qui lui sont formulés par le patient sur la qualité des services offerts;</li><li>» Manifeste de la reconnaissance à ses partenaires.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Formule ses critiques à l'égard d'un service reçu de façon constructive;</li><li>» S'enquiert auprès d'un intervenant du moment et de la façon les plus appropriés de le joindre en cas de besoin, afin d'éviter des tensions inutiles.</li></ul> |
|--|---|
-

### 3.2.5 Clarification des rôles et des responsabilités

Dans un fonctionnement d'équipe, la connaissance de son propre rôle et de celui de ses pairs est essentielle à l'efficacité de la collaboration. Elle permet, d'une part, d'éviter la duplication des tâches et, d'autre part, de mettre à profit l'expertise des diverses ressources (incluant celle du patient). Cette compétence implique la capacité de définir, d'expliquer et d'assumer ses rôles et responsabilités dans le respect de ceux des autres, la connaissance et la reconnaissance des rôles et responsabilités de ses différents partenaires de soins et de services et la capacité d'y recourir de façon appropriée.

Afin d'optimiser pleinement le potentiel de son champ d'exercice, chacun des partenaires de soins et de services du patient devra régulièrement se questionner à savoir quel intervenant

possède le savoir et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins du patient, et ainsi permettre une utilisation plus appropriée des ressources et une répartition plus équitable de la charge de travail. Chacun sera en mesure de faire valoir son champ d'expertise (compétences propres) et pourra identifier les situations où les différents membres de l'équipe seront en interface.

Le patient, pour sa part, devra faire valoir l'expérience et les connaissances acquises relativement à sa situation de santé et à son contexte de vie (savoirs expérientiels). Les intervenants devront clarifier sur une base régulière la contribution du patient aux soins et services qui le concernent et la responsabilité qu'il est prêt à assumer au regard de ses soins et services. En effet, la mobilisation du patient peut varier en cours de processus.

---

**Clarification des rôles et des responsabilités :** Patient, proches et intervenants comprennent leur propre rôle et celui des autres pour définir et atteindre les objectifs souhaités.

---

**Capacité :** Exercer pleinement son rôle et reconnaître le rôle de ses partenaires.

---

**Manifestations communes (exemples)**

- » Communique clairement son rôle et ses responsabilités à ses partenaires;
- » Respecte les rôles et les responsabilités de ses partenaires;
- » Précise son champ d'expertise et ses limites.

---

**INTERVENANT**

**PATIENT**

**Manifestations spécifiques (exemples)**

- | INTERVENANT   | PATIENT   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Négocie ses tâches au sein de l'équipe en tenant compte des contraintes du milieu et des responsabilités respectives de chacun;</li><li>» Demande au proche aidant de préciser son rôle dans les interventions.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Partage avec les membres de l'équipe le niveau de participation qu'il souhaite tenir dans la planification et la gestion de ses soins et services;</li><li>» Détermine s'il souhaite être accompagné, supporté, représenté par une tierce personne;</li><li>» Démontre son intérêt à mieux comprendre les rôles des intervenants en posant des questions.</li></ul> |
-

### 3.2.6 Leadership collaboratif

**Leadership des intervenants.** Le leadership clinique implique l'exercice des rôles de leadership par les intervenants de la santé, à savoir : établir, inspirer et promouvoir des valeurs et une vision et utiliser leur expérience clinique et leur expertise afin que les besoins du patient soient au cœur des objectifs et de la prestation de services de l'organisation<sup>35</sup>.

La collaboration se manifeste pleinement lors du partage des responsabilités entre les partenaires de soins et de services. À cet égard, tous les intervenants devront s'assurer, de façon soutenue, d'être à jour quant aux meilleures pratiques dans leur champ d'exercice. En assumant pleinement le rôle qui leur revient, dans le respect de celui des autres, ils exerceront, individuellement et de façon concertée, un leadership qui mènera vers une prestation de soins et de services optimaux.

L'évolution des besoins de la société nécessite de nouvelles pratiques médicales. Cette évolution met l'accent sur la pratique du médecin au cœur d'équipes, de réseaux et de partenariats. Il est donc primordial que le médecin sache identifier ces différentes configurations de travail, qu'il comprenne leur fonctionnement et puisse y intégrer sa pratique.

**Leadership du patient.** Le patient, quant à lui, assumera un leadership en précisant graduellement ses besoins et attentes au regard des soins et services qui lui sont offerts et en prenant une part grandissante dans les actions, décisions et interventions qui le concernent. Encore là, il lui faudra faire valoir ses savoirs expérientiels tout en reconnaissant ses forces et ses limites

dans l'exercice de ses compétences de soins.

Le contexte mis en place devra aussi favoriser un leadership partagé. Promouvoir les actions en interdépendance, stimuler l'apport des autres afin d'arriver à des décisions concertées et développer un climat favorisant la collaboration, la concertation et le sens critique sont à préconiser.

**Leadership du gestionnaire.** Les aspects les plus souvent rapportés<sup>36</sup> sont les capacités de :

- » rassembler, mobiliser, convaincre, à partir d'une vision, d'objectifs et d'une conviction profonde de la nécessité d'impliquer le patient au cœur même des soins et services ;
- » anticiper, réagir rapidement (prise de décisions, résolution de problèmes) ;
- » établir des liens interdirections et interprofessionnels ;
- » démontrer un courage décisionnel ;
- » agir comme modèle de rôle ;
- » animer, offrir de l'accompagnement (*coaching*), donner des rétroactions constructives ;
- » déléguer.

---

**Leadership collaboratif** : Patient, proches et intervenants contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et services de santé.

---

**Capacité** : Mettre ses compétences à profit en vue de l'atteinte de résultats optimaux.

---

Manifestations  
communes  
(exemples)

- » Exerce son leadership dans le respect des autres partenaires;
  - » Exprime ses intentions clairement et avec conviction.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

Manifestations  
Spécifiques  
(exemples)

- | INTERVENANT  | PATIENT   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Adapte ses stratégies d'influence en fonction de ses interlocuteurs.</li><li>» Favorise le respect des choix du patient dans un contexte où il est incompris, voire contesté par d'autres partenaires.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Fait reconnaître ses forces et son expérience de la maladie;</li><li>» Exprime ses questionnements quant à la pertinence de l'orientation proposée.</li></ul> |
-

### 3.2.7 Éthique clinique

Le respect des règles propres à l'éthique clinique, dont les questions de confidentialité, d'allocation des ressources et de professionnalisme, constitue l'un des éléments à traiter dans la mise en place d'un partenariat de soins et de services.

---

**Éthique clinique** : Patient, proches et intervenants tiennent compte des besoins collectifs et des ressources disponibles et se conduisent selon des valeurs et règles propres au partenariat de soins et de services.

---

**Capacité** : Se conduire selon les valeurs et règles propres au partenariat de soins et de services.

---

Manifestations  
communes  
(exemples)

- » Partage les valeurs propres au partenariat de soins et de services.
  - » Contribue à établir des règles de fonctionnement en partenariat, selon les contextes.
  - » Fait preuve de transparence et d'honnêteté dans ses relations avec ses partenaires.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

Manifestations  
spécifiques  
(exemples)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Identifie ses propres valeurs et celles du patient et en tient compte dans ses interactions avec ce dernier;</li><li>» Considère le patient d'égal à égal;</li><li>» Reconnaît honnêtement la contribution de ses partenaires;</li><li>» Agit avec équité envers tous les patients, sans favoritisme.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Contribue, par ses comportements, à développer la confiance de ses partenaires;</li><li>» Se comporte sans attendre ni chercher à obtenir un traitement spécial ou privilégié.</li></ul> |
|---|--|
-

### 3.2.8 Prévention et résolution de conflits

Même si le travail d'équipe comporte de nombreux avantages, il est normal et même fréquent de voir émerger des tensions lors d'une démarche d'équipe. Les débats sont souhaitables et la diversité au sein des équipes devrait constituer une source d'excellence. Par contre, lorsque des conflits sont perçus comme étant désagréables entre les membres d'une équipe, ils peuvent détruire les relations et diminuer l'efficacité de l'équipe<sup>37</sup>.

Pour ce faire, il importe de développer une approche réflexive -- et constructive -- à l'égard des conflits. Une gestion efficace des conflits, entraînant un dénouement positif, enrichit de manière significative les relations des partenaires et améliore la créativité de ces derniers. On reconnaît deux principales sources de conflits, soit a) une possible mésentente quant aux rôles des partenaires dans l'application d'une intervention donnée et b) un différend entre les partenaires quant aux objectifs d'une intervention potentielle ou quant au choix des interventions.

Il incombera donc à chacun d'identifier les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits, de participer à l'identification des causes de tension au sein de l'équipe ou avec des partenaires spécifiques, le cas échéant, d'exprimer clairement et sans jugement son point de vue quant à tout différend ou inconfort et les raisons qui motivent sa position, d'écouter les perceptions de tous, peu importe le dénouement, de rechercher activement des solutions envisageables dans le but de formuler un compromis qui représente la solution optimale et d'adhérer pleinement au consensus formulé.

Pour les intervenants, la connaissance et, éventuellement, la maîtrise de la démarche et des stratégies de résolution de situations conflictuelles seront à développer. L'équipe établira des procédures de gestion des conflits et créera un environnement propice à l'expression d'opinions différentes et à la gestion de la vulnérabilité du patient dans un tel contexte.

---

**Prévention et résolution de conflits :** Patient, proches et intervenants s'engagent activement dans la prévention et la gestion efficaces des conflits au sein de l'équipe dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte.

---

**Capacité :** Contribuer à la résolution des conflits.

---

**Manifestations communes (exemples)**

- » Exprime clairement son point de vue quant au différend et les raisons qui motivent sa position;
  - » Écoute les points de vue de ses partenaires, peu importe le dénouement de la situation;
  - » Participe à l'identification des causes de tension;
  - » Recherche activement des solutions envisageables dans le but d'en arriver à un compromis qui représente la solution optimale pour le patient;
  - » Adhère pleinement au consensus obtenu.
- 

**INTERVENANT**

**PATIENT**

**Manifestations spécifiques (exemples)**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>» Applique des stratégies de gestion de conflits;</li><li>» Les partage avec le patient qui exprimerait ressentir des sources de tension avec des partenaires de soins et de services.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>» Comprend, avec l'aide des membres de son équipe, les modalités de résolution de conflits;</li><li>» Exprime clairement les sources de tensions perçues ou observées.</li></ul> |
|--|--|
- 

Ainsi, la mise en place d'un partenariat de soins et de services de qualité requiert le développement de savoirs, d'habiletés et d'attitudes propres. Chacune des compétences présentées ci-dessus peut, à elle seule, faire l'objet d'une démarche importante de transformation dans une équipe. La prochaine section présente les différents aspects dont il faut tenir compte pour une implantation harmonieuse de cette approche.





## 4. Conditions de mise en œuvre du partenariat de soins et de services

Le rapport « *Pratique collaborative : engagement et leadership* »<sup>38</sup> a permis de dresser des constats sur la pratique collaborative et le soutien à cette pratique dans les établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM. Ces constats donnent à penser que l'implantation et la pérennisation de la pratique collaborative sont tributaires à la fois d'un leadership clinique et d'un leadership organisationnel dans les établissements. De plus, ils mettent en lumière le fait que cliniciens et gestionnaires composent avec des priorités différentes, ce qui nécessite la mise en œuvre de mesures diversifiées, à tous les paliers, pour favoriser le développement de cette pratique.

Pour optimiser la pratique collaborative dans une approche de partenariat de soins et de services, tous les paliers de l'organisation, de la direction générale aux équipes sur le terrain devront être mis à contribution. En outre, la cohérence recherchée pour conceptualiser, mettre en œuvre et intégrer le partenariat de soins et de services, et pour en assurer la pérennité, repose sur les dix conditions que voici :

- » Engagement de la haute direction
- » Gouverne
- » Mécanismes de concertation entre les programmes, directions, conseils professionnels

- » Leadership clinique
- » Gestion du changement et acteurs clés
- » Imputabilité collective
- » Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services
- » Organisation apprenante
- » Indicateurs de qualité
- » Support de la technologie de l'information et des communications (TIC)

#### 4.1 Engagement de la haute direction

L'engagement et le leadership de la haute direction constituent un **préalable** au développement d'une culture de partenariat de soins et de services au sein d'une organisation. Cette condition réfère à l'existence d'orientations claires et explicites dans les documents officiels de l'établissement. Qui plus est, un tel engagement doit être soutenu par des instances mobilisatrices, qui exercent un rôle stratégique, tactique et clinique pour favoriser et encourager la mise en route des processus requis par ce virage.

#### 4.2 Gouverne

Les dirigeants des établissements souhaitant prendre le virage de la pratique collaborative entre intervenants et avec le patient sont invités à confier le mandat à une instance de gouvernance existante au sein de leur organisation ou à en créer une nouvelle.

Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, il est primordial que toutes les instances, et ce, à tous les paliers de gestion,

soient mises à contribution dans la démarche que requiert un tel virage organisationnel (**Annexe III**). Cette instance de gouvernance doit **agir de façon transversale**, en lien étroit avec les autres directions et paliers de gestion de l'organisation.

Également, la **représentation de la « perspective patient »** mérite d'être intégrée dans la gouverne, autant au niveau des comités d'amélioration continue de la qualité, comme nous le verrons à la section 4.7, que dans des comités à fonction transversale sous le leadership de l'instance de gouvernance qui doit assurer l'implantation du partenariat de soins et de services au sein de l'organisation. Les patients ressources désignés pour ces comités auront été sélectionnés et formés à agir avec un esprit de co-construction avec les gestionnaires et les cliniciens de ces comités.

Divers modèles de gouvernance existent déjà dans des établissements du RUIS de l'UdeM et ont été élaborés en fonction de la culture organisationnelle, des défis posés par la planification stratégique de l'établissement, ainsi que du leadership exercé localement.

#### 4.3 Mécanismes de concertation entre les programmes, directions, conseils professionnels

Ce faisant, l'organisation s'assure de mettre en place les mesures d'accompagnement et de soutien tout en définissant des politiques claires pour la gestion d'un changement de cette envergure. Ces mesures seront déployées à partir des priorités établies de façon

consensuelle entre les directions (ressources de services, financières, humaines, informationnelles et techniques). La philosophie de gestion, tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, devrait être fondée sur une **approche de collaboration interdirections et interprofessionnelle**<sup>39</sup>.

La concertation, que ce soit entre les directions, entre les conseils professionnels (CMDP, CII, CM), ou entre toutes ces instances réunies, revêt ici une importance capitale, ces dernières agissant alors comme **modèles de rôles de collaboration** autour d'une vision commune du partenariat de soins et de services.

#### 4.4 Leadership collaboratif

Tous les intervenants de la santé sont mis à contribution pour l'exercice du leadership clinique, à savoir :

- » établir, inspirer et promouvoir des valeurs et une vision et
- » utiliser leur expérience clinique afin que les besoins du patient soient au coeur des objectifs et de la prestation de services de l'organisation<sup>40</sup>.

Dans une approche où le patient est considéré comme membre à part entière d'une équipe pour les soins et services qui le concernent, on s'attend de lui, comme de tous ses partenaires, qu'il exerce un **leadership collaboratif**. Cette notion a été présentée au chapitre 3, à titre de compétence clé du partenariat de soins et de services.

Par ailleurs, il faut insister sur le leadership que doivent exercer les médecins dans l'implantation du partenariat de soins et de services. En effet, en s'engageant à devenir des partenaires de leurs patients et en accompagnant ces derniers dans le développement de leurs compétences de soins, ils constituent, au même titre que les autres professionnels, une source d'inspiration pour l'équipe.

Dès les trois premières années de la formation initiale (cours CSS) donnée dans le cadre des programmes de formation interfacultaire à la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches, les étudiants de treize programmes de la santé et des sciences psychosociales de l'UdeM se familiarisent avec cette pratique grâce à des activités d'apprentissage auxquelles participent des patients formateurs et des tuteurs professionnels de la santé. Ces futurs intervenants constituent des agents de changement au sein des équipes dans lesquelles ils effectuent des stages cliniques.

#### 4.5 Gestion du changement et acteurs clés

Des efforts doivent être consentis par les organisations pour faire ressortir les enjeux humains des processus de transformation organisationnelle, en tenant compte du vécu des intervenants à travers des processus itératifs et d'ajustement continu. Les porteurs du changement seront donc choisis avec circonspection, en fonction de leurs qualités personnelles et professionnelles. Ces personnes clés auront la capacité de :

- » convertir les intentions stratégiques et politiques en objectifs tactiques concrets;
- » imprimer un sens positif au changement en le teintant d'humanité et de dynamisme.

Il importera d'outiller et de soutenir les gestionnaires cliniques de 1<sup>er</sup> niveau, en particulier, afin qu'ils puissent évaluer la situation et faire évoluer leur(s) équipe(s). Cela peut être envisagé sous forme de gestion de projet impliquant de poser un diagnostic à partir d'un bilan de fonctionnement d'une équipe et d'établir un plan d'action avec des objectifs à atteindre.

Pour les gestionnaires cliniques, une participation accrue aux enjeux de l'organisation et une meilleure compréhension des impacts de ces enjeux sur les équipes permettent de dédier leurs efforts tant à la gestion qu'aux opérations quotidiennes. Les équipes y verront des raisons de se mobiliser pour mieux contribuer aux objectifs et aux défis organisationnels.

Les gestionnaires qui exercent une influence importante sur leurs équipes pourront plus facilement :

- » les mobiliser dans une révision de leurs façons de faire pour favoriser l'identification d'activités de partenariat concertées comme valeur ajoutée à la qualité et à la sécurité de la clientèle desservie;
- » soutenir et clarifier le rôle du patient comme membre à part entière de l'équipe;
- » mettre l'accent sur les nouvelles façons de

faire retenues par consensus et en assurer la compréhension;

- » assurer un suivi des plans d'action circonscrits dans le temps et apporter les ajustements nécessaires, le cas échéant;
- » formaliser les processus de soins et de services offerts en partenariat tout autant que les règles de fonctionnement qui s'y rattachent.

Par ailleurs, un tel virage donne lieu à l'émergence de nouveaux rôles comme celui de *Leader collaboration en établissement* proposé par le Programme Partenaires de soins (PPS) du CPASS de la Faculté de médecine de l'UdeM<sup>41</sup> et celui de *formateur « agent de changement »* du RCPI de l'Université Laval<sup>42</sup>.

## 4.6 Imputabilité collective

L'approche de partenariat de soins et de services englobe la **responsabilité individuelle** de chacun des partenaires et la **responsabilité partagée** entre partenaires.

Selon le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec,

« Les lignes directrices de la LSSSS font référence, d'une part, à la reconnaissance de l'autonomie des usagers, à leur capacité d'agir d'une façon qui facilite le travail des intervenants à leur endroit et, d'autre part, à leurs limitations et aux éléments de contexte, dont l'accès à l'information, qui peuvent agir comme des obstacles à l'expression de leurs

*responsabilités. Dans ce cas, la définition de la responsabilité des usagers relève de l'interdépendance des acteurs sociaux et renvoie aux responsabilités des autres, donc à la notion de partage de la responsabilité. La responsabilité partagée invite donc tous les acteurs à viser une cible commune de santé et de mieux-être<sup>43</sup>. »*

La **responsabilité partagée** des patients et des intervenants implique le fait de :

- » se partager la responsabilité des soins et services;
- » agir dans le cadre du code d'éthique, des politiques et règlements de l'établissement;
- » se partager les contraintes générées par le travail de collaboration avec des objectifs communs (**Annexe V**).

#### **Responsabilité propre aux intervenants.**

Tous les intervenants d'une équipe doivent agir dans le cadre des politiques et règlements de l'établissement (règles de soins – protocoles, règles d'utilisation des ressources, des médicaments, règlements des départements, unités, services, obligations rattachées à la jouissance des privilèges et obligations imposées par la loi, par exemple, la déclaration des incidents-accidents, et par les ordres professionnels). Ils doivent se partager tant la responsabilité professionnelle que les contraintes que génère le travail de collaboration avec des objectifs communs. Le rôle du médecin, quant à lui, a évolué et la responsabilité qui lui était traditionnellement dévolue est désormais partagée par l'ensemble des partenaires de soins et de services (**Annexe V**).

**Responsabilité propre au patient.** Pour ce qui est du patient, le Commissaire précise que ce dernier doit assumer ses responsabilités vis-à-vis de sa santé, d'une part, et de l'utilisation qu'il fait des soins et services, d'autre part. Suivant le modèle du *Code d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux* de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux<sup>44</sup>, plusieurs éléments sont généralement inclus dans la définition des responsabilités du patient :

- » des considérations concernant sa participation, autant que possible, aux soins et services le concernant, de même qu'une invitation à une utilisation judicieuse des services offerts;
- » des précisions sur les modalités de participation aux soins et services. Souvent, les codes apportent des précisions quant aux comportements attendus de la part des usagers participatifs. Il peut s'agir d'une invitation à transmettre aux intervenants toute l'information nécessaire aux soins ou encore de précisions à l'égard de domaines ou d'occasions où l'on s'attend à voir l'utilisateur participer activement, par exemple lors de l'élaboration d'un plan de soins personnalisé;
- » des considérations relatives au civisme et à la bonne conduite. Cela peut prendre la forme d'invitations au respect des employés, au respect des autres usagers ou encore au respect des lieux et du matériel<sup>45</sup>.

La LSSSS édicte l'obligation pour tout établissement de se doter d'un code d'éthique, qui « indique les droits des usagers et les pratiques

et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers »<sup>46</sup>.

Les établissements devraient donc réviser leur code d'éthique pour inclure ces différentes responsabilités.

#### 4.7 Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services

En prenant appui sur une démarche de type « amélioration continue de la qualité » ainsi que sur les normes canadiennes et québécoises d'agrément des établissements de santé et de services sociaux, une démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services, issue des travaux du Programme Partenaires de soins du CPASS de la Faculté de médecine<sup>47</sup> et déclinée en plusieurs étapes, est suggérée :

- » Pour chaque équipe de soins et de services prenant part à la Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services (DAC) au sein d'un établissement donné : création d'un comité d'amélioration continue (CAC) dédié à la conduite, à l'évolution et à la pérennité de ladite démarche. Ce comité est formé de patients ou de proches ressources, ainsi que de cliniciens et de gestionnaires membres de l'équipe de soins et de services participante.
- » Identification de formateurs ressources formés à exercer un leadership

transformationnel (agents multiplicateurs) au partenariat de soins et de services au sein de l'organisation (qualité globale) et au sein des équipes de soins et de services. Ces formateurs, appelés « Leaders collaboration en établissement » (LCE) accompagnent ces équipes tout au long de la DAC.

» Adhésion et mobilisation autour de la DAC se déclinant comme suit :

- Diagnostic et bilan de la structure du fonctionnement et des résultats des équipes de soins et de services avec identification consensuelle d'un problème à résoudre/d'actions à prioriser;
- Élaboration du plan d'action d'amélioration continue établi par consensus au sein du CAC, puis validé et entériné par l'équipe de soins et de services;
- Mise en œuvre des activités de transformation requises, variant selon les besoins et les transformations de l'équipe;
- Évaluation de l'atteinte des objectifs.

» Suivi régulier et soutien par les formateurs ressources auprès du CAC et auprès de l'équipe de soins et de services tout au long de la DAC.

#### 4.8 Organisation apprenante

Afin de faciliter le développement des compétences de collaboration chez les différents intervenants - professionnels, médecins, gestionnaires cliniques et de l'organisation - il serait avantageux, par exemple, de considérer les habiletés et attitudes propres à la collaboration lors du recrutement des médecins,

des professionnels cliniques et des membres du personnel. De plus, une offre de développement en organisation apprenante au sein des établissements semble pertinente, car plusieurs intervenants n'ont jamais bénéficié de formation dans le domaine. Enfin, il est souhaitable d'offrir aux stagiaires et résidents une formation et de l'accompagnement au sein même des équipes, en continuité avec la formation collégiale ou universitaire<sup>48</sup>.

**L'organisation apprenante** reflète une **culture organisationnelle** — une façon d'être et de fonctionner dans un environnement — où les gens **collaborent et réfléchissent ensemble** pour que l'organisation s'améliore constamment afin de devenir une organisation saine et agile. On y favorise la synergie par le **dialogue sur l'expérience et les connaissances, l'ouverture, la connaissance de soi et la collaboration avec toutes les composantes de l'organisation**. En ce sens, l'organisation apprenante encourage l'apprentissage en équipe et la construction d'une **vision partagée**. Ainsi, les gens se sentent valorisés, les équipes et l'organisation sont plus efficaces et s'adaptent mieux aux nouveaux défis<sup>49</sup>.

La **formation-action** entre partenaires s'actualise lorsque les membres d'une équipe de soins et de services (gestionnaires, intervenants professionnels ou non, patient) sont engagés dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque, qui leur permet de mieux se connaître mutuellement afin de mieux collaborer et d'assurer la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité.

## 4.9 Indicateurs de qualité

L'intérêt pour l'identification et la mesure d'indicateurs de performance et de qualité pertinents, de la part de diverses instances en soins et en services de santé, ne cesse de croître depuis quelques années. La volonté de mesurer l'impact des actions organisationnelles est tout à fait légitime et permet d'apprécier les résultats atteints, compte tenu des efforts investis.

Ainsi, la transformation progressive des pratiques vers le partenariat de soins et de services mérite d'être évaluée à l'aide d'un monitoring de gestion rigoureux, appuyé par des normes de qualité et des indicateurs de structure, de processus, de résultats et de sécurité.

Tel que mentionné dans le document « Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne »<sup>50</sup>, il s'agit d'introduire les indicateurs progressivement, de façon coordonnée, et de mettre en place les facteurs favorables à leur implantation, dont :

» l'appui de leaders professionnels reconnus afin d'offrir l'aide méthodologique nécessaire (les universités de Montréal et Laval sont à l'œuvre, en collaboration avec d'autres universités canadiennes);

- » le soutien des instances gouvernementales pour favoriser le déploiement et le réseautage des ressources humaines, financières, informatiques et de gestion nécessaires;
- » le développement d'une culture de l'innovation et de l'évaluation des pratiques au sein des établissements;
- » des ressources financières consacrées à la création et à l'expérimentation des indicateurs dans des établissements phares;
- » la création d'outils en partenariat avec les organisations professionnelles;
- » la présence de personnel clinique et administratif affecté à la collecte et au suivi des indicateurs avec des outils d'aide à la décision intégrés dans le dossier clinique informatisé.

En milieu de santé, un **indicateur** réfère globalement à « une information choisie, associée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats ou des processus »<sup>51</sup>.

Les indicateurs sont habituellement des outils quantitatifs qui se résument par des chiffres ou des pourcentages. Par exemple : % de plans d'intervention interdisciplinaire (PII) réalisés avec ou sans patient parmi la clientèle d'un programme/service. Toutefois, il n'est pas souhaitable de porter un jugement sur des pratiques exemplaires uniquement à l'aide d'indicateurs quantitatifs. En effet, la pratique collaborative entre intervenants et avec le patient constitue un processus complexe qui ne se limite pas aux seules données quantitatives.

Par ailleurs, des indicateurs fonctionnels multinationaux sont actuellement en développement dans le cadre d'un projet conjoint UdeM-UL. À titre d'exemple, les **dimensions** suivantes devront être documentées par des indicateurs ou par une méthodologie qualitative :

- » *Sur le plan organisationnel*: par exemple, la présence d'un code d'éthique et de valeurs de l'établissement, qui tiennent compte du partenariat de soins et de services;
- » *Sur le plan de l'équipe* : la qualité du partenariat de soins et de services, la clarification des rôles des membres de l'équipe dont celui du patient, les objectifs et les valeurs partagés de l'équipe, les compétences requises pour l'exercice du partenariat de soins et de services, la qualité du PII, le processus de prise de décisions, la reconnaissance des savoirs expérimentiels du patient, le degré de sécurité, l'observance aux traitements convenus, etc.

#### 4.10 Support de la technologie de l'information et des communications (TIC)

L'introduction de technologies nouvelles, de systèmes de gestion de l'information partagée et de modèles d'organisation d'équipe plus adaptés s'impose pour faire face aux nouvelles réalités. Ce grand défi nécessite des modifications souvent importantes aux habitudes et aux comportements des organisations et de leurs équipes<sup>52</sup>. Mais force est de constater que les efforts consentis pour le développement des TIC sont très variables d'un établissement à l'autre et doivent résolument faire l'objet d'un rehaussement, non seulement au niveau local, mais provincial.



Au-delà du dossier électronique, afin de supporter l'innovation souhaitée, il faut munir adéquatement les milieux d'une génération de systèmes et d'outils informatisés et de communication disponibles et facilement accessibles. L'Internet sans fil (WiFi), l'utilisation d'ordiphones et de tablettes électroniques, la disponibilité d'outils de collaboration en ligne favorisant le partage et la mise en commun des données (par exemple, wiki) ou d'outils cliniques (communautés virtuelles de pratique) s'avèrent essentiels pour collaborer efficacement.

L'accessibilité à ces outils pour les cliniciens œuvrant au sein des équipes de soins et de services deviendra un incontournable dans un avenir rapproché pour permettre aux intervenants de diffuser rapidement leurs décisions aux autres membres de l'équipe et assurer un accès rapide à l'information. Pour le patient, mentionnons le soutien offert à domicile dans le cadre des télésoins et une section du dossier électronique lui étant réservée pour la consultation des analyses de laboratoires et l'accès à des outils éducatifs fiables, par exemple.

De plus, il ne faudrait pas sous-estimer, pour accroître un transfert efficace et pérenne de l'information, le recours à l'expertise de courtiers de connaissances, d'informationnistes, de bibliothécaires, de techniciens en documentation, d'archivistes et de communicateurs pour animer et supporter l'utilisation des outils de collaboration en ligne.



## Conclusion

Tous les travaux réalisés à ce jour convergent vers « *une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient* ». Quelles que soient les initiatives engagées par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM et les acteurs clés de la pratique collaborative au sein du RUIS de l'UdeM, l'expérience partagée en collectivité par les membres des différents groupes de travail du Comité s'est révélée en soi un exercice riche de collaboration, c'est-à-dire un travail de concertation entre patients, cliniciens, gestionnaires et éducateurs.

Le guide d'implantation veut relever le défi d'offrir maintenant aux établissements de santé et de services sociaux un langage commun sur les prémisses d'une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient. Il offre également l'opportunité et la latitude de réunir les conditions gagnantes pour une mise en œuvre séquentielle dans des environnements changeants, dotés de ressources limitées. Toutefois, il devra surtout évoluer avec le temps en tenant compte des expériences de

partenariat qui se tiendront en milieu d'enseignement et en milieu de soins et de services de santé.

Le guide pose finalement les fondements de la systématisation d'une culture de collaboration très innovante où le patient est non seulement un acteur incontournable comme membre à part entière de son équipe de soins et de services, mais aussi un contributeur à forte valeur ajoutée dans la réflexion sur l'évolution des soins et des services. L'avenir pourra alors se définir en misant à la fois sur la variété des champs d'expertise des intervenants et sur la richesse des expériences des patients. Dans cette perspective, la mobilisation et la complémentarité des savoirs de chacun atteindra le niveau de maturité et de créativité nécessaire à la résolution des problèmes complexes du système de santé, et ce, au bénéfice de toutes les parties prenantes.

# Références

---

1. Aucoin L (2012). « *Le RUIS de l'UdeM. Plan stratégique 2012-2015* ». Rapport final. 33 p.
  2. Colin C, Turpin P, Garant E et al. (2010). « *Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : Résumé exécutif et recommandations du Rapport d'étape juin 2009-mai 2010* », RUIS de l'UdeM, 21 p.
  3. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  4. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  5. Beaulieu P. (2010). « *Cadre de référence : Démarche de révision du rôle des cadres de premier niveau dans les établissements* ». Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 26 p.
  6. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004). « *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* ». Document principal. Direction des communications, 81 p.
  7. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004). « *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* ». Document principal. Direction des communications, 81 p.
  8. Jean-Baptiste A. (2011). « *Recension des initiatives patient partenaire* ». Rapport de projet supervisé, HEC Montréal, 63 p.
  9. Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire et Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (2012). Faculté de Médecine, Université de Montréal.
  10. Colin C, Turpin P, Garant E et al. (2010). « *Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : Résumé exécutif et recommandations du Rapport d'étape juin 2009-mai 2010* », RUIS de l'UdeM, 21 p.
  11. Gardner D. (2005). "Ten Lessons in Collaboration ". *The Online Journal of Issues in Nursing*. 10(1) [En ligne] URL : <http://gm6.nursingworld.org/MainMenuCategories> (page consultée le 13-05-07).
  12. Colin C, Turpin P, Garant E et al. (2010). « *Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : Résumé exécutif et recommandations du Rapport d'étape juin 2009-mai 2010* », RUIS de l'UdeM, 21 p.
  13. Programme Partenaires de soins et Bureau Facultaire de l'expertise patient partenaire (2012). Faculté de médecine, Université de Montréal.
  14. Ducharme F. (2013). *Réflexion sur la notion de « proche aidant »*. Document préparé à l'intention de l'équipe du Programme Partenaire de soins (PPS), CPASS, Faculté de médecine, UdeM.
  15. Ducharme F. (2013). *Réflexion sur la notion de « proche aidant »*. Document préparé à l'intention de l'équipe du Programme Partenaire de soins (PPS). CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Ducharme F. (2012). « Prendre soin d'un parent âgé vulnérable, une réflexion sur le concept de « proche aidant » et de ses attributs ». *Les cahiers de l'année gériatrique*, 4, (2) : 74-78.
- Couture M, Ducharme F, Lamontagne J. (2012). "The Role of Healthcare Professionals in the Decision-Making Process of Family Caregivers Regarding Placement of a Cognitively Impaired Elderly Relative". *Home Health Care Management & Practice*, 24 (6) : 282-290. DOI: 10.1177/1084822312442675

- Ducharme F. (2011). « Des programmes psychoéducatifs pour améliorer le bien-être des proches aidants de personnes âgées à domicile et en milieu de soins de longue durée : Résultats de 10 années de recherches évaluatives d'interventions ». *Revue québécoise de psychologie*, 32 (3) : 155-184.
- Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Kergoat M-J, Legault A, Beaudet L, Zarit S. (2011). "Learning to become a family caregiver. Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnostic of dementia in a relative". *The Gerontologist*, 51 (4) : 484-494. Doi:10.1093/geront/gnr014
- Ducharme F, Vissandjee B, Paquet M, Carpentier N, Trudeau D. (2009). « La pratique dans un contexte pluriethnique : une approche de négociation entre le personnel des services de soutien à domicile et les proches-aidantes d'un parent âgé à domicile ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, 21 (2) : 137-156.
- Ducharme F, Trudeau D, Rowan C, Savard S, Lebel P. (2009). « Aider les proches-aidants à gérer leur stress via une formation « en ligne » : est-ce possible? » *Counselling and Spirituality*, 28 (1) : 33-53.
- Ducharme F. (2009). « La santé mentale des proches-aidants : un équilibre précaire... des besoins de soutien grandissants ». *Équilibre*, 4 (1) : 36-47.
- Lévesque L, Ducharme F, Hanson E, Magnusson L, Nolan J, Nolan J. (2010). "A qualitative study of a partnership approach to service needs with family caregivers on an aging relative living at home: How and why? ". *International Journal of Nursing Studies*, 47 :876-887.
16. Ibarra Arana CE, (sous la direction de) Michaël Reicherts. (2006). « *L'élaboration du projet de vie chez les jeunes adultes* ». Université de Fribourg, Suisse, 280 p.
  17. Association française des hémophiles. (2011). « *La formation des Patients ressource* ». [En ligne] URL : [afh.asso.fr/spip.php?article143](http://afh.asso.fr/spip.php?article143) (page consultée le 23 mai 2013).
  18. Adapté de Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. (2010). « *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients* ». Note de synthèse. 96 p.
  19. Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (2012). Faculté de médecine, Université de Montréal.
  20. Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination ». *Info-Clic TSA*, 1(2) :7-9
  21. Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination ». *Info-Clic TSA*, 1(2) :7-9
  22. World Health Organization. (2010). "Framework for action on interprofessional education and collaborative practice". Geneva, WHO Press.
  23. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  24. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  25. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2011). « *Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux, Guide d'accompagnement* ». Document de travail. Récupéré le 18 juillet 2011 de <http://www.rcpi.ulaval.ca>
  26. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2009). « *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009* ». État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins. Québec.

27. Markiewicz L, West M. (2011). "Leading Groups and Teams" in *ABC of Clinical Leadership*, 1st edition by Tim Swanwick and Judy McKimm, Wiley-Blackwell BMJ Books, pp. 14-18.
- Harrison B. (2005). "Professional role competence & improved patient outcomes", *Healthcare Traveler*; 12, 11; ProQuest Nursing & Allied Health Source, p. 26.
- Lamb G, Zimring C, Chuzi J, Dutcher D. (2010). "Designing better healthcare environments: Interprofessional competencies in healthcare design", *Journal of interprofessional Care*, 24(4) :422-435
28. Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé (2010). « *Cadre national de définitions des compétences en matière d'interprofessionnalisme* », 37 p. [En ligne] URL :<http://cihc.ca/resources/publications>. Dernier accès le 11 juillet 2011.
29. Frank JR. (Ed). (2005). "*The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*". Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
30. Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. (2005). « Defining and assessing competence of healthcare professionals: A survey of 148 organizations ». *Presse Médicale*, 34(22 I), 1703-1709.
- Clifford RM, Plumridge RJ. (2003). "Developing Key Competencies for Clinical Pharmacy Education and Peer Review Program". *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 33(3): 208-212.
31. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2010). « *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé. Synthèse et recommandations* ». 35 p. [En ligne] [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)
32. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2010). « *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé. Consultation et analyse* ». 153 p. [En ligne] [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)
33. D'Ivernois JF, Gagnayre R et les membres du groupe de travail de l'IPCCEM. (2011). « Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition ». *Ther Patient Educ*, 3(2) : S201-S205.
- Johnson A, Baum F. (2001). "Health promoting hospitals : A typology of different organizational approaches to health promotion" . *Health Promotion International*, 16(3), pp. 281-287.
34. D'Ivernois JF, Gagnayre R et les membres du groupe de travail de l'IPCCEM. (2011). « Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition ». *Ther Patient Educ*, 3(2) : S201-S205.
35. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
36. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
37. Xyrichis A, Lowton K. (2007). "What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care ? A literature review ». *International Journal of Nursing Studies* 45 : 140-153.
- Conseil des ressources humaines du secteur culturel. « *Gérer les problèmes et les conflits* ». Conseil des carrières culturelles de l'Ontario.
- Lencioni P. (2005). « *Optimisez votre équipe; les cinq dysfonctions d'une équipe* ». Les éditions Un monde différent Ltée, Saint-Hubert.
- MacDonald L. (2001). « *L'efficacité d'équipe* ». CRIA, Effectif, volume 4, n° 4, septembre /octobre 2001
38. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.

39. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  40. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge RUIS de l'UdeM, 88 p.
  41. CPASS, Faculté de médecine, UdeM (mai 2013). Le Programme Partenaires de soins. Pour une pratique performante empreinte d'humanité. Bulletin CPASS. [En ligne] URL : [http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS\\_Mai\\_2013.pdf](http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf)
  42. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2011-2012). « *Programme de formation : Accompagner les équipes vers la collaboration interprofessionnelle – 2011-2012* ». Dépliant d'information. RUIS UL.
  43. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2010). « *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé. Consultation et analyse* ». 153 p. [En ligne] [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)
  44. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2007). « *Code d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux* ». Modèle. 25 p.
  45. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2010). *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé. Un avis du Commissaire à la santé et au bien-être*. 35 p. [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)
  46. QUÉBEC. (1991). « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* » : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1er octobre 2010, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
  47. CPASS, Faculté de médecine, UdeM (mai 2013). *Le Programme Partenaires de soins. Pour une pratique performante empreinte d'humanité*. Bulletin CPASS. [En ligne] URL : [http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS\\_Mai\\_2013.pdf](http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf)
  48. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). « *Pratique collaborative : engagement et leadership* ». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p.
  49. Senge PM et coll. (2005). « *Presence : An exploration of profound change in people, organizations, and society* », Crown Business Publishers.
- Bareil C, Savoie D. (1999). « Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel », *Revue Gestion*, vol. 24, n° 3, pp. 86-95.
- Bareil C. (2008). « Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement ». *Télescope*, vol. 14, n° 3, pp. 89-105.
50. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2012). « *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne* ». Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Marie-Pascale Pomey, Brigitte, Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay, ETMIS, 8(12) : 1-68
  51. Secrétariat du Conseil du trésor. (2009). « *Glossaire des indicateurs* ».
- Secrétariat du Conseil du trésor. (2003). « *Modernisation de la gestion publique : Guide sur les indicateurs* ».
52. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Dossier Organisation du travail* [En ligne] URL : [http://www.aqesss.qc.ca/1837/Organisation\\_du\\_travail.aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/1837/Organisation_du_travail.aqesss) (page consultée le 13-04-29)
- CEFRIO, Innover par les TIC (2011). « *Rapport de recherche et livre blanc sur l'innovation et les technologies de l'information et des communications* ».

# Annexe I

## Avantages de la collaboration

Pour les patients et les proches aidants	Pour les intervenants
<ul style="list-style-type: none"><li>» Amélioration des soins au patient : taux de satisfaction accrus, meilleure acceptation des soins, résultats améliorés</li><li>» Amélioration de l'accès et de la coordination des services de santé</li><li>» Augmentation de la sécurité du patient et réduction des erreurs cliniques</li><li>» Réponse plus complète et mieux intégrée aux besoins du patient et de ses proches</li><li>» Diminution de la redondance lors de la cueillette d'information auprès du patient et de ses proches</li><li>» Cohérence du message véhiculé par l'équipe auprès du patient et des proches par les différents intervenants</li><li>» Valorisation liée à la reconnaissance de leurs savoirs expérientiels, au partage des responsabilités et à la prise de décision</li><li>» Diminution des complications chez les patients</li><li>» Diminution du taux de mortalité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>» Vision plus globale des besoins du patient grâce au partage d'une cueillette d'information plus élaborée qui favorise des orientations cliniques plus solides</li><li>» Diminution de la duplication lors de la cueillette d'information ; gain de temps et d'efficacité</li><li>» Meilleure gestion des épisodes de soins, ce qui peut augmenter les probabilités d'un traitement précis, efficace et de durée contrôlée</li><li>» Développement de la compétence de l'équipe par la mise en commun des expertises de tous</li><li>» Valorisation liée à la reconnaissance des différentes compétences et expertises</li><li>» Synergie, esprit de cohésion, sentiment d'appartenance et soutien de la part de l'équipe</li><li>» Motivation des intervenants à maintenir et à développer leurs compétences et à apprendre ensemble</li><li>» Satisfaction augmentée en raison de l'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés aux patients</li><li>» Stimulation et esprit d'innovation générés par le soutien de l'équipe</li></ul>

---

## Pour les médecins

- » Détection plus précoce des problèmes
- » Traitements mieux ciblés, donc plus efficaces
- » Diminution des sentiments d'impuissance et d'isolement, particulièrement lors de l'évaluation et du suivi de clientèles vulnérables présentant des problèmes multiples et complexes sur les plans médical ou psycho-social
- » Facteur de protection contre l'épuisement professionnel face à la lourdeur des besoins de santé des patients
- » Augmentation du sentiment de sécurité des médecins dans les soins prodigués aux patients en équipe par un partage explicite des tâches entre les professionnels et une délégation efficace
- » Protection accrue sur le plan médicolégal

## Pour l'organisation

- » Meilleure gestion de la trajectoire de soins, d'où efficience accrue des soins et de la continuité entre les différents épisodes de soins, ce qui conduit à de meilleurs traitements aux patients, à une satisfaction plus élevée du personnel
- » Facilitation de l'atteinte des objectifs et de la réalisation de l'entente de gestion, de la mission de l'établissement, ainsi que des critères d'agrément
- » Utilisation plus appropriée des ressources cliniques spécialisées et des ressources rares (par exemple, en milieu rural ou isolé)
- » Diminution des admissions à l'hôpital et des durées de séjour et de traitement, des consultations externes et visites cliniques
- » Développement des liens et de l'entraide entre les directions et entre les établissements
- » Pouvoir d'attraction accru des milieux cliniques pour les employés, les stagiaires et les résidents
- » Dynamisation des milieux cliniques : mobilisation du personnel au profit d'une meilleure rétention de la main-d'œuvre
- » Possibilité de composer plus facilement avec les comportements non productifs de certains patients
- » Diminution du roulement du personnel

---

La pratique collaborative contribue également au bien-être du personnel, le travail d'équipe étant relié à la satisfaction au travail, à des taux réduits de stress nuisible et à un engagement accru de la part des employés.

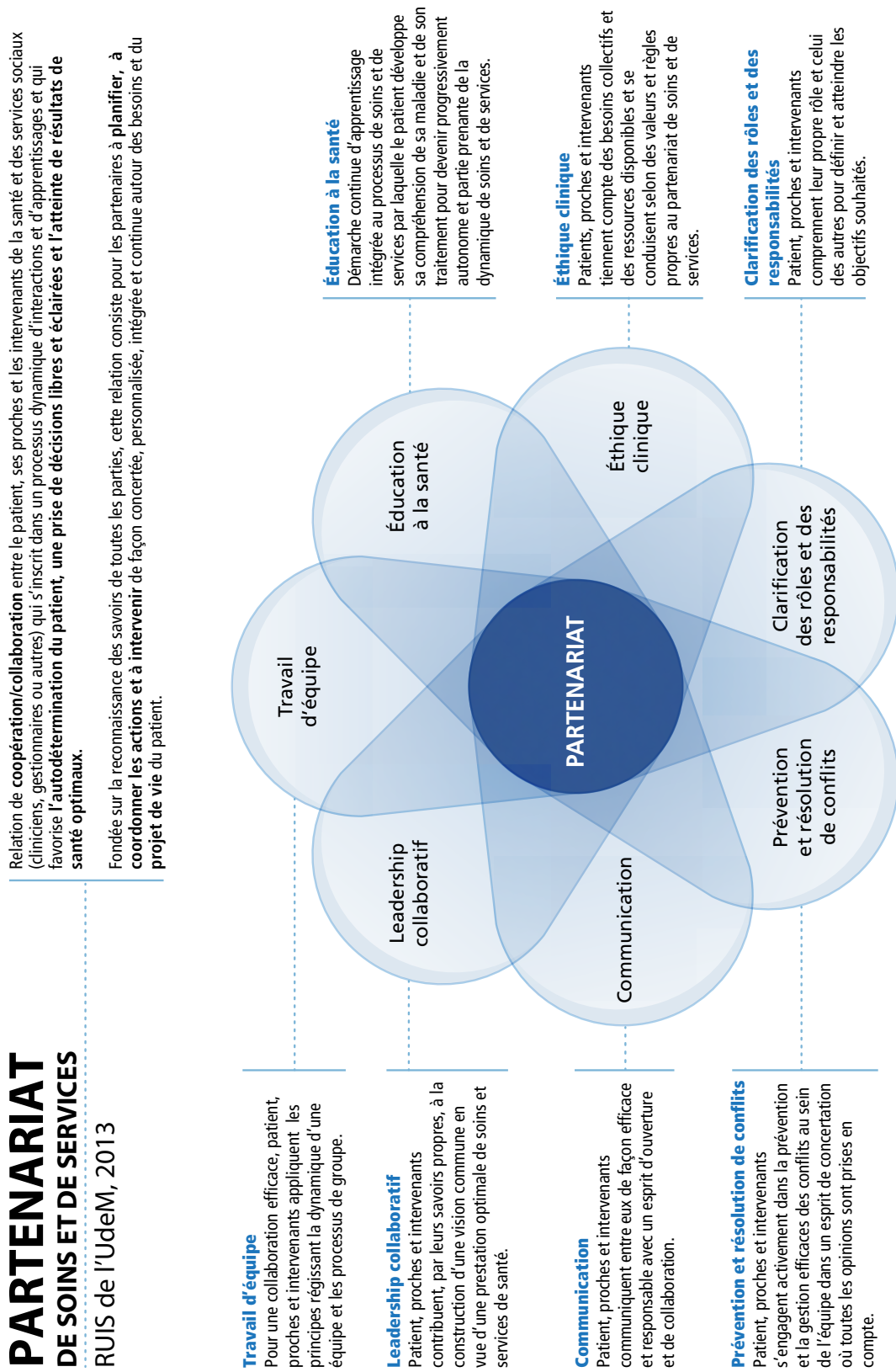
### Sources

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Rapport Pratique collaborative : engagement et leadership*, RUIS de l'Université de Montréal, 88 p.

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on interprofessional Education and collaborative Practice, Health professions networks nursing midwifery human resources for health*. Freelance editor.



Figure 4 – Compétences clés du partenariat de soins et de services



Sources : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 37 p. [En ligne] URL : <http://www.chhc.ca> (page consultée le 13-05-16)  
 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. [En ligne] URL : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> (page consultée le 13-05-16)

# Annexe III

## STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Co-construction dans l'action - 3 axes

### Gouverne – Niveau stratégique

- » Système de gestion et de partenariat intra et interorganisationnel  
« Ensemble des règles qui définissent comment le pouvoir et les responsabilités sont distribués ».
- » Système d'information  
« Gestion des connaissances (réseau de transfert) et ensemble des données et des systèmes d'exploitation nécessaires pour que le réseau soit intelligible et transparent à tout moment pour tous les intervenants ».
- » Système de financement  
« Incitations véhiculées par les modalités de financement de l'organisation (du réseau) et les dispositifs de reconnaissance des intervenants ».

### Conceptualisation – Mise en œuvre – Intégration

Processus qui consistent à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des intervenants (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

### Système collectif de représentations et de valeurs – Niveau tactique

« Ensemble des croyances, des valeurs, des schèmes interprétatifs qui permettent aux intervenants de communiquer entre eux, de coordonner leurs actions et de coopérer, de s'entendre sur une philosophie d'intervention, d'interagir dans un climat de confiance mutuel et d'évaluer positivement de façon réciproque leur travail ».

- » Mission – Objectifs
- » Principes d'action – Valeurs d'adhésion d'équipe (Charte) - Engagement
- » Code de fonctionnement du travail en équipe (Règles de fonctionnement et de bonnes pratiques)

« Démarche structurée qui vise à renforcer la cohésion opérationnelle d'une équipe en veillant à une meilleure définition de la mission, des objectifs, des valeurs clés, des processus et des structures, des responsabilités, des synergies et du positionnement de l'équipe ».

### Système clinique – Niveau des soins et de services

- « Assurance d'une intégration optimale des soins et des services dans le temps, dans l'espace et entre les membres des équipes ».
- » Révision des processus en place en vue d'une redéfinition de processus à valeur ajoutée pour favoriser l'implantation de l'approche collaborative, tout au long de la trajectoire de soins et de services
- » Élaboration d'une offre intégrée de soins et de services en partenariat de soins
- » Démarche systématique d'amélioration continue en partenariat de soins (Agrément)

### Source

Rapport final 2013. Comité Partenariat Interdirections – Dossier CIP CHUM

Inspiré de : Jacob R, Rondeau A et Luc D (2002). « *Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement* », Ed. Gestion, Revue internationale de gestion, Collection Racines du savoir, 435 p.

# Annexe IV

## INDICATEURS DE RÉSULTATS - DÉFINITIONS

### INDICATEUR

Toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe (environnement).

### Une mesure...

Par la mesure, on établit une grandeur, une quantité, un indice, un état de situation ou un degré de réalisation par rapport à une étape donnée.

### ... significative...

La mesure a un sens et elle est liée à une préoccupation, à l'objectif à atteindre. Elle permet de scruter un aspect, une dimension d'un phénomène ou d'une activité et d'en comprendre la portée ou la finalité.

### ... relative ou non...

L'indicateur peut exprimer une mesure simple (nombre) en présentant une seule variable. Il peut aussi mettre en relation deux ou plusieurs variables (pourcentage, ratio). L'indicateur peut être mis en relation avec une cible, avec un indicateur rattaché à d'autres objectifs ou un indicateur similaire d'une autre organisation.

### ... pour apprécier...

La mesure permet d'évaluer, de juger, de comparer, de suivre la progression, de vérifier, de contrôler.

### ... les résultats obtenus...

Les résultats obtenus représentent d'abord les divers bénéfices obtenus par les clientèles lorsqu'elles se prévalent des produits et services offerts par l'organisation; ces bénéfices, aussi appelés effets ou impacts, peuvent être obtenus immédiatement ou à plus long terme et sont de nature sociale, économique, environnementale, etc. Les résultats d'impact découlent généralement du plan stratégique, mais peuvent aussi se retrouver dans un plan d'action. Le résultat peut aussi présenter un caractère plus opérationnel lorsqu'il représente les efforts requis pour procurer des bénéfices aux clientèles. Le degré de satisfaction des clientèles

sur des aspects particuliers de la prestation des soins et des services fait aussi partie des résultats.

### ... l'utilisation des ressources...

Dans le contexte de la gestion axée sur les résultats, l'offre de service s'appuie sur les attentes exprimées par les citoyens, mais aussi sur le respect des ressources disponibles. Les indicateurs permettent ainsi de suivre l'évolution des revenus et des dépenses, de vérifier si les budgets alloués sont respectés et si la gestion des ressources est efficace (par exemple, le coût de revient d'un service ou d'une activité). Certains éléments qui composent le plan d'amélioration des services rattachés à la déclaration de services aux citoyens peuvent aussi être considérés pour mesurer l'utilisation des ressources.

### ... l'état d'avancement des travaux...

Les résultats d'une organisation n'étant pas tous quantifiables, la mesure peut aussi être une information ponctuelle, un rapport d'étape sur une mise en œuvre, le degré d'évolution ou de livraison d'un dossier, d'une implantation, d'une recherche ou, encore, une date limite, une échéance.

### ... le contexte (l'environnement)

Les organisations agissent et évoluent dans des domaines où elles ne sont pas les seuls acteurs, que ce soit sur le plan social, économique ou politique. Pour connaître les différents facteurs qui ont une influence sur leurs activités, elles doivent se doter d'un certain nombre d'indicateurs qui permettent de mieux connaître le contexte externe dans lequel ils évoluent et aussi de comparer leurs résultats à ceux d'autres organisations. Ces données sont collectées et compilées pour connaître les clientèles et leurs attentes et elles s'avèrent très utiles lorsqu'il faut déterminer la cible à atteindre pour chacun des indicateurs ou circonscrire sa « zone de contribution ».

### Source

Rapport final 2013. Comité Partenariat Interdirections  
– Dossier CIP CHUM

# Annexe V

---

## RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ÉQUIPE

---

« D'un point de vue juridique, de quoi parle-t-on au juste? »

### **Source : Colloque CIP CHUM 19 mai 2011, Présentation de M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard**

Vidéo intégrale disponible dans l'internet du CHUM à l'adresse : [www.chumontreal.qc.ca / Enseignement/ Pratique collaborative/ Colloque CIP/ Colloque 19 mai 2011/ La responsabilité professionnelle de l'équipe multidisciplinaire et les pratiques collaboratives](http://www.chumontreal.qc.ca/Enseignement/Pratique_collaborative/Colloque_CIP/Colloque_19_mai_2011/La_responsabilite_professionnelle_de_l'equipe_multidisciplinaire_et_les_pratiques_collaboratives)

### **Principes directeurs de l'équipe interprofessionnelle ou règles de fonctionnement (ART 3 LSSSS)**

1. la raison d'être des services est la personne qui les requiert;
2. le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
3. l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;
4. l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
5. l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

### **Intervention interdisciplinaire ou pratique professionnelle interdisciplinaire**

Toute intervention ou pratique mettant en jeu interaction et synergie entre au moins deux professions, qui s'articule autour d'un effort conjoint (partage des responsabilités) et d'une action concertée, avec le souci d'une communication efficace, pour résoudre ou explorer des problématiques communes visant une meilleure compréhension globale des besoins et la meilleure participation possible du patient et de ses proches.

- » Selon les besoins du patient (ART 101 et 103 LSSSS)
- » Dans le cadre des obligations de l'établissement
- » Les médecins et les autres professionnels de l'équipe doivent prodiguer leurs services à l'intérieur de ces règles (ART 103 LSSSS)

## **Intervention interdisciplinaire et encadrement de la pratique médicale**

- » Le médecin n'est plus l'ultime responsable de l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle
- » Le médecin assume la responsabilité de la composante médicale qu'il exécute ou qui s'exécute sous son contrôle et sa direction
- » Le médecin est responsable de ses décisions de prescrire des soins particuliers ou de ne pas le faire, mais il ne répond pas de l'exécution fautive d'autres professionnels qui n'agissent pas sous son contrôle direct
- » Le médecin demeure responsable des actes des résidents (sauf exception), de ceux de ses assistants
- » Le médecin doit agir dans le cadre des politiques et règlements de l'établissement:
  - protocoles
  - règles de soins
  - règles d'utilisation des ressources
  - règles d'utilisation des médicaments
  - règlement de département
  - obligations rattachées à la jouissance des privilèges
  - obligations imposées par la loiEx.: déclaration des incidents-accidents

## **Droit des patients**

- » Droit à des services adéquats (ART 5 LSSSS)
- » Libre choix du professionnel
- » Droit à la participation
- » Droit à l'aide et l'accompagnement
- » Droit à l'information sur:
  - les options
  - tout accident
- » Droit à un plan d'intervention (ART 102 LSSSS)
- » Droit à l'intégrité physique
- » Droit à la confidentialité et au secret professionnel

## **Consentement**

- » Information au patient sur le processus de fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle
- » Information au patient du responsable de l'équipe interprofessionnelle
  - Présentation du plan d'intervention :
  - le patient peut refuser certaines modalités du plan
  - chaque professionnel devra l'informer des risques particuliers à son intervention

## **Confidentialité et secret professionnel**

- » Les règles de confidentialité et de secret professionnel s'appliquent à toute l'équipe
- » C'est la règle du secret professionnel partagé qui s'applique
- » Divulgateur entre les membres de l'équipe, selon le critère de pertinence (à définir en équipe)

## **Dossier de l'usager**

- » Doit contenir l'ensemble des informations pertinentes de chacun des membres de l'équipe
- » Devient le principal moyen de travail et de communication entre les membres de l'équipe
- » Toutes les activités réalisées et les difficultés rencontrées devraient s'y retrouver
- » Chaque professionnel assume la pleine responsabilité de ses actes
- » S'il est impossible d'identifier de façon précise l'auteur d'une faute causale, l'équipe peut assumer collectivement
- » L'établissement de santé peut donc être responsable, particulièrement s'il s'avère impossible de fragmenter la responsabilité

## **Responsabilité**

- » Responsabilité professionnelle accrue
- » Passage de l'information
- » Gestion des délais
- » Clarification des responsabilités
- » Règles du congé

# Référence aux articles de la Loi

## LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Source : L.R.Q., chapitre S-4.2

### PARTIE I

OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

#### TITRE I

OBJET

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

1. la raison d'être des services est la personne qui les requiert;
2. le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
3. l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;
4. l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
5. l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2.

#### TITRE II

DROITS DES USAGERS

#### CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

1991, c. 42, a. 4.

#### Droit aux services

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les

plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. 1991, c. 42, a. 5; 2002, c. 71, a. 3.

#### Choix du professionnel

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

#### Acceptation ou refus

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

1991, c. 42, a. 6.

#### Soins appropriés

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

1991, c. 42, a. 7.

#### Informations

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

#### Droit à l'information

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

## Définition

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par:

« accident »: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

1991, c. 42, a. 8; 2002, c. 71, a. 4.

## Consentement requis

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

## Consentement aux soins

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

1991, c. 42, a. 9; 1999, c. 40, a. 269.

## Participation

10. Tout utilisateur a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

## Plan d'intervention

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

## Modification

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

1991, c. 42, a. 10.

## Accompagnement

11. Tout utilisateur a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par

un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

1991, c. 42, a. 11.

## Représentant

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

## Présomption

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil:

1. le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet utilisateur;
2. le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte;
3. la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude;
4. la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

1991, c. 42, a. 12; 1999, c. 40, a. 269.

## Exercice des droits

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

1991, c. 42, a. 13.

## Période d'hébergement

14. Un établissement ne peut cesser d'héberger un utilisateur qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

## Congé de l'établissement

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° de l'article 505.

1991, c. 42, a. 14.

## Langue anglaise

15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.

1991, c. 42, a. 15.

## Recours

16. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.

## Recours

Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.

1991, c. 42, a. 16; 1999, c. 40, a. 269.

## PARTIE II

### PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

#### TITRE I

##### LES ÉTABLISSEMENTS

#### CHAPITRE II

##### FONCTIONS

#### Article 101

L'établissement doit notamment:

1. recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
2. dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser

par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;

3. veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
4. diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

1991, c. 42, a. 101.

#### Article 102

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

1991, c. 42, a. 102.

#### Article 103

Plan de services individualisé.

Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

1991, c. 42, a. 103.

#### Source

Rapport final 2013. Comité Partenariat Interdirections – Dossier CIP CHUM





