

PROGRAMME **Partenaires** DE SOINS

RAPPORT FINAL

remis à Santé Canada
dans le cadre du Programme de contributions pour
les politiques en matière de soins de santé (PCPMSS)

par

D^{re} Paule Lebel, directrice scientifique

Jean-François Bouchard, coordonnateur général

Volet 1 : Bernard Deschênes, Vincent Dumez, Hélène Lefebvre,
Marie-Claude Vanier, Luce Gosselin

Volet 2 : François Chiocchio, Hélène Essiembre

Volet 3 : Robin Dumais, Paule Lebel

Sous l'égide du CPASS, dirigé par D^{re} Andrée Boucher



CENTRE DE PÉDAGOGIE APPLIQUÉE
AUX SCIENCES DE LA SANTÉ

Juin 2013

Université 
de Montréal

TABLE DES MATIERES

Note aux lecteurs	3
Messages principaux.....	4
Résumé.....	5
Introduction.....	8
VOLET 1 – Bâtir un partenariat de soins en vue de l’élaboration d’un PII avec le patient et ses proches	9
VOLET 2 – Processus d’évaluation multi-sources.....	19
VOLET 3 – Assurer la diffusion de l’information et le transfert des connaissances sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins et de services par les meilleurs moyens	29
Annexes.....	36
Annexes du Volet 1	37
Annexes du Volet 2.....	43
Annexes du Volet 3.....	88

NOTE AUX LECTEURS

Le présent rapport rend compte des travaux du Programme Partenaires de soins, mené à l'Université de Montréal entre 2011 et 2013 dans sa portion de financement fourni par Santé Canada.

Cependant, il est important de noter que ce projet s'insère dans un ensemble plus vaste d'initiatives entamées dès 2010 et toujours en cours : sous la direction de D^{re} Paule Lebel, une synergie d'efforts ont été déployés, avec le soutien financier du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (direction de la planification de la main d'œuvre et du soutien au changement), de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal, du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, du Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal. Sans ces partenaires, nous n'aurions pu développer autant de livrables, ni avec un aussi haut niveau de qualité.

À tous, merci de votre soutien inestimable.

MESSAGES PRINCIPAUX

Répercussions pour les administrations fédérales, provinciales et territoriales

Le patient, acteur de soins, membre incontournable de l'équipe clinique. Pour renouveler la philosophie de soins du réseau de la santé, il est essentiel de faire du patient un membre à part entière de l'équipe clinique, et de reconnaître ses savoirs expérientiels dans le cadre de ses soins. Intervenants et patients partagent leurs savoirs.

Plus jamais sans les patients, dans la réflexion sur l'évolution du réseau. L'intégration des patients ressources dans les activités cliniques et pédagogiques des équipes de soins constitue le déclencheur pour apporter des changements positifs dans la gestion et la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité.

La population change. En contexte de maladie chronique, un patient, formé par les cliniciens et intégré comme partenaire à l'équipe dans son propre processus de soins, développe progressivement la compétence de se soigner : il gagne en autonomie et augmente son observance aux traitements ; il sollicite moins les services de santé inutilement, car il sait reconnaître ses propres capacités de soignant, mais aussi leurs limites quand il a besoin d'accompagnement et de soutien de la part des cliniciens.

Le Programme Partenaires de soins, un catalyseur d'innovations. Les travaux du Programme Partenaires de soins ont servi de catalyseur à la création de deux outils structurants très attendus par les milieux de soins, d'enseignement et de recherche : le Guide d'implantation du partenariat¹ de soins et la Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins².

Répercussions pour les décideurs locaux et intervenants

Être centré sur le patient ne suffit plus. Les cadres de référence et de compétences sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient doivent franchir une nouvelle étape : avec le partenariat de soins, ce sont deux trajectoires de compétences qui se développent en parallèle, pour les professionnels de la santé et pour les patients. Pour ce faire, le nouveau paradigme reconnaît au patient sa capacité de faire des choix de santé libres et éclairés en ce qui concerne les soins et les services qui lui sont proposés, en fonction de son projet de vie.

L'innovation pédagogique passe par des modèles de rôle. Les vignettes cliniques vidéo sont un outil pédagogique incontournable et évocateur pour provoquer des changements d'attitudes et de comportements. Elles permettent d'illustrer des expériences de référence afin que les équipes cliniques et leurs patients identifient les pratiques favorables à l'émergence du partenariat. Pour maximiser leur impact, il est essentiel de miser sur de hauts standards de production (scénariste, réalisateur et acteurs professionnels) et de co-animation des ateliers par des duos patient-intervenant. Les investissements financiers doivent demeurer importants pour ces productions, car il en va de la pertinence et de la pérennité de leur utilisation.

La transformation des pratiques, par une réflexivité conjointe « patients et intervenants ». Notre processus multi-sources constitue une démarche réflexive puissante et novatrice par laquelle les patients et les intervenants évaluent à parts égales leur relation de partenariat de soins et la transforment par l'identification et la mise en œuvre de pistes d'amélioration.

Profitons des forces vives existantes. Le désir de partage (des outils, des bonnes pratiques) et de réseautage des intervenants de la santé (cliniciens, gestionnaires) est un levier à l'identification des meilleures pratiques et à leur diffusion, mais a besoin d'être soutenu en termes d'infrastructures matérielles (plateforme Web) et de ressources humaines dédiées (développeurs, édimestres, gestionnaires de contenu et de connaissances, animateurs de site Web et de communautés de pratique virtuelles).

¹ <http://www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>

² http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf

RESUME

Volet 1 : L'une des principales modalités dans la planification coordonnée des soins et services autour de personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches est l'établissement du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Ces PII ne sont pas toujours réalisés par les équipes de soins et, quand ils le sont, le patient et ses proches sont peu fréquemment consultés ou invités à participer à la rencontre d'élaboration du PII. Le but du Volet 1 du PPS était de développer des outils d'apprentissage qui permettront au patient et ses proches ainsi qu'aux intervenants et aux gestionnaires de la santé de réaliser un PII ciblé sur le projet de vie du patient et sur ses objectifs, dans le respect de ses valeurs, et dont les effets sont mesurables sur la santé et le bien-être du patient et de ses proches.

Par la mise en place d'ateliers de formation intégrant des vignettes cliniques vidéo, nous avons démontré la valeur ajoutée et les défis d'intégrer le patient/proche à titre de partenaire de soins, comme membre à part entière de l'équipe clinique dans le cadre de son propre processus de soins. Les 4 capsules vidéo démontrent qu'il est nécessaire de i) Préparer un patient à participer à son premier PII avec une équipe de soins; ii) Adapter le PII en cours de réunion en fonction du projet de vie du patient; iii) Négocier les soins et services à proposer au patient, en fonction de ses besoins et de ses objectifs; iv) Personnaliser les soins et services de santé proposés en fonction des caractéristiques individuelles de chaque personne.

L'animation de ces ateliers par un duo de patient/proche formateur et d'un intervenant de la santé permet en soi de servir de modèle de rôle du partenariat.

Volet 2 : L'enjeu principal consistait à développer un processus multi-sources complet du partenariat de soins et de services, et d'en tester l'utilisation auprès d'équipes de santé. Ce

processus consiste en une démarche de réflexion permettant à des équipes du milieu de la santé de prendre connaissance de leurs forces et d’agir concrètement afin de favoriser le partenariat de soins et fonctionner plus harmonieusement et efficacement. Sa particularité tient du fait qu’il intègre pleinement les patients et/ou leurs proches. En effet, ceux-ci sont des partenaires à part égale dans la dynamique de soins, et participent donc au même processus diagnostique et développemental que celui offert aux intervenants. Tous les éléments nécessaires à l’application du processus multi-sources ont été développés et pré-testés, soit :

- des questionnaires multi-sources permettant l’auto-évaluation et l’inter-évaluation des professionnels entre eux, ainsi que des professionnels et des patients/proches entre eux quant à des comportements d’interaction de soins en partenariat et des comportements d’interaction et de gestion d’équipe ;
- des rapports de rétroaction personnalisés présentant les résultats globaux et personnalisés à partir des réponses fournies aux questionnaires ;
- l’intégration des questionnaires et des modèles des rapports de rétroaction sur plate-forme web sécurisée et les processus de programmation inhérents ;
- les ateliers de préparation et de suivi du processus multi-sources permettant d’accompagner les participants lors des étapes cruciales de la démarche.

Les démarches d’information et de sollicitation auprès de diverses équipes de soins et les présentations réalisées dans divers comités et colloques confirment que les parties prenantes estiment que le processus est fort utile et pertinent.

Volet 3 : La méconnaissance d’initiatives documentées sur le partenariat de soins avec le patient et ses proches ainsi que des outils et moyens de diffusion efficaces pour partager les

connaissances et diffuser les meilleures pratiques collaboratives en santé est un constat flagrant. Cette absence de cumul des connaissances entraîne des coûts significatifs en ressources et en temps pour les établissements de santé et de services sociaux. Notre démarche appelle à une construction synergique de la connaissance et à un partage efficient de l'information. Elle vient confirmer la nécessité d'un site internet destiné à accueillir les contenus portant sur le Partenariat de soins et représente la meilleure façon de mettre en commun les ressources et les connaissances sur les pratiques collaboratives développées collectivement.

D'après une étude exhaustive des besoins par le biais de rencontres, d'entrevues et d'enquête en ligne parmi les principaux acteurs concernés, nous recommandons la création d'un lieu unique de transfert des connaissances, dépositaire d'un répertoire de savoirs et d'expériences sur les pratiques collaboratives et le Partenariat de soins. Un lieu où convergent les intervenants et « apprenants » de tous horizons - qu'ils soient gestionnaires ou professionnels de santé, patients et proches partenaires, étudiants et partenaires des ordres et milieux associatifs en santé.

Parallèlement à ces travaux, une journée d'étude sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins a été tenue le 6 septembre 2011 et réunissait plus d'une trentaine de représentants académiques et clinico-administratifs des RUIS des universités Laval et de Montréal. Des échanges ont eu lieu sur : les initiatives de collaboration entre le RUIS de l'ULaval et celui de l'UdeM; le cadre de déploiement d'une stratégie ministérielle en matière de pratiques collaboratives ; le processus à implanter pour la détermination des indicateurs de performance en matière de pratiques collaboratives ; et le transfert des connaissances entre l'Université de Montréal, l'Université Laval et leur RUIS. Les liens se poursuivent à ce jour : des travaux conjoints sont en marche.

INTRODUCTION

Compte tenu de la pénurie des ressources professionnelles et de la complexité croissante des problèmes de santé, le Québec vit une transformation des pratiques cliniques. Dans ce contexte, une meilleure collaboration au sein des équipes de soins devient l'une des solutions identifiées en vue d'augmenter l'efficacité du système de santé. Pour ce faire, **étudiants, intervenants, patients et proches** doivent apprendre à clarifier leurs rôles et à partager leurs tâches afin de développer un réel partenariat de soins.

Le **Programme Partenaires de soins (PPS)** a pour but de développer des stratégies et des outils d'information, d'apprentissage, d'évaluation et de diffusion, qui permettront la consolidation des pratiques collaboratives au sein des établissements du RUIS de l'Université de Montréal (UdeM) et l'intégration des patients et de leurs proches comme partenaires de soins au sein des équipes cliniques.

Le PPS s'inscrit dans la foulée des actions entreprises jusqu'ici par l'UdeM et son RUIS sur le développement de la compétence de collaboration. Il permet de répondre spécifiquement à certaines des recommandations du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM.

Les **clientèles visées** par ce Programme sont les professionnels et les gestionnaires des équipes de soins des établissements du RUIS de l'UdeM; les patients et leurs proches utilisateurs des services des établissements du RUIS de l'UdeM; les étudiants et les stagiaires en milieu clinique des programmes de la santé, de psychologie et de service social de l'UdeM; les associations de patients et groupes d'entraide communautaires de patients et de proches.

Le PPS se divise en trois volets, dont chacun a pour but de développer divers outils de formation, d'évaluation et de diffusion. Des représentants des différentes clientèles visées seront consultés pour le développement de ces outils et participeront à leur expérimentation.

VOLET 1 – Bâtir un partenariat de soins en vue de l'élaboration d'un PII avec le patient et ses proches

CONTEXTE : L'une des principales modalités dans la planification coordonnée des soins et services autour de personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches est l'établissement du plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

Le PII est un outil clinique qui fait partie du dossier de la personne. Il implique, du moins en théorie, la participation active du patient et de ses proches et de tous les intervenants de l'équipe de soins et de services, en réponse aux attentes du patient et à ses aspirations ou « projet de vie ». Il comprend l'ensemble des mesures physiques, psychologiques, sociales et spirituelles que le patient, ses proches et les membres de l'équipe de soins mettront en œuvre de façon concertée pour atteindre les résultats souhaités sur la santé et le bien-être de la personne et de ses proches.

Dans les faits, **ces PII ne sont pas toujours réalisés par les équipes de soins et, quand ils le sont, le patient et ses proches sont peu fréquemment consultés ou invités à participer** à la rencontre d'élaboration du PII. Souvent, les intervenants de la santé n'ont pas été formés pour réaliser ces PII, et les patients et proches encore moins.

Par la mise en place d'ateliers de formation, nous voulons démontrer **la nécessité, la valeur ajoutée et les défis d'intégrer le patient/proche à titre de partenaire de soins, comme membre à part entière de l'équipe clinique** dans le cadre de son propre processus de soins.

Si rien n'est fait pour améliorer la situation, cela reviendra à maintenir le modèle de prise en charge à sens unique où les solutions de soins sont définies et imposées par les professionnels de la santé sans processus de coopération systématique et formel avec le patient/proche. Ce modèle s'avère peu propice à la responsabilisation des personnes, à l'émergence d'une approche d'accompagnement dans les soins et surtout à l'autodétermination des patients/proches dans leur

propre processus de soins. Sans changement dans les pratiques actuelles, nous pressentons une augmentation des conflits et des plaintes entre patients/proches et professionnels de la santé au détriment de la qualité de vie de tous, ainsi que le maintien d'un constat de non-adhésion du patient à ses traitements alors qu'il n'est pas impliqué dans sa démarche de dispensation de soins et de services.

Le but du Volet 1 du PPS est donc de développer des outils d'apprentissage qui permettront au patient et ses proches ainsi qu'aux intervenants et aux gestionnaires de la santé de réaliser un PII ciblé sur le **projet de vie** du patient et sur ses objectifs, dans le respect de ses valeurs, et dont les effets sont mesurables sur la santé et le bien-être du patient et de ses proches.

Les objectifs précis du Volet 1 étaient i) d'identifier les meilleures pratiques existantes en matière de partenariat de soins à partir de l'observation des équipes reconnues comme des leaders dans le domaine; ii) de créer des mises en situation vidéo de référence pour faciliter la sensibilisation des gestionnaires, des intervenants et des patients/proches; iii) de proposer un cadre conceptuel intégrateur afin que tous puissent contribuer ensemble à la réflexion sur l'amélioration des pratiques de soins.

APPROCHE : À l'étape de la conception du projet, nous avons constitué une équipe interprofessionnelle de travail, incluant la participation active de patients experts dans l'équipe PPS. Nous sommes entrés en communication étroite avec des gestionnaires et des intervenants d'équipes d'avant-garde pour cerner efficacement l'approche à privilégier, puis nous avons élaboré un plan de projet en identifiant les ressources clés à mobiliser.

Pendant la phase de mise en œuvre, nous avons procédé aux étapes suivantes :

Observations et entrevues auprès d'équipes réalisant des PII *avec* des patients /proches :

Afin de recueillir des données valides et réalistes issues de « bonnes pratiques » du partenariat de soins et de services, des observations ont été réalisées par un tandem formé par un patient/proche

partenaire de soins du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP) de la Faculté de médecine et un professionnel du PPS auprès de sept (7) équipes qui intègrent depuis quelques années déjà les patients à la démarche d'élaboration du PII. Ces équipes proviennent des domaines suivants : réadaptation, santé mentale, soins de longue durée gériatriques, déficience intellectuelle. Des entrevues ont été réalisées par la suite avec le patient, d'une part, et les intervenants, d'autre part, pour obtenir leurs commentaires sur le processus qu'ils venaient de vivre. Par la suite, des représentants de cinq (5) de ces équipes ont été réunis par les responsables du Volet 1 pour échanger sur les données recueillies lors des observations et valider la structure de la formation à développer.

Entrevues et groupes de discussion auprès d'équipes réalisant des PII *sans* patients/proches : Des entrevues et des groupes de discussion ont été réalisés auprès d'équipes cliniques et de patients/proches qui réalisent des PII sans la présence de patients/proches, pour connaître leurs besoins de formation en regard de la construction du partenariat de soins et de la façon d'intégrer le patient et les proches à la réalisation de son PII. Par la suite une intégration des données primaires et secondaires a été réalisée, puis un travail itératif régulier avec l'équipe PPS afin de définir les contenus ainsi que les orientations pédagogiques pour les vidéos.

Recension des écrits : Une recension des écrits a été réalisée sur les concepts à présenter dans les ateliers et les compétences à développer autant par les patients/proches que par les professionnels et gestionnaires cliniques.

Écriture des scénarios et production des vidéos : Comme anticipée, l'écriture des scénarios, avec la rétroaction régulière de l'équipe PPS, s'est complétée au printemps 2012. Cette étape complétée a donné le feu vert à la production de 4 capsules vidéo portant sur les enjeux de la mise en œuvre de PII avec la présence d'un patient ou d'un proche partenaire dans un contexte de

partenariat de soins et de services. Le tournage s'est effectué au cours de l'été et le produit final a été présenté en septembre 2012.

Les 4 capsules vidéo démontrent qu'il est nécessaire de **i) Préparer**³ un patient à participer à son premier PII avec une équipe de soins; **ii) Adapter** le PII en cours de réunion en fonction du projet de vie du patient; **iii) Négocier** les soins et services à proposer au patient, en fonction de ses besoins et de ses objectifs; **iv) Personnaliser** les soins et services de santé proposés en fonction des caractéristiques individuelles de chaque personne.

Écriture des ateliers pédagogiques : À partir des mises en situation illustrées par les capsules vidéos, l'équipe a produit des ateliers pédagogiques abordant les thématiques suivantes : i) la notion de partenaires de soins et de services; ii) le contenu et les étapes de réalisation du PII en partenariat avec le patient et ses proches; iii) les stratégies de communication et de prise de décision. Les ateliers ont été conçus pour s'adresser à la fois aux intervenants de la santé (professionnels ou non), aux patients et proches et aux gestionnaires à l'aide d'un co-animation d'un patient expert et d'un professionnel.

Test, évaluation et ajustement de la formation : Les ateliers ont été testés à trois occasions en fonction des modalités suivantes : une constante d'animation par un tandem composé d'un clinicien/gestionnaire et d'un patient/proche; une composition variable des groupes recevant la formation (groupe mixte vs groupe homogène, voir le détail en annexe 1).

Les stratégies d'animation et les contenus des activités reliées à chaque capsule vidéo ont été rajustés après chaque pilote, en fonction de l'expérience vécue et pour tenir compte de l'auditoire ciblé pour le pilote suivant. Par exemple, nous avons tour à tour modifié l'ordre de présentation des différentes notions, le degré de complexité des notions présentées, le degré d'interactivité avec les participants, la formulation des questions adressées aux participants. Une synthèse de

³ Les mots en caractères gras sont les titres de chaque capsule

l'évaluation par les participants à cinq de ces ateliers démontre une excellente satisfaction globale, l'atteinte des objectifs visés et la prestation des animateurs (voir annexe 2).

Nos principaux constats : Chacune des capsules vidéo réalisées présente des notions clés rattachées à l'élaboration du PII avec le patient et ses proches et pourrait être utilisée individuellement en fonction des besoins et des caractéristiques des participants. Il n'y a donc pas lieu de standardiser les messages reliés aux différentes capsules, ce qui permet une diversité d'utilisations pour chacune des capsules vidéo. Les activités pédagogiques réalisées avec les vidéos sont efficaces et percutantes pour réfléchir sur la place du patient et des proches dans une démarche d'élaboration de PII.

Des dynamiques très différentes ont été observées à chacun des pilotes, selon la composition des groupes; la formule mixte ressort comme étant pertinente et riche, et elle est la plus proche des attentes de l'équipe en terme pédagogique parce qu'elle reflète la réalité du milieu. En ce sens, il apparaît justifié et souhaitable d'offrir l'atelier de formation PII à des équipes naturelles tout en augmentant la représentation des cadres, des chefs de programmes et du personnel terrain dans les groupes de participants. Un accompagnement dans le milieu est souhaitable par la suite pour assurer le transfert des connaissances.

Par ailleurs, les échanges avec les participants ont permis de faire évoluer les notions présentées afin de mieux les adapter aux différents contextes de soins dans lesquels évoluent les participants (soins aigus/traumatologie vs maladies chroniques vs clientèle pédiatrique vs clientèle de santé mentale). Par exemple, les notions suivantes ont été nuancées : projet de vie, proche aidant, projet de vie du patient vs celui du proche aidant, autodétermination, littératie dans le contexte de l'éducation à la santé, prise de décision éclairée, patient ressource. Une terminologie propre au partenariat de soins et de services a donc été développée dans le cadre de ces travaux.

De plus, l'écriture des scénarios des quatre capsules vidéo a amené les membres de l'équipe à se questionner sur les compétences attendues chez les partenaires de soins et de services pour l'élaboration du PII. Ces réflexions ont donné lieu à la conception d'un modèle de compétences propres au partenariat de soins et de services. Ce modèle et les descriptions de compétences qui s'y rattachent font l'objet d'un chapitre complet du « Guide d'implantation du partenariat de soins et de services », produit en mai 2013 par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM⁴. Ce modèle a fait l'objet d'une présentation au colloque CAB IV (Collaborating Across Borders, Vancouver, BC) le 13 juin 2013.

Défis rencontrés : Étant donné que l'équipe PPS était composée de professionnels et de patients/proches, il a fallu relever ensemble le défi de la co-construction principalement par la reconnaissance a priori des savoirs de chacun et ce, dans un climat de travail transparent et ouvert. L'identification des thèmes à aborder dans chacune des capsules a représenté un défi important, car les possibilités étaient nombreuses. Là encore le travail avec les patients experts a grandement contribué à faire des choix concrets et à fort effet de levier.

Facteurs de succès : Tous les membres ont partagé leurs expertises afin de créer des ateliers de qualité, dans un esprit de concertation vers un même objectif. Cette concertation s'est notamment exprimée lors de la collaboration entre la scénariste, l'équipe de production technique et l'équipe PPS qui a permis de rendre un produit vidéo fidèle aux attentes pédagogiques.

Afin de mener à bien le projet dans son ensemble, nous avons notamment bénéficié de la collaboration avec le MSSS du Québec, qui a octroyé un complément de subvention pour étendre le projet à une démarche globale d'amélioration continue du partenariat de soins pour les équipes cliniques; la collaboration de l'ASSSM, par un complément de subvention pour l'accompagnement spécifique des équipes cancer; le soutien du RUIS de l'UdeM et

⁴ Le Guide est disponible au <http://www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>

particulièrement du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle qui a agi comme pivot au déploiement dans les établissements de santé, facilitant ainsi l'engagement progressif des directions d'établissement; la synergie majeure avec les programmes d'enseignement sur la collaboration en sciences de la santé de l'Université de Montréal, en particulier avec le Comité Interfacultaire Opérationnel sur l'enseignement de la collaboration, par son leadership sur l'intégration de la vision du partenariat de soins dans les programmes d'enseignement; l'engagement de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal grâce à son programme patient partenaire qui a influencé la vision de départ et facilité l'engagement des patients experts dans la démarche; la forte croissance de l'intérêt des équipes cliniques pour l'approche de partenariat de soins; la démonstration que la co-construction entre professionnels/patients/proches constitue une valeur ajoutée incontournable tant pour la qualité des livrables que pour leur pertinence.

Ces facteurs ont contribué au succès du projet par l'augmentation de la portée de la vision du partenariat de soins à l'ensemble des établissements du RUIS de l'UdeM, dans les programmes de formation universitaires et à certains niveaux institutionnels provinciaux. Ils ont aussi suscité une forte croissance de l'engouement des équipes cliniques pour cette approche, ce qui fait en sorte que la notion de partenariat de soins devient progressivement une référence en matière de pratiques collaboratives au niveau provincial.

Communication et diffusion de l'information : Pour diffuser l'information pertinente aux intervenants clés touchés par le projet, nous avons effectué un ensemble de rencontres d'informations : i) avec les directions des établissements de santé engagés dans la démarche et ii) avec les gestionnaires et les intervenants des équipes cliniques.

L'équipe du volet 1 a de procédé à la diffusion d'une offre de formation à l'ensemble des partenaires du réseau du RUIS de l'UdeM à partir de l'automne 2012; des formations « sur

mesure » ont été offertes à différents groupes à partir des outils pédagogiques élaborés (voir la liste à l'annexe 2). La satisfaction des personnes touchées par ces activités nous a démontré l'efficacité de nos outils et de notre approche de diffusion.

Pour poursuivre la diffusion de nos produits pédagogiques, nous pensons qu'il serait pertinent de créer un Communauté de pratique entre les participants ayant suivi les ateliers pilotes, afin qu'ils poursuivent les échanges entre eux quant à l'implantation des changements de pratiques dans leurs milieux respectifs. L'ensemble de nos activités de diffusion devra également comprendre les habituelles publications des résultats dans des articles scientifiques.

Reproduction des approches, stratégies et outils à d'autres sites ou projets : Tout projet qui touche à la relation de soins, aux pratiques collaboratives et au renforcement de l'intégration des patients dans leur propre processus de soins pourrait bénéficier des travaux du Volet 1 du PPS. L'approche peut être utilisée au cœur de stratégies de gestion du changement plus larges, notamment dans le cadre de l'implantation de projet de télésanté, de renforcement des soins à domicile, etc.

Pérennité et plan d'avenir : Les démarches d'amélioration continue du partenariat de soins et de services, nouvellement instaurées par l'Université de Montréal pour soutenir les établissements dans l'implantation de cette pratique, procurent un terrain fertile pour assurer la diffusion des outils développés dans le cadre de ce projet. En effet, les équipes cliniques touchées par cette démarche seront formées avec les ateliers PII conçus dans le Volet 1.

À l'Université de Montréal, les cours CSS (Collaboration en sciences de la santé) regroupent les étudiants d'une douzaine de programmes (près de 1 400 étudiants) et les mettent en contact, en trois temps distincts à l'intérieur de leur cursus de formation, avec des contenus de formation sur le partenariat de soins et de services. Ici encore, les outils développés dans le Volet 1 sont mis à contribution pour la formation de ces étudiants de premier cycle.

À moyen terme, nous espérons trouver les moyens financiers pour poursuivre le déploiement de nos outils pédagogiques dans un nombre toujours croissant d'équipes cliniques et d'organisation de santé. De plus, nous constatons d'autres besoins de formation sur le terrain, et nous planifions développer de nouveaux outils pédagogiques pour les intervenants et les patients/proches en misant notamment sur des approches de formation à distance, mais aussi en continuant de développer des formules de formation en atelier, sur mesure en fonction des besoins réels et spécifiques des équipes cliniques rencontrées.

Dans un horizon à court terme, nous souhaitons voir nos ateliers déployés à l'échelle provinciale, voire nationale, pour soutenir les établissements dans l'évolution de leurs pratiques de collaboration et dans l'intégration des patients aux processus de soins. Cette diffusion massive des contenus pourrait s'effectuer, grâce à l'entremise de Santé Canada, par l'organisation de formation de formateurs, par exemple pour l'ensemble de la francophonie canadienne, afin que le matériel pédagogique développé en français à l'UdeM puisse bénéficier à toute la population canadienne de langue française.

RÉSULTATS CLÉS : La mise en œuvre des ateliers nous confirme que nous n'avons pas le choix de penser à un format spécifique de formation afin d'intégrer la personne et ses proches comme membre partenaire de l'équipe de soins et de services. La formation doit, en effet, toucher autant la personne et ses proches que les intervenants et les gestionnaires des équipes cliniques. Idéalement rassemblés lors d'un même temps, le patient et ses proches doivent pour leur part développer des compétences spécifiques afin de bien jouer leur rôle. Il en va de même pour les intervenants afin de bien accompagner la personne dans sa démarche d'autodétermination de ses soins. Les focus groups, les compilations des évaluations après la tenue des ateliers et le retour en équipe PPS nous ont permis de faire les constats qui précèdent.

L'équipe du PPS a été le premier lieu d'expérimentation réussie qui a démontré que l'engagement des patients et des professionnels de la santé dans une logique de co-construction et dans un processus conjoint pour préciser des concepts permet d'élaborer des ateliers qui tiennent compte des réalités et perspectives de chaque groupe (patients, proches, intervenants, gestionnaires et universitaires). Le succès est également observé de par les biens livrables qui découlent de cette démarche et des formations créées et données conjointement.

À partir de ce travail, cette conception d'outils va aider tant les professionnels que les patients. Nous avons observé une valeur ajoutée grâce à la multiplicité des perspectives, co-construction, co-design dans la construction des outils et dans la prestation des activités pédagogiques. Nous résumons le tout sous la brève formule suivante :

« Plus jamais sans les patients. »

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : Au lieu de travailler en silo, patients et intervenants ont tout intérêt de travailler ensemble dans une dispensation des soins et des services. Ce message de fond doit être répandu dans l'ensemble de nos maisons d'enseignement et dans nos différents établissements de santé. Il s'agit ici d'un tournant majeur au niveau de la pratique des soins et des services, où il faudra pour les intervenants passer d'une « prise en charge » à **un « accompagnement » du patient**. Pour les patients, il s'agit de passer d'une « passivité » à l'égard de ses soins à **une « vigilance » et à une « responsabilisation » et au développement d'une compétence** de partenariat avec les intervenants de la santé. Pour ce faire, il faut poursuivre nos efforts dans la conception de nouveaux médiums (co-construits par les différents acteurs) de prise de conscience de cette nouvelle pratique. Le succès entourant la réalisation des ateliers et de son impact sur les différents joueurs nous convainc de la valeur ajoutée d'une telle démarche dans une transformation de pratique.

VOLET 2 – Processus d'évaluation multi-sources

CONTEXTE : Chez les équipes interprofessionnelles en milieux de santé, l'évolution actuelle des pratiques de soins traditionnelles vers des pratiques collaboratives en partenariat avec le patient et les proches constitue un changement important de paradigme, de culture. On prône désormais une réelle relation de coopération/collaboration entre patient/proches et professionnels, qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interaction et d'apprentissage, où les responsabilités sont partagées entre chacun. Or, un tel changement requiert nécessairement des modifications quant aux comportements d'interactions de soins et d'interactions d'équipe, davantage axés sur la pro-activité, l'autonomisation, l'échange participatif et la responsabilisation. Le processus multi-sources développé par l'équipe PPS vise donc spécifiquement à mesurer et à favoriser ces comportements via une démarche diagnostique, réflexive et développementale collective, unissant professionnels et patients/proches dans une même visée d'amélioration.

L'évaluation multi-sources (souvent appelée « 360° ») est une technique particulièrement appropriée pour évaluer les compétences interpersonnelles comme la collaboration (Jones & Bearly, 1996). Il s'agit d'un système par lequel plusieurs personnes s'auto-évaluent et évaluent les autres membres de leur équipe en utilisant un questionnaire fondé sur un référentiel commun de compétences et comportements (Edwards & Ewen, 1996). Une fois les questionnaires remplis, un système informatique compile et intègre les données de manière à fournir un rapport de rétroaction individualisé. Ce rapport sert ensuite d'assise à une démarche réflexive individuelle et groupale qui représente le préambule à l'établissement d'objectifs d'amélioration des pratiques collaboratives, au monitoring et, ultimement, à l'amélioration elle-même du fonctionnement de l'équipe.

À notre connaissance, aucun instrument/processus multi-sources intégrant la perspective et la

participation des patients/proches, au même titre que les intervenants, n'existe à ce jour. Contrairement aux sondages de satisfaction unidirectionnels et traditionnels remplis par le patient, celui-ci est également évalué quant à ses comportements proactifs d'interaction de soins et reçoit de la rétroaction à ce sujet.

Le processus multi-sources apparaît des plus pertinents pour atteindre les objectifs précités, puisqu'il incite notamment la réflexivité sur les façons d'améliorer le partenariat de soins et de services, puis la mise en œuvre ces améliorations. Les études sur le sujet rapportent par ailleurs la supériorité de ce type de processus, de par la validité accrue engendrée par la quantité et la diversité des perspectives (Church & Bracken, 1997), et divers bénéfices en matière d'amélioration de la communication, de l'engagement, de la compréhension des rôles et responsabilités de chacun (Hurley, 1998) et du rendement (Edwards & Ewen, 1996; Locke & Latham, 2002).

L'objectif principal et global du Volet 2 du projet consistait à développer un processus multi-sources complet du partenariat de soins et de services, intégrant pleinement le patient/proche, et en tester l'utilisation auprès d'équipes de santé et leurs patients. Les objectifs précis du projet se déclinent comme suit : i) identifier les indicateurs de comportements observables les plus pertinents en partenariat de soins et de services (interactions de soins et interactions d'équipe), et ce tant du point de vue du patient que de celui des intervenants ; ii) développer des questionnaires d'évaluation multi-sources du partenariat de soins et de services ; iii) développer des rapports de rétroaction personnalisés, fondés sur les résultats des questionnaires, et offrant des pistes d'amélioration ciblées et concrètes ; iv) implanter et programmer ces questionnaires et bilans sur une plateforme Web fonctionnelle ; v) tester l'utilisation des questionnaires et des rapports personnalisés de rétroaction via la technologie Web ; vi) former professionnels, gestionnaires, patients et proches à l'utilisation des résultats de l'évaluation multi-sources.

APPROCHE : Lors de la conception et de la planification du projet, nous avons d'abord constitué une équipe interprofessionnelle de travail, incluant la participation active de patients experts (équipe PPS), élaboré un plan détaillé du projet et identifié les ressources clés à mobiliser. Nous avons eu de nombreux échanges et discussions avec des gestionnaires de divers milieux de santé afin d'obtenir la participation de leurs ressources aux entrevues et groupes de discussions, des échanges et discussions. Par la suite, une revue exhaustive de la documentation sur les processus multi-sources, les compétences et les comportements favorables aux pratiques collaboratives et au partenariat de soins a été réalisée.

Lors de la mise en œuvre du projet, de nombreuses techniques ont été utilisées et activités ont été réalisées. Diverses techniques de création d'instruments bien connues dans le monde du travail, notamment l'analyse d'emploi (Brannick, Levine, & Morgeson, 2007) et autres approches inductives et déductives, ont servi d'assise au processus de conceptualisation du questionnaire multi-sources. Des entrevues individuelles (n=17) et des groupes de discussion (n=3) à la fois avec des intervenants d'équipes interprofessionnelles et avec des patients/proches ont été tenues. Une première version du questionnaire a été évaluée par deux comités d'experts (un comité formé de 17 intervenants et un comité formé de 14 patients-partenaires experts), permettant ainsi la sélection des items les plus pertinents. Par la suite, les items du questionnaire retenus (indicateurs comportementaux) ont été transposés dans un cadre conceptuel multidimensionnel délimitant les comportements selon les phases et contextes de travail, et donnant ainsi lieu à trois grandes catégories de comportements à évaluer : comportements d'interaction de soins, comportements d'interaction d'équipe, comportement de gestion d'équipe. Il est à noter qu'il s'agit du premier modèle conceptuel de questionnaires multi-sources qui intègre pratiques collaboratives interprofessionnelles et pratiques collaboratives avec le patient/proche dans une perspective de partenariat de soins. En parallèle, les consignes, les échelles de réponse et les

items finaux constituant les questionnaires ont été élaborés, de même que les maquettes de rapports de rétroaction individualisés comportant diverses sections de résultats (c.à.d., sommaire global, scores les plus favorables, scores les moins favorables, écarts de perception).

Une fois les étapes de conception terminées, plusieurs appels d'offre ont été réalisés en vue d'engager un fournisseur de services informatiques à contrat pour assurer l'intégration et l'hébergement des questionnaires et rapports de rétroaction sur une plate-forme web appropriée.

Le fournisseur engagé a procédé à l'implantation et à la programmation complètes de ces outils.

Afin d'en évaluer le fonctionnement et la convivialité, un pré-test des questionnaires multi-sources et des rapports informatisés a été réalisé à l'interne par l'équipe PPS/CPASS. Diverses améliorations ont été apportées suite à ce pré-test, et le résultat final répond parfaitement aux objectifs et attentes fixés.

Afin d'assurer l'accompagnement adéquat des participants tout au long du processus multi-sources, deux ateliers de formation ont été développés : un atelier de préparation et un atelier de suivi. Par ailleurs, un manuel technique à l'intention de l'équipe PPS /CPASS (Volet 2, annexe 1) et un manuel à l'intention des fournisseurs de technologie multi-sources ont été rédigés. Enfin, de nombreuses démarches de recrutement auprès d'équipes de soins ont été réalisées pour la tenue de pilotes.

Divers défis ont été rencontrés au cours du projet en matière d'innovation. Nous étions d'abord confrontés à la difficulté saillante de développer un questionnaire qui mesure les comportements les plus pertinents en matière de pratiques collaboratives interprofessionnelles et de partenariat de soins, mais qui peuvent être répondus à la fois par le patient et l'intervenant. En effet, les rôles diffèrent entre acteurs, et selon les contextes. De plus, dans le contexte quotidien de travail collaboratif entre collègues intervenants, le patient n'est pas témoin de ces interactions. Pour pallier à cette difficulté, le questionnaire est fondé sur un cadre conceptuel multidimensionnel

délimitant les comportements selon les phases et contextes de travail (Jones & Bearly, 1996 ; Marks, Mathieu, & Zaccaro, 2001), et comprend ainsi trois grandes catégories de comportements à évaluer : comportements d'interaction de soins (répondus par les intervenants et les patients), comportements d'interaction d'équipe et comportements de gestion d'équipe (répondus par les intervenants uniquement). Par ailleurs, des items « miroirs » et équivalents propres aux patients et propres aux intervenants ont dû être développés pour la section des comportements d'interaction de soins puisque le rôle et les responsabilités de chacun ne sont pas identiques (Volet 2, annexe 1).

En parallèle, plusieurs avantages collatéraux ont découlé du projet. En effet, tout le travail réflexif entourant la démarche et la création des indicateurs de comportements ont pu être mis à profit dans le développement d'autres outils d'évaluation maintenant utilisés dans le programme Partenaires de soins /PPS (p.ex. : grille d'observation du fonctionnement des équipes en partenariat de soins, lors de réunions PII). De plus, nos démarches de communication et de recrutement ont notamment permis une meilleure connaissance et croissance de l'intérêt des gestionnaires des équipes cliniques pour cette forme d'évaluation et de processus.

Par ailleurs, le travail réalisé dans le volet 2 a joué un grand rôle dans la compréhension de la notion de partenaire de soins et de services et a donc influencé positivement les deux autres volets du projet. La logique développée pendant la création des énoncés de questionnaires a mis en lumière deux types de patients partenaires. D'abord, celui qui est visé par les soins de santé dans les cadres de ses interactions avec les professionnels de la santé, c'est-à-dire le « patient-partenaire usager ». Ensuite, le patient qui peut, de par son savoir expérientiel, agir comme personne ressources tant auprès d'intervenants et d'autres patients-partenaires usagers, c'est-à-dire le « patients-partenaire ressource ».

Leadership et partenaires : Plusieurs partenaires ont participé et contribué à l'élaboration du projet. En premier lieu, l'hôpital Ste-Justine, l'Hôpital Sacré Cœur, la Cité de la santé de Laval et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ont permis la participation de leurs ressources aux entrevues individuelles et aux groupes de discussion. De plus, des patients et intervenants de l'Université de Montréal, du CHUM, de HMR, de HSJ, du CSSS Sud de Lanaudière, du CSSS Antoine-Label, du CSSS Bordeaux-Cartierville et du CSSS Jeanne-Mance ont participé au pré-test/comité d'expert ayant permis la sélection des items finaux du questionnaires. Enfin, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal grâce à son programme patient partenaire, a grandement influencé la vision de départ et facilité l'engagement des patients experts tout au long de la démarche.

Communication et diffusion de l'information : Plusieurs stratégies de communication ont été employées à diverses étapes du projet. Des présentations dudit projet ont été faites au Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, et à des colloques. De plus, des rencontres personnalisées ont été organisées avec des gestionnaires des équipes cliniques, et avec des intervenants des équipes cliniques dans les milieux de santé suivants : CSSS Cavendish, CSSS Jean-Mance, CSSS Pierre-Boucher, Hôpital Montfort, Équipe de santé familiale académique Montfort. Enfin, un site web pilote a aussi été créé en vue de maximiser les efforts de communication et diffusion :

<http://www.mapageweb.umontreal.ca/chiocchf/processusmultisources.htm> (Volet 2, annexe 2)

Dans le cadre des activités de recrutement, les établissements, les professionnels et leurs patients sont visés par notre processus de diffusion d'information. Un feuillet d'information est disponible sur le site web et est envoyé à toute personne approchée. Des rencontres face-à-face permettent ensuite de répondre aux questions de manière personnalisée. Les établissements intéressés ont ensuite demandé à ce que le projet fasse l'objet d'une demande de conformité éthique. Les

informations contenues dans les dossiers de demande de conformité sont une source d'information additionnelles permettant aux parties prenantes de se familiariser avec le processus. Il est à noter que toutes les équipes sollicitées ont souligné le besoin d'être compensées en temps ou en argent pour dégager les intervenants et participer au projet pilote. Malheureusement, nous n'avions pas anticipé ce problème et au moment où cela s'est manifesté, il n'y avait plus de budget pour procéder.

Par ailleurs, la publication éventuelle des résultats inhérents à l'implantation et la réalisation du processus multi-sources dans les milieux de soins constituerait une activité de diffusion utile à terme. Enfin, le processus multi-sources développé peut aisément s'intégrer à tout projet touchant l'évaluation et à l'amélioration des relations de soins, des pratiques collaboratives et du renforcement de l'intégration des patients dans leur propre processus de soins. L'approche peut être au cœur de stratégies de gestion du changement plus large, notamment dans un cadre organisationnel où plusieurs secteurs participent au processus multi-sources. Dans ces cas, nous sommes en mesure de dégager des tendances générales qui permettent aux administrateurs et à la direction de mettre en place des stratégies d'améliorations à plus grande échelle.

Le financement de Santé Canada ayant pris fin, un projet de recherche est actuellement en cours d'élaboration dans le cadre du programme Partenariat d'amélioration du système de santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC-PASS). Celui-ci est dirigé par François Chiochio, et regroupe plusieurs chercheurs et praticiens. Quelques-uns sont issus du présent projet, pour en assurer la continuité, et d'autres se sont ajoutés :

- Marie-Josée Fleury PhD | Chercheure, Institut universitaire en santé mentale Douglas, McGill University
- Dre Paule Lebel MD, MSc, CSPQ, FRCPC | Faculté de médecine, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal
- Dre Marie-Hélène Chomienne | Faculté de médecine, Université d'Ottawa
- Vincent Dumez MSc | Directeur Initiative Patient Partenaire, Faculté de médecine,

Université de Montréal

- Hélène Essiembre PhD | Psychologue organisationnelle, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal
- Silvia Bonaccio PhD | Chercheure, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa
- Isabelle Tremblay Cdte PhD | Coordonnatrice, Département de psychologie, Université de Montréal

Ce projet, qui sera déposé à l'automne 2013, vise à déployer le processus multi-sources dans 50 équipes québécoises et ontariennes, de façon à : 2) du point de vue pratique, fournir le service de diagnostic et de suivi de l'amélioration des pratiques collaboratives de partenariat de soins ; 2) du point de vue recherche, déterminer dans quelle mesure le processus multi-sources favorise la satisfaction en emploi des intervenants, la satisfaction des patients/proches quant aux services de santé reçus, l'engagement au travail des intervenants, l'engagement dans le traitement et l'observance des patients, et l'effet sur la sécurité des patients et la santé des patients ; 3) déployer le processus (avec ses instruments, ateliers et processus de suivi) dans les deux langues officielles ; 4) ajouter des acteurs au processus, en développant des énoncés pertinents pour le tandem clinico-administratif et le personnel de soutien (p. ex. : réceptionniste).

Ultimement, nous souhaiterions que dans cinq ans, le processus multi-sources soit utilisé annuellement par 25 équipes canadiennes.

RESULTATS CLES : Le processus multi-sources développé par l'équipe PPS / CPASS suscite un intérêt marqué dans les milieux de santé. Son caractère novateur axé sur un partenariat de soins véritable, la rigueur conceptuelle de l'outil multi-sources et des rapports de rétroaction, ainsi que les mesures de développement et de soutien qui les accompagnent répondent à des besoins tangibles des équipes interprofessionnelles souhaitant s'engager dans un processus de réflexion profonde et d'amélioration de l'efficacité collaborative. Notre processus est le seul mécanisme disponible permettant de favoriser à la fois l'habilitation des professionnels et l'habilitation des patients/proches dans le cadre d'une même démarche groupale.

Il importe toutefois de souligner que nous avons rencontré des difficultés importantes relativement au recrutement auprès des équipes. Des démarches d’information et de sollicitation pour la tenue des pilotes ont été réalisées auprès de treize équipes de soins en provenance de huit établissements de santé et services sociaux au Québec et en Ontario. La grande majorité de ces équipes avaient d’emblée accepté de participer aux pilotes, des formulaires exhaustifs d’éthique ont été élaborés et agréés, mais la plupart d’entre elles se sont ensuite désistées pour divers motifs (manque de temps/ressources, absence de compensation pour le temps alloué au projet, configuration d’équipe/critères méthodologiques non appropriés, etc.). Plusieurs documents d’information ont été développés pour bien expliquer la démarche, ses avantages et les implications requises, et un site web a été conçu et implanté en vue d’augmenter la visibilité du projet multi-sources et favoriser le recrutement. Trois équipes de soins ont maintenant confirmé leur participation aux pilotes, lesquels débiterons à l’été et l’automne 2014.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : Les administrateurs fédéraux et provinciaux auraient avantage à favoriser l’implantation de notre processus multi-sources en participant à une éventuelle Phase 2 de notre recherche-action.

Message auquel il faut donner suite	Fondé sur les données suivantes relatives au projet
Des investissements supplémentaires doivent être consentis en milieu clinique afin d’offrir une compensation aux professionnels de la santé pour le temps alloué à leur participation au processus multi-sources, ainsi qu’aux patients pour les frais de déplacement et de stationnement inhérents à leur participation.	La majorité des gestionnaires ont soulevé ces besoins. Ceux-ci engendrent des difficultés de recrutement.
Nous sollicitons un investissement de 50,000\$ de la part de Santé Canada pour pouvoir déposer le projet de recherche mentionné à la section « Quels sont vos plans pour le projet »	

à présent que le financement de Santé Canada a pris fin? ». Cet investissement est un prérequis pour pouvoir déposer une demande au programme PASS des IRSC. En effet le programme PASS requiert la participation financière de partenaires afin d'obtenir des fonds de recherche. Avec 50,000\$ de Santé Canada, nous serions en mesure de demander 200,000\$ de plus aux IRSC et donc de disposer de 250,000\$ pour procéder au projet énoncé plus haut.

Références

Church, A. H., and Bracken, D. W. (1997). Advancing the State of the Art of 360-Degree Feedback: Guest Editors' Comments on the Research and Practice of Multirater Assessment Methods." *Group and Organization Management*, 22(2), 149-161.

Edwards, M. R., & Ewen, A. J. (Eds.). (1996). *360° Feedback*. New York: AMACON - American Management Association.

Jones, J. E., & Bearley, W. L. (1996). *360° Feedback*. Amherst, MA: HRD Press.

Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A Temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376.

Hurley, S. (1998) "Application of team-based 360° feedback systems", *Team Performance Management*, 4 (5), 202 - 210

VOLET 3 – Assurer la diffusion de l’information et le transfert des connaissances sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins et de services par les meilleurs moyens

CONTEXTE : À travers le réseau de la santé, on constate une méconnaissance des initiatives de partenariat de soins avec le patient et ses proches ainsi que des outils et moyens de diffusion efficaces pour partager et diffuser les meilleures pratiques collaboratives en santé. De surcroît, cette absence de cumul des connaissances qui est mentionné de façon récurrente par les participants issus du réseau de la santé entraîne des coûts significatifs en ressources et en temps pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

À cet effet, pour faciliter le transfert des connaissances, **le volet 3 du PPS vise** à dresser un portrait précis des besoins relatifs à la diffusion de l’information et des connaissances, afin d’identifier les stratégies de diffusion sur le partenariat de soins les plus pertinentes pour les gestionnaires, les professionnels du Réseau universitaire intégré de santé de l’Université de Montréal (RUIS de l’UdeM) ainsi que les patients, les proches et autres partenaires communautaires.

APPROCHE : Validées par le Comité des pratiques collaboratives du RUIS de l’UdeM, (comité aviseur de la démarche du PPS), deux approches ont été préconisées : une Journée d’étude avec des acteurs clés et une étude exhaustive des besoins combinant des stratégies d’enquête et de consultation. Dans les deux cas, nos approches ont visé l’inclusion de partenaires gouvernementaux du réseau de la santé, tels le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), une multitude d’agences sociosanitaires régionales et d’établissements de santé et services sociaux de toutes les missions (instituts et centres universitaires ou affiliés, centres de réadaptation, centres hospitaliers régionaux, centres de santé et de services sociaux, etc).

Journée d'étude avec les acteurs de la collaboration des RUIS de l'UdeM, de l'Université

Laval et du MSSS : Une journée d'étude sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins a été tenue le 6 septembre 2011 et réunissait des représentants (annexe 1) académiques et clinico-administratifs des RUIS des universités Laval et de Montréal avec pour objectifs de : 1) favoriser les échanges sur des approches et des outils de collaboration entre l'UdeM, l'Université Laval et leur RUIS, dans une perspective d'élaboration d'un plan d'action concerté, 2) réunir les acteurs-clés dans la poursuite du Cadre de développement et du déploiement de la stratégie ministérielle sur la collaboration interprofessionnelle et 3) formaliser les modalités et mécanismes de transfert de connaissances entre l'Université de Montréal, l'Université Laval et leur RUIS.

Entrevues auprès de professionnels, gestionnaires et partenaires du mouvement associatif en santé (Automne 2011) :

- **Groupes de discussion et entrevues individuelles :** Des groupes de discussion et entrevues ont été organisés à l'automne 2011 (novembre-décembre), auprès de gestionnaires, de professionnels de la santé ainsi qu'auprès de représentants de mouvements associatifs en santé des régions desservies par le RUIS de l'UdeM. Quatre groupes de discussion et deux entrevues (individuelle et téléphonique) tenus à Montréal, Longueuil et Laval ont permis de réunir au total, 36 intervenants (20 professionnels et 16 gestionnaires) en provenance de 16 établissements de santé et de services sociaux et de 8 mouvements associatifs en santé (voir annexe 2). Les discussions, animées par les co-directeurs du volet 3, ont été enregistrées avec l'accord préalable des participants.

Les trois thèmes communs de discussion abordés en entrevues individuelles et de groupes étaient : 1) l'accès à l'information sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins : besoins et expériences; 2) les pratiques collaboratives et la diffusion de l'information : comment

faciliter la communication et articuler le transfert des connaissances ; 3) le développement d'un site web sur le partenariat de soins : pertinence, contenus et fonctions.

Les données descriptives des entrevues individuelles et de groupe issues des enregistrements audio ont été transcrites (janvier-février 2012), analysées, synthétisées et codées (février-mars 2012) à l'aide de l'outil d'analyse qualitative QDA Miner.

Les observations transversales provenant des données qualitatives recueillies de ces discussions relèvent de besoins et d'enjeux communs, tels que i) les besoins flagrants d'une terminologie harmonisée et d'un cadre conceptuel ainsi que d'une plateforme en ligne pour accéder, consulter, déposer et échanger de l'information en temps réel sur la collaboration et le partenariat de soins et de services; ii) les enjeux en regard : des aspects légaux et juridiques de la collaboration; des rôles et responsabilités des intervenants, patients et proches; du niveau de littératie des contenus à développer pour les différentes clientèles (professionnels, gestionnaires, proches); des mécanismes de diffusion des initiatives de collaboration.

- Élaboration, administration et analyse des résultats d'une enquête électronique portant sur le développement d'un site web dédié au partenariat de soins et de services (Hiver-été 2012) : Dans la planification et la conception d'un site Web, identifié comme besoin prioritaire à l'issue des entrevues réalisées à l'automne 2011, l'élaboration d'une enquête électronique portant sur les fonctions et contenus d'un site web sur le partenariat de soins et de services a été réalisée à l'hiver 2012 avec la contribution d'une stagiaire candidate à la maîtrise en sciences de l'information (MSI) de l'UdeM.

Les thèmes abordés dans l'enquête électronique traitaient des moyens utilisés pour obtenir et diffuser de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches, l'intérêt, les fonctions et les contenus d'un site Web dédié aux pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches, la volonté de partager de l'information

et de la documentation concernant les pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches.

Le questionnaire a été testé et validé auprès des directeurs et de leurs collaborateurs des autres volets du projet PPS. L'enquête a été conçue et mise en ligne avec l'outil Qualtrics et l'invitation initiale auprès des participants a été faite le 25 mai 2012. L'échantillon a été constitué selon la méthode « boule de neige » : les acteurs potentiels de la collaboration ont d'abord été identifiés auprès d'une multitude de groupes de travail et comités dont : les participants rencontrés lors des groupes de discussion ; les membres des comités sectoriels du RUIS de l'UdeM ; le personnel du Bureau facultaire de l'expertise patient-partenaires (BFEP) et les membres de Comité interfacultaire opérationnel (CIO-CEI) ; les membres du Conseil multidisciplinaire de l'Agence de Montréal ; des répondants au niveau des ministères dont le MSSS et l'Office des professions du Québec ; des répondants au niveau associatif ; les coordonnateurs des programmes en santé dans les collèges ; les membres de la Direction qualité, promotion de la santé et expérience patient du CHUM

Ils ont ensuite été invités par courriel à compléter et diffuser le questionnaire. Des relances et rappels par courriel et en présence auprès de différents comités ont été faites à quatre reprises : 4, 12, 21 juin et 3 octobre. 165 répondants ont complété l'enquête.

Les données descriptives quantitatives de l'enquête en ligne ont fait l'objet d'une synthèse sous forme de tableaux et figures à l'automne 2012. Les données qualitatives issues des questions ouvertes de l'enquête électronique ont été analysées, synthétisées et codées (février-mars 2013) à l'aide de l'outil d'analyse qualitative QDA Miner.

RÉSULTATS CLÉS :

Réseautage RUIS et universités de Montréal et Laval : Lors de la journée, des échanges ont eu lieu sur les initiatives de collaboration dans le RUIS de l'ULaval et celui de l'UdeM; le cadre de

déploiement d'une stratégie ministérielle en matière de pratiques collaboratives ; le processus à implanter pour la détermination des indicateurs de performance en matière de pratiques collaboratives ; et le transfert des connaissances entre l'Université de Montréal, l'Université Laval et leur RUIS. Un rapport synthèse des discussions a été diffusé aux participants à l'automne 2011 (Annexe 1).

Étude sur les besoins d'information et de transfert de connaissances : Le rapport final de l'enquête sur les besoins d'information est présenté en Annexe 3. Parmi les principaux résultats de l'étude, mentionnons que plus de 96% des répondants de l'enquête en ligne ont indiqué qu'ils seraient prêts à utiliser un site ou portail web dédié au partenariat avec le patient et ses proches. Plusieurs participants militent en faveur d'une meilleure concertation pour ne pas réinventer la roue : *« Ce que je trouve difficile du côté, justement, recherches de l'information, c'est que tout le monde, partout, est entrain, un petit peu de refaire exactement le même exercice. Et puis moi, c'est certain que comme spécialiste de la documentation, ce que je souhaiterais, c'est qu'on se mette ensemble, qu'on crée un site où est-ce que tout le monde a accès à l'information qui a été développée à gauche et à droite pour que, justement, que l'exercice ne soit pas de refaire la roue à chaque endroit. »* .

82% des répondants de l'enquête en ligne se disent prêts à permettre la diffusion de leurs outils dans un but non commercial dans la mesure où ils conservent la propriété intellectuelle ou le droit moral de l'œuvre. Les fonctions et contenus prioritaires d'un tel site ont déjà été identifiés : i) contenus et outils de référence (bottin, répertoire, lexique) ; ii) vitrine des expériences de collaboration ; iii) veille informationnelle sur la pratique collaborative.

INCIDENCES DES RÉSULTATS : Au-delà des approches différentes mais complémentaires de l'ULaval et de l'UdeM, le principal extrant de cette rencontre (décrite au point 2.1) fut la liaison créée parmi les principaux acteurs de la collaboration. Des travaux conjoints des deux

universités et RUIS sont en cours (2013-2014), en particulier : i) un projet pilote d'intégration de deux stratégies de transformation des pratiques cliniques en pratiques collaboratives et partenariat de soins au sein d'équipes cliniques ii) la mise en commun et l'implantation d'approches éducatives pour préparer les enseignants à la supervision interprofessionnelle; iii) l'élaboration d'un programme de formation des gestionnaires de premier niveau afin qu'ils puissent favoriser l'implantation de pratiques collaboratives et de partenariat de soins dans leur établissement. Les documents⁵ élaborés par le Comité des pratiques collaboratives et de la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM constitueront des sources d'inspiration importantes.

Les recommandations issues de l'étude des besoins sur les meilleures stratégies d'information et de transfert des connaissances sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins et de services permettent d'ores et déjà de mieux diffuser les outils développés dans les volets 1 et 2 du PPS, en plus des rapports déjà cités des travaux connexes sur les pratiques collaboratives et le partenariat avec les patients et le proches disponibles via le site web du RUIS de l'UdeM.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS : Suite aux échanges avec le RUIS de

l'ULaval, nous recommandons la multiplication de la collaboration par la construction formelle de ponts avec MSSS ainsi qu'avec les RUIS McGill et Sherbrooke.

Au chapitre de l'étude des besoins sur la diffusion et le transfert d'informations, nous recommandons la création d'un lieu unique et pérenne de transfert des connaissances, dépositaire d'un répertoire d'informations, de savoirs et d'expériences sur les pratiques collaboratives et le Partenariat de soins et de services. Un lieu où convergent les intervenants et « apprenants » de

⁵ « *Pratique collaborative : Engagement et leadership* » (Août 2012) et le « *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique optimale entre intervenants et avec le patient* » (mai 2013) sont déjà disponibles sur le site web du RUIS de l'UdeM à l'adresse : <http://www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>. Trois semaines après leur mise en ligne, plus de 400 téléchargements indiquent un réel besoin d'accroître la collaboration numérique pour favoriser l'intégration du partenariat de soins et de services. Un forum pour poursuivre la discussion est également en ligne dans l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA du RUIS de l'UdeM : <http://ccr.ruis.umontreal.ca/formation/environnement-numerique-apprentissage>)

tous horizons. Il est recommandé qu'un tel lieu prenne la forme d'un portail internet pour réunir et rendre accessibles les contenus pertinents portant sur le Partenariat de soins et les pratiques collaboratives. Le site web s'adressera à différentes clientèles et son contenu sera développé et adapté en fonction de celles-ci. Un processus de veille informationnelle et la possibilité de réseauter avec différents intervenants et partenaires du réseau apporteront une valeur ajoutée aux contenus. La gestion du site sera assurée par un comité scientifique (Comité de transfert et de liaison) composé d'un courtier de connaissances, d'un édimestre, de consultants en rédaction et vulgarisation, d'intervenants ressources et de gestionnaires d'établissements, qui assurera la validation scientifique du contenu destiné à être diffusé sur le portail internet.

Liste des annexes :

Volet 1 :

- Annexe 1 : Liste des Ateliers PII pilotes
- Annexe 2 : Évaluation des Ateliers PII
- Annexe 3 : Liste des Ateliers PII en diffusion externe

Volet 2 :

- Annexe 1 : Manuel technique du Processus multi-sources *Partenaires de soins*
- Annexe 2 : Site Web du Processus multi-sources *Partenaires de soins*

Volet 3 :

- Annexe 1 : Journée d'étude sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins
- Annexe 2 : Établissements et organismes représentés aux entrevues de groupe
- Annexe 3 : Le Partenariat de soins et de services. Pour mieux diffuser, transférer et partager les connaissances et expériences

ANNEXES DU VOLET 1

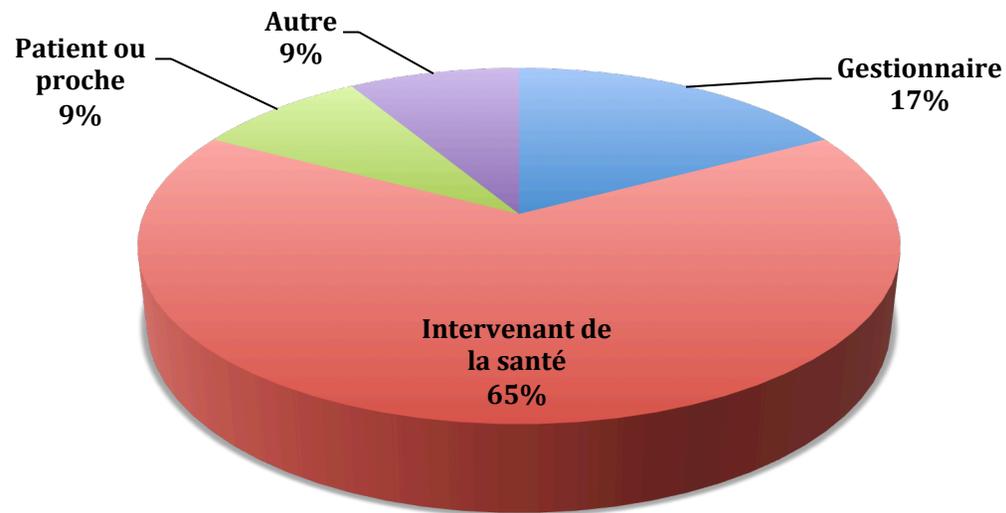
Volet 1 Annexe 1 : Liste des Ateliers PII pilotes

- 29 octobre 2012 - groupe mixte de professionnels, de patients et de proches (CSSS d'Antoine-Labelle)
22 participants : intervenants, patients et gestionnaires (rattachés à différents programmes de l'établissement)
- 28 janvier 2013 – groupe homogène de professionnels
21 participants : LCE (Leaders collaboration en établissement provenant de différents milieux dont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont)
- 5 février 2013 – groupe homogène de patients et proches
7 participants : patients experts du BFEPP

Volet 1 Annexe 2 : Évaluation des Ateliers PII

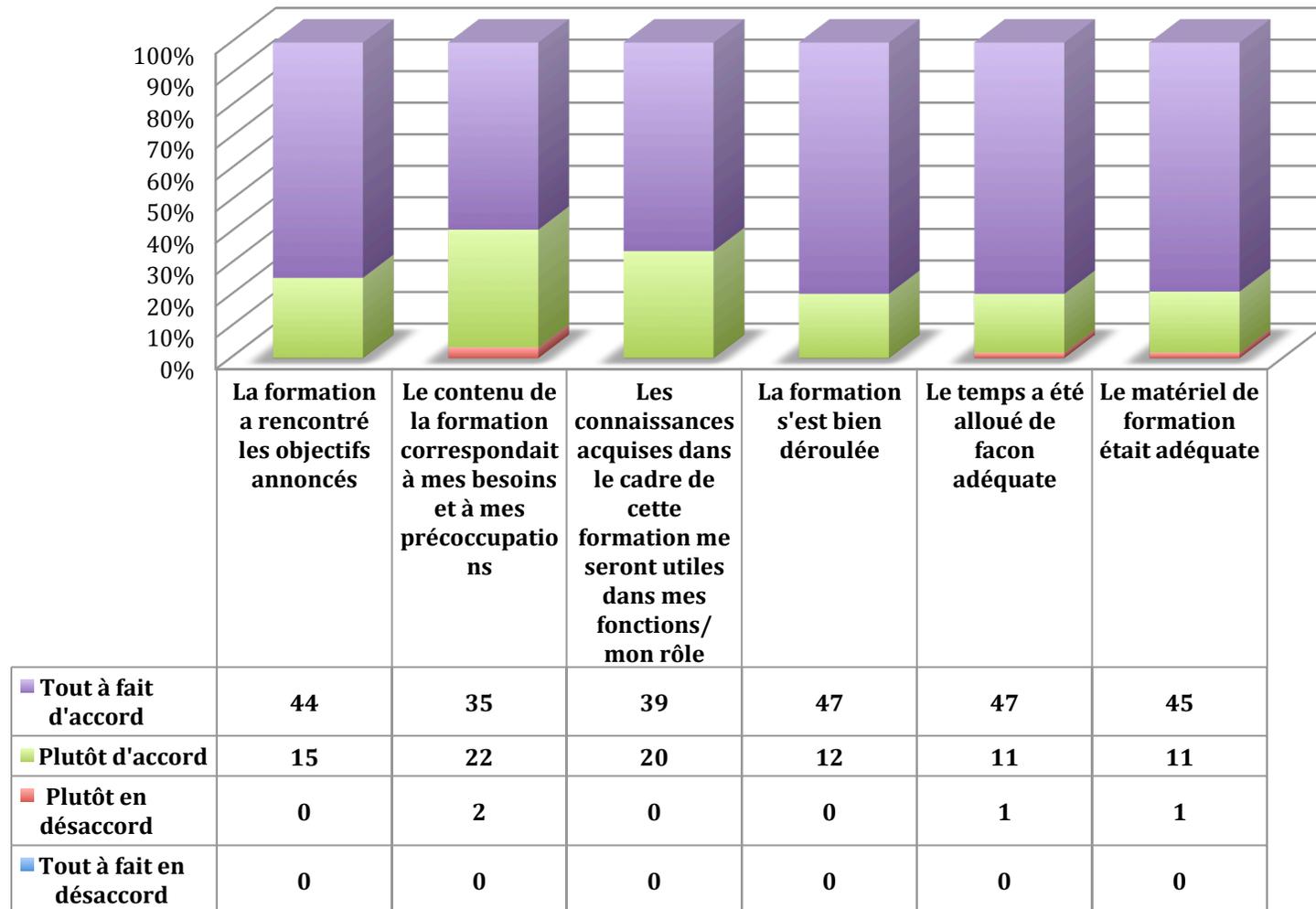
Participants (n=58) à 5 ateliers entre octobre 2012 et avril 2013

→ Vous avez suivi cette formation à titre de :



Autre : comprend des représentants des Directions des ressources humaines, du Développement organisationnel, des communications des établissements du RUIS de l'Université de Montréal.

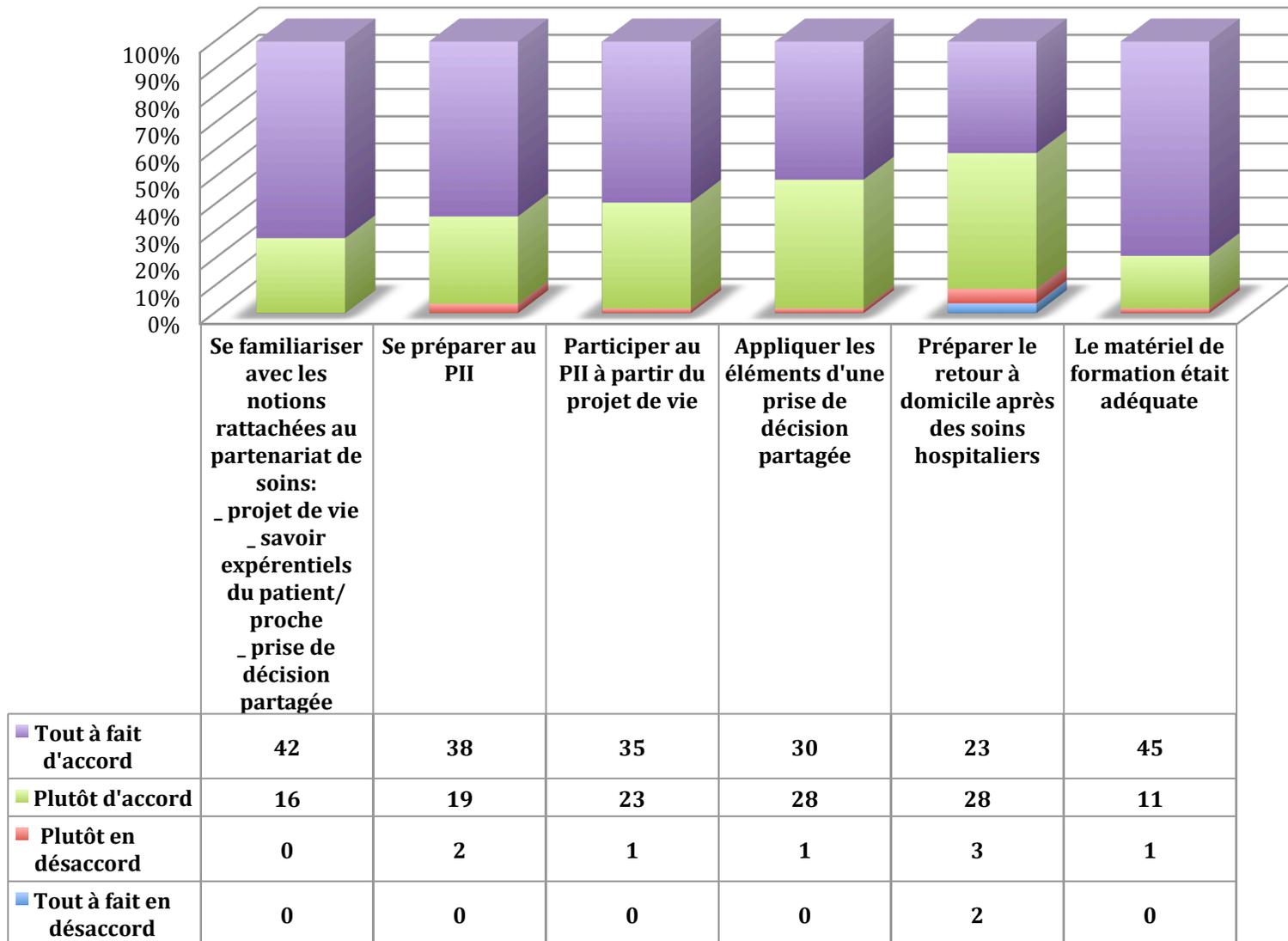
Évaluation globale



Moyenne générale : 3,7 / 4

Atteinte des objectifs

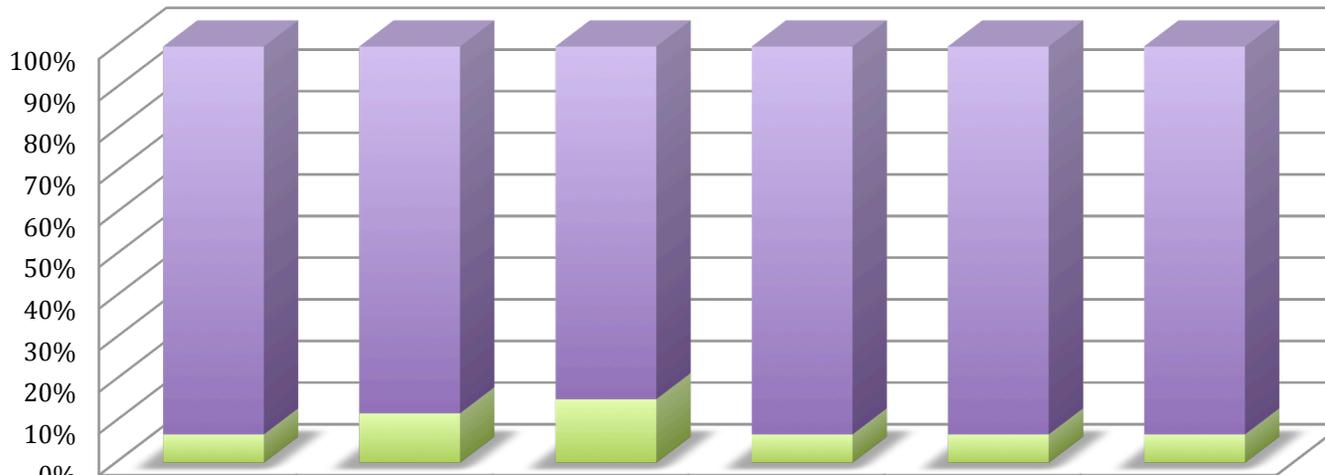
Objectifs annoncés :



Moyenne générale : 3,5 / 4

Prestation des animateurs

De manière générale, les animateurs ont réussi à :



	Transmettre leur connaissance	Présenter le contenu dans son ensemble	Répondre aux questions de façon claire et pratique	Créer une atmosphère propice à l'échange	Solliciter votre participation	Gérer le temps en fonction de l'atteinte des objectifs
■ Tout à fait d'accord	55	52	50	55	55	55
■ Plutôt d'accord	4	7	9	4	4	4
■ Plutôt en désaccord	0	0	0	0	0	0
■ Tout à fait en désaccord	0	0	0	0	0	0

Moyenne générale : 3,9 / 4

Volet 1 Annexe 3 – Liste des ateliers PII en diffusion externe :

- 26 mars 2013 : atelier PII à l'intention de l'équipe de santé mentale du CHUM
- 9 avril 2013 : atelier PII à l'intention d'un groupe du CSSS d'Antoine-Labelle (groupe de professionnels)
- 18 avril 2013 : atelier PII dans le cadre du colloque CIP (Collaboration interprofessionnelle) du CHUM – édition 2013, destiné à un vaste auditoire composé de patients ressources, intervenants (cliniciens ou non), gestionnaires, résidents, stagiaires provenant du CHUM et de plusieurs établissements du Québec en visio-conférence (environ 250 personnes)
- 7 juin 2013 : introduction à la collaboration et au partenariat de soins et de services à l'intention de tous les gestionnaires du CSSS de l'Énergie (environ 100 personnes)

ANNEXES DU VOLET 2

Volet 2 Annexe 1 : Manuel technique du Processus multi-sources *Partenaires de soins*

Manuel technique Processus multi-sources *Partenaires de soins*

Table des matières

Introduction	4
Processus multi-sources : Termes et structure générale	5
Objectifs de la mesure.....	5
Où se situe la mesure dans les phases d'un processus multi-sources	5
Termes qui décrivent les acteurs du processus multi-sources.....	6
Catégories de participants et admissibilité	7
Relation entre les comportements et les participants	8
Types de comportements	9
Comportements d'interactions de soins	10
Comportements d'interactions d'équipe	10
Comportements de gestion de l'équipe.....	10
Consignes	11
Consignes d'auto-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction de soins (patients / proches et intervenants participants)	11
Consignes d'auto-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction d'équipe (intervenants participants seulement)	12
Consigne qui précède les questions relatives à la gestion d'équipe (intervenants participants seulement).....	12
Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction de soins (patients / proches et intervenants participants)	12
Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction d'équipe (intervenants participants seulement)	13
Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à la gestion d'équipe (intervenants participants seulement)	13
Échelle de réponse	13
Échelle d'auto-évaluation.....	13
Échelle d'inter-évaluation	14
Version « indicateurs » des items d'interactions de soins	15
Conception des items-sources	15
Liste des items A, B, C et D	15
Version « indicateurs » des items d'interactions d'équipe et d'interactions de gestion	19
Conception des items-sources.	19
Liste des items E, F, G et H	19
Items E – Quoi faire en contexte opérationnel	19
Items F – Comment faire en contexte opérationnel	19
Items G – Quoi faire en contexte de gestion du fonctionnement de l'équipe	20
Items H – Comment faire en contexte de gestion du fonctionnement de l'équipe.....	20
Annexe 1 : Questionnaire répondu par le patient/proche usager	Erreur ! Signet non défini.
Questions sur les interactions de soins	Erreur ! Signet non défini.
Questions répondues par le PpU à son sujet (répondues une fois seulement)	21
Option A - Questions répondues par le PpU au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants).....	22
Option B - Questions répondues par le PpU au sujet de l'ensemble de l'équipe (répondues une seule fois)....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 2 : Questionnaire répondu par un intervenant	Erreur ! Signet non défini.
Questions sur les interactions de soins	Erreur ! Signet non défini.
Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même (répondues une fois seulement)	25
Questions répondues par l'intervenant au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)	26

Manuel technique

Questions sur le fonctionnement opérationnel	Erreur ! Signet non défini.
Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même (répondues une fois seulement)	28
Questions répondues par l'intervenant au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)	29
Questions sur la gestion du fonctionnement de l'équipe	Erreur ! Signet non défini.
Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même (répondues une fois seulement)	31
Questions répondues par l'intervenant au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)	32
Références.....	21

Introduction

Les processus multi-sources permettent plusieurs avantages comparativement aux processus d'évaluation plus simples employés habituellement. Le fait que plusieurs personnes s'auto-évaluent, sont évaluées et évaluent les autres permet de contre-valider les perceptions, permet d'agir sur la qualité des interactions entre les personnes et implique toutes les parties prenantes dans un processus d'amélioration (Jones & Bearley, 1996). Toutefois, le processus plus difficile à implanter (Edwards & Ewen, 1996). Ainsi, bien que tous les instruments devraient avoir leur manuel technique (AERA, APA, & NCME, 2003), plusieurs n'en ont pas à cause de leur (prétendue) simplicité. Dans le cas d'un processus multi-sources, on ne peut en faire l'économie d'un manuel qui balise – en plus de la mesure en tant que telle – l'évaluation et la gestion de l'amélioration. Ce manuel est le fruit d'un processus itératif (pour le moment il ne contient que l'information pertinente à la portion *mesure* du processus multi-sources) et sa lecture représente donc une opportunité pour tous d'améliorer leur compréhension du processus ou d'améliorer le manuel lui-même.

Ce manuel est un outil de travail destiné exclusivement à l'équipe PPS du CPASS et aux fournisseurs de technologie multi-sources. Le manuel est conçu comme un dépôt officiel permettant aux concepteurs d'y puiser l'information nécessaire à une compréhension détaillée et nuancée de l'instrument multi-sources. Bien que ce manuel puisse servir de source d'inspiration pour concevoir d'autres documents ou activités (par exemple, une formation destinée aux participants), le manuel n'est pas conçu pour d'autres personnes que l'équipe PPS du CPASS et aux fournisseurs de technologie multi-sources et ne vise pas à décrire la relation qu'il peut exister entre plusieurs instruments dans un processus où plusieurs approches d'évaluations sont utilisées simultanément. Le manuel décrit les étapes du processus multi-sources, les termes clés et la nature des items et, en particulier, il sert de point de référence pour comprendre la structure théorique et conceptuelle des items, ainsi que les liens et la correspondance entre les items-sources neutres (c.-à-d. les items de base sans ajustement concernant les référents) et les items des questionnaires (c.-à-d., ajustés pour les référents).

Il y a au moins deux façons de consulter le document. Pour se donner une idée des bases conceptuelles et de la structure de l'instrument, il convient de consulter le corps du manuel. Pour se donner une idée de l'expérience que vivront les participants au processus multi-sources, il est préférable de se référer aux annexes. Quoi qu'il en soit, une compréhension fine et nuancée nécessite d'avoir une vue d'ensemble de tout le document. Par exemple, il est nécessaire de comprendre les catégories et les rôles des participants et donc *qui* répond à *quoi*. Aussi, pour comprendre les raisons qui sous-tendent un item ou sa formulation, il faut comprendre la définition du concept que l'item représente. Il faut aussi s'assurer de bien comprendre la différence entre un indicateur comportemental, la formulation qu'on en fait de manière neutre et sa formulation dans le questionnaire; toutes les incarnations doivent être cohérentes.

Processus multi-sources : Termes et structure générale

Objectifs de la mesure

Les questionnaires visent à capturer les évaluations des participants au processus multi-sources afin d'identifier des pistes d'amélioration du partenariat de soins. L'instrument ne peut être utilisé pour prendre des décisions administratives (p. ex. porter un jugement sur le fonctionnement de l'équipe dans un contexte d'agrément, donner une promotion à un intervenant ou le rétrograder, restreindre l'accès d'un patient/proche aux soins).

Où se situe la mesure dans les phases d'un processus multi-sources

Bien que certaines variations existent (Blazer, Greguras, & Raymark, 2004; Dalessio, 1998), voici les grandes phases d'un processus multi-sources du point de vue des participants et du point de vue des concepteurs (adapté de Edwards & Ewen, 1996). Les phases sont reliées les unes aux autres. Ainsi, une mesure qui n'est pas faite adéquatement, soit parce que les questions ne sont pas pertinentes ou parce que le processus de mesure ne fonctionne pas bien, affectera négativement les autres phases. Par exemple, la mesure doit pouvoir fournir la matière permettant à un participant de s'améliorer tout en aidant l'expert multi-sources à lui formuler des suggestions d'amélioration pertinentes (Folkman, 1998) de manière motivante (Grenier, Chiochio, & Beaulieu, in press).

Phase	Description	Point de vue des participants	Point de vue des concepteurs
1	Mesure	<ul style="list-style-type: none">-Une rencontre d'information est suivie de la distribution des questionnaires aux participants.-Les participants sont admissibles selon des critères établis.-Les participants répondent aux questionnaires dans un délai raisonnable.-Les accommodements requis par les participants doivent être offerts.	<ul style="list-style-type: none">-Les questionnaires ont été conçus à partir des trois cadres conceptuels, ainsi que des groupes de discussions et des entrevues individuelles effectuées avec des patients/proches et des intervenants membres d'équipes de soins selon des méthodes éprouvées.-Un concepteur joue le rôle d'expert multi-sources afin de présider les rencontres et effectuer les présentations.-Un concepteur joue le rôle d'administrateur et indique au système qui sont les participants d'une équipe et quel rôle chacun d'eux joue dans le processus.

Manuel technique

2	Rapport de rétroaction (Évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> -Les données de tous les participants sont compilées par le système. -Un rapport individuel personnalisé et confidentiel est produit. -Une rencontre individuelle ou groupale est organisée où les rapports individuels sont distribués et expliqués aux participants selon une modalité qui facilite l'intégration des informations (p. ex. un accompagnement personnalisé est possible). -La rencontre (ou une autre rencontre) permet aussi d'expliquer comment constituer un plan d'action à partir du rapport de rétroaction. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'administrateur produit le rapport. -L'expert multi-sources préside les rencontres et effectue les présentations et les rétroactions.
3a	Gestion des améliorations : Plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> -De façon individuelle et en groupe, les participants élaborent un plan d'action qui comporte des objectifs personnels et des objectifs groupaux. -Cette démarche peut s'échelonner sur un certain temps et nécessite habituellement du coaching. Une fois le plan d'action élaboré, il est mis en pratique. 	-L'expert multi-sources aide informellement ou formellement.
3b	Gestion des améliorations : Suivi du plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> -Une rencontre a lieu où les participants au processus multi-sources font un bilan de l'application du plan d'action, soulignent les améliorations et se réajustent au besoin. 	-L'expert multi-sources aide informellement ou formellement.

Termes qui décrivent les acteurs du processus multi-sources

Les processus multi-sources impliquent plusieurs personnes qui sont en interaction et il est important de les distinguer si l'on veut bien comprendre les rôles de chacun.

Acteur	Définition et rôle	Commentaire
Expert multi-sources	Personne du CPASS dont le rôle consiste à aider les équipes à maximiser l'utilisation et l'incidence du processus multi-sources.	L'expert multi-sources et l'administrateur peuvent être la même personne.
Administrateur	Personne du CPASS dont le rôle consiste à interagir avec la technologie pour coordonner le processus multi-sources d'une équipe de soins.	L'administrateur et l'expert multi-sources peuvent être la même personne.
Concepteur	Membre de l'équipe « PPS » du CPASS ou membre de l'équipe du fournisseur de la technologie dont le rôle consiste à assurer aux participants que l'instrument et la technologie soient les meilleurs possibles.	
Participant	Un intervenant ou un patient/proche qui répond à un questionnaire multi-sources au sujet de lui-même ou au sujet des autres avec qui il a eu et aura des interactions suffisantes pour répondre et fournir une rétroaction valide.	

Manuel technique

Intervenant	Membre d'une équipe de soins dont le rôle est valorisé et compris et qui y collabore à part entière, d'égal à égal sans égards aux frontières professionnelles, disciplinaires, de savoirs ou de statut. Le rôle d'un intervenant consiste à actualiser ses expertises et savoirs propres afin d'actualiser le projet de vie de tous les patients/proches usagers dont l'équipe est responsable et à contribuer à leur fournir les meilleurs soins de santé. Selon les équipes, un intervenant peut être un professionnel de la santé, un non professionnel employé de l'établissement, ou un bénévole.	
Patient/proche Usager	Participant qui a besoin de soins fournis par une équipe de soins, qui est respecté dans tous les aspects de son humanité, qui a des savoirs expérientiels reconnus, qui s'habilite et développe progressivement ses compétences (c.-à-d. autonomie), qui est habilité et aidé progressivement à développer ses compétences (c.-à-d. soutenu par les autres), qui est en mesure de faire des choix de santé libres et éclairés à son propre sujet. Il est « membre » de l'équipe de soins, mais en ce qui concerne ses propres soins seulement, non ceux des autres patients/proches usagers. Le rôle du patient/proche usager est d'actualiser son propre projet de vie, de s'orienter et d'orienter les intervenants autour de son propre projet de vie, dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'intervention.	
Patient/proche Ressource	Intervenant (donc voir plus haut) dont le rôle consiste à orienter les autres intervenants autour du projet de vie de tous les patients/proches usagers dont l'équipe est responsable, dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'intervention.	Le patient/proche Ressource ne reçoit pas de soins de l'équipe dans laquelle il est intervenant.
Équipe de soins	Groupe d'intervenants qui interagissent en fonction d'une problématique de soins ou d'une catégorie de patients/proches usagers.	Un intervenant est un membre de l'équipe de soins dans la mesure où son rôle est reconnu par les autres intervenants comme contribuant à la santé des patients/proches usagers dont l'équipe est responsable.

Catégories de participants et admissibilité

En plus d'améliorer les interactions entre tous les participants (Jones & Bearley, 1996), les processus multi-sources qui mesurent les interactions entre *fournisseurs* et *usagers* deviennent une source de motivation additionnelle en plus de permettre aux usagers d'avoir une voix qu'ils n'ont généralement pas, d'être intégré au processus décisionnel de l'amélioration des interactions qui les concernent (Edwards & Ewen, 1996). Toutefois, le défi d'implantation augmente à mesure que le nombre et le type d'acteurs augmentent (il n'y a pas de nombre maximal d'acteurs).

Pour que le processus multi-sources soit implanté efficacement et perçu comme crédible et utile du point de vue des participants, ceux-ci doivent se reconnaître dans des catégories évocatrices, et ces catégories doivent être comprises de tous. De plus, les critères d'admissibilité au processus multi-sources doivent être clairs.

Manuel technique

Du point de vue de la mesure, les catégories doivent être clairement établies afin de permettre à l'expert multi-sources d'aider les participants à se catégoriser et afin que l'administrateur puisse d'identifier *qui est qui*. Plus tard dans le processus multi-sources, c'est-à-dire lorsque le rapport individualisé est présenté au participant, les catégories doivent être composées d'au moins trois personnes afin d'assurer la confidentialité des rétroactions. Si certaines catégories ne comptent pas au moins trois membres, il faut produire un rapport dont les participants sont classés dans une catégorie « tous les participants ». Le tableau suivant traite de ces aspects.

Acteur	Exemples de catégories	Admissibilité
Intervenant	Médecins (Md) Infirmiers/ières (In) Autres intervenants (Au) Patients/proches Ressources (PpR)	-Se considérer comme un collaborateur et être considéré comme un collaborateur qui a une contribution unique à l'équipe de soins. -Avoir interagi pour une période d'au moins 6 mois (exceptionnellement pour une période d'au moins 3 mois) avec les autres de l'équipe de soins afin d'avoir eu l'occasion d'émettre des comportements d'interactions d'équipe et de gestion d'équipe et d'avoir été témoin de ces comportements chez les autres. -Les catégories sont des <u>exemples</u> . Toutes les catégories ne sont pas nécessairement présentes dans toutes les équipes et certaines catégories non représentées ici peuvent également exister. L'important est d'avoir un système de catégories défini et clair, des catégories significatives dans lesquelles les participants se reconnaissent et une procédure permettant de combiner les catégories lorsque certaines catégories comprennent moins de 3 participants.
Patient/proche Usager	Patients/proches Usagers	Être un patient qui a besoin de soins (ou un proche d'un patient) et qui a interagi avec les intervenants de l'équipe de soins pour une période de temps et selon une intensité suffisantes qui lui permet d'avoir eu l'occasion d'émettre des comportements d'interactions de soins et d'avoir été témoin de ces comportements chez les intervenants de l'équipe de soins.

Relation entre les comportements et les participants

Jusqu'à présent, le manuel a décrit les participants et certains éléments du processus. La Figure 1 présente de manière graphique ces éléments mais ajoute également des informations qui seront décrites maintenant de manière détaillée. Les boîtes montrent des exemples de catégories d'intervenants. On reconnaît le patient/proche usager (PpU), ainsi que les catégories d'intervenants : médecins (Md), infirmiers/ères (In), une catégorie autre qui pourrait inclure des intervenants comme l'ergothérapeute, le psychologue ou tout autre intervenant pertinent, et enfin le patient/proche Ressource (PpR).

Toutes les flèches sont bidirectionnelles. Une flèche qui pointe sur la boîte de laquelle elle part illustre qu'un participant dans cette catégorie s'auto-évalue. Chaque flèche qui relie deux boîtes indique que les deux participants de ces deux catégories s'évaluent l'un l'autre.

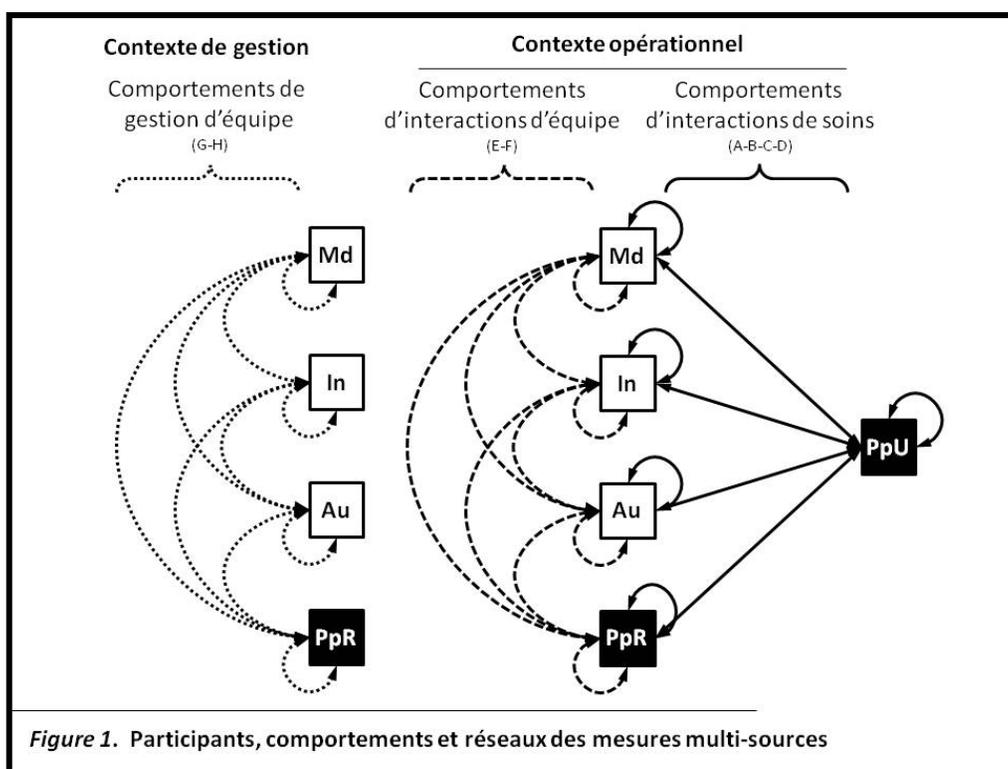
Les flèches sont soit pleines, hachurées ou pointillées, illustrant ainsi les différents types de comportements évalués dans la mesure multi-sources. Ainsi, les comportements d'interactions de soins sont des

comportements qui relient les membres de l'équipe de soins et les patients/proches usagers. C'est là que chaque patient/proche usager actualise son projet de vie et où les intervenants agissent pour faciliter cette actualisation. Les comportements d'interactions d'équipe et les comportements de gestion d'équipe relient les intervenants d'une équipe de soins. Les comportements d'interactions d'équipe permettent à l'équipe de soutenir tous les efforts d'actualisation des projets de vie de tous les patients/proches usagers dont l'équipe est responsable. Les comportements de gestion de l'équipe soutiennent tous les efforts opérationnels.

Types de comportements

Il est important de recourir à des fondements conceptuels pour créer un instrument (Nunnally & Bernstein, 1994), mais ceux-ci doivent être adaptés aux situations précises dans lesquelles les processus multi-sources auront lieu (Jones & Bearley, 1996). C'est ce qui caractérise notre approche. Les types de comportements découlent de

la combinaison de trois cadres théoriques et conceptuels. Le premier cadre conceptuel découle des discussions des membres de l'équipe PPS du CPASS et décrit les comportements d'interactions de soins selon quatre formes qui émergent par la conjugaison des émetteurs de comportements (patients/proches usagers ou intervenants) avec les types de proactivité (participative ou incitative). Dans la figure et ailleurs dans ce manuel, ces comportements sont identifiés par les lettres A, B, C et D. Le second cadre renvoie à la théorie des épisodes de performance de Marks, Mathieu, & Zaccaro (2001). Ce modèle distingue le contexte opérationnel du contexte de gestion. Le contexte opérationnel (ce que Marks et al. nomment *action*) comprend les comportements d'interactions de soins et d'interactions d'équipe. Dans la figure et ailleurs dans ce manuel, ces comportements sont identifiés par les lettres E et F. Le contexte de gestion (ce que Marks et al. nomment *transition*) comprend les comportements de gestion de l'équipe. Dans la figure et ailleurs dans ce manuel, ces comportements sont identifiés par les lettres G et H.



Enfin, le troisième cadre théorique permet de distinguer les comportements d'interactions d'équipe et d'interactions de gestion selon la distinction entre le quoi faire (performance de tâche – identifiée par les lettres E et G dans la figure et ailleurs) et le comment faire (performance contextuelle – identifiée par les lettres F et H dans la figure et ailleurs) (Borman, 2004; Motowidlo, 2003). Les trois types de comportements réfèrent à des contextes distincts de l'univers du travail en milieu de livraison sur lesquels les participants au processus multi-

sources pourront focaliser leur attention en vue de s'améliorer. En d'autres termes, une approche contextuelle permet aux participants qui élaborent un plan d'action de se fixer des objectifs précis qui réfèrent à des situations réelles. Il s'agit d'une façon très concrète de favoriser l'amélioration des participants et des équipes; c'est d'ailleurs ce que Jones et Bearley préconisent en parlant de « situations that need attention » (1996, p. 32). Voyons plus en détail les comportements.

Comportements d'interactions de soins

Il s'agit des comportements émis et observables par les intervenants et le patient/proche usager dans le contexte opérationnel de la livraison des soins. Ces comportements représentent le *quoi faire* (performance de tâche) et se divisent en 4 types selon les définitions du tableau suivant.

Type de comportements proactifs	Interactions de soins	
	Participant émetteur	
	Patient/Proche	Intervenant
Comportements participatifs, c'est-à-dire qui maximisent la participation de soi	-A- Comportement émis par le patient/proche et qui vise à maximiser sa propre participation à l'interaction de soins.	-C- Comportement émis par un intervenant et qui vise à maximiser sa propre participation à l'interaction de soins.
Comportements incitatifs, c'est-à-dire qui maximisent la participation de l'autre	-B- Comportement émis par le patient/proche et qui vise à maximiser la participation de l'intervenant à l'interaction de soins.	-D- Comportement émis par un intervenant et qui vise à maximiser la participation du patient/proche à l'interaction de soins.

Comportements d'interactions d'équipe

Il s'agit des comportements émis et observables par les intervenants (peut inclure le patient/proche Ressource) dans le contexte opérationnel de la livraison des soins. À la différence des comportements d'interactions de soins, les comportements d'interactions d'équipe se concentrent sur ce que l'équipe de soins doit faire pour maximiser l'interaction de soins (voir tableau plus bas).

Comportements de gestion de l'équipe

Il s'agit des comportements émis et observables par les intervenants (peut inclure le patient/proche Ressource) dans le contexte de planification et d'évaluation de la qualité du contexte opérationnel (interactions de soins et interactions d'équipe). À la différence des comportements du contexte opérationnel, les comportements de gestion d'équipe se concentrent sur ce que l'équipe de soins doit faire pour maximiser les comportements inhérents au contexte opérationnel.

Le tableau suivant présente les définitions des comportements d'interactions d'équipe et des comportements de gestion d'équipe.

Type de comportement	Contexte	
	Opérationnel (Comportements d'interactions d'équipe)	Gestion de l'équipe (Comportements de gestion de l'équipe)
Quoi faire (<i>taskwork</i>)	-E- Les comportements d'interactions d'équipe qui ont lieu lors de périodes opérationnelles et qui concernent le <i>quoi faire</i> , c'est-à-dire les comportements centraux de l'équipe, qui représentent ce que l'équipe doit accomplir, sa raison d'être.	-G- Les comportements de gestion d'équipe qui ont lieu lors de périodes où l'équipe focalise sur l'évaluation (passée) et/ou la planification (future) <i>quoi faire</i> et <i>comment le faire</i> pour maximiser les comportements d'interactions de soins et les comportements d'interactions d'équipe en contexte opérationnel.
Comment faire (<i>teamwork</i>)	-F- Les comportements d'interactions d'équipe qui ont lieu lors de périodes opérationnelles et qui concernent <i>comment</i> les personnes interagissent dans ces moments.	-H- Les comportements de gestion d'équipe qui ont lieu lors de périodes où l'équipe focalise sur l'évaluation (passée) et/ou la planification (future) et qui concernent <i>comment</i> les personnes interagissent dans ces moments.

Consignes

Les consignes sont importantes puisqu'elles doivent préparer le participant à adopter un état d'esprit qui facilite la réponse aux questions. Elles doivent expliquer dans un langage simple (a) en fonction de quel contexte et quel participant (soi-même ou quelqu'un d'autre) il faut répondre et (b) comment indiquer les réponses.

Consignes d'auto-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction de soins (patients / proches et intervenants participants)

Patients/proches

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec l'équipe de soins et où vous discutez des soins dont vous avez besoin, des soins que vous recevez ou de votre réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Intervenants

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec le patient ou ses proches et où vous discutez des soins dont il a besoin, des soins qu'il reçoit ou de sa réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Consignes d'auto-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction d'équipe (intervenants participants seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie réalise son travail et est en mode actif, c'est-à-dire dans « le feu de l'action ». Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Consigne qui précède les questions relatives à la gestion d'équipe (intervenants participants seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie fait une pause et réfléchit à ses façons de fonctionner. En pensant à votre façon d'agir dans ces situations, indiquez pour chacun des comportements décrits dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer en indiquant un chiffre de 1 à 6 selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction de soins (patients / proches et intervenants participants)

Option A – Évaluation du patient ou du proche de chaque intervenant individuellement

Patients/proches

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec la personne XXXXX qui est un membre de l'équipe de soins et où vous discutez des soins dont vous avez besoin, des soins que vous recevez ou de votre réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Intervenants

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec le patient ou ses proches et où vous discutez des soins dont il a besoin, des soins qu'il reçoit ou de sa réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure le patient/proche pourrait s'améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Option B – Évaluation du patient ou proche de l'ensemble des intervenants de l'équipe de soins

Patients/proches

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec les membres de l'équipe de soins et où vous discutez des soins dont vous avez besoin, des soins que vous recevez, ou de votre réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que globalement, l'ensemble des membres de l'équipe de soins pourrait

s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec l'équipe de soins. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Intervenants

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec le patient ou ses proches et où vous discutez des soins dont il a besoin, des soins qu'il reçoit ou de sa réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure le patient/proche pourrait s'améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à l'interaction d'équipe (intervenants participants seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où XXXXXXXX, qui est un membre de l'équipe de soins dont vous faites partie, est en train de faire son travail et est en mode actif, c'est-à-dire dans « le feu de l'action ». Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Consignes d'inter-évaluation qui précède les questions relatives à la gestion d'équipe (intervenants participants seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie fait une pause et réfléchit à ses façons de fonctionner. En pensant aux comportements de XXXXXXXX dans ces situations, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne, membre de l'équipe de soins dont vous faites partie, pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Échelle de réponse

Étant donné l'objectif de la mesure, il convient d'avoir une échelle de réponse qui permet d'évaluer si et dans quelle mesure un participant nécessite de s'améliorer (voir Edwards & Ewen, 1996; Jones & Bearley, 1996, qui en recensent plusieurs). L'échelle varie de 1 à 6 et inclut un choix « ? », lequel constitue un choix valide. Ces deux échelles sont constituées afin de bien fonctionner quelque soit le type d'item (A à H).

Échelle d'auto-évaluation

①	②	③	④	⑤	⑥	?
---	---	---	---	---	---	---

Manuel technique

J'ai besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; j'ai grandement besoin de m'améliorer sur ce point					Je fais déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; je ne ressens pas le besoin de m'améliorer sur ce point
--	--	--	--	--	---

Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais faire ce comportement

Échelle d'inter-évaluation

Générale

①	②	③	④	⑤	⑥
Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point					Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point

?

Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec cette personne pour la voir faire ce comportement

Option B de l'interaction de soins (présentée à la section précédente)

①	②	③	④	⑤	⑥
Les membres de l'équipe de soins ont besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; ils ont grandement besoin de s'améliorer sur ce point					Les membres de l'équipe de soins font déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; ils n'ont pas besoin de s'améliorer sur ce point

?

Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec les membres de l'équipe de soins pour les voir faire ce comportement

Version « indicateurs » des items d'interactions de soins

Cette partie du manuel montre comment les indicateurs de comportements recueillis lors de nos consultations se traduisent selon le modèle conceptuel de l'interaction de soins. Jones & Bearley (1996) suggèrent que des items multi-sources réfèrent clairement à un concept, évitent des termes comme *rarement*, *toujours*, et *bon*, réfèrent à des comportement observables, sont cohérents avec la consigne et l'échelle de réponse, sont clairs et compréhensibles, peuvent être évalués par les participants visés, ouvrent sur des perspectives développementales, et sont en lien avec les objectifs organisationnels.

Conception des items-sources

Le tableau suivant illustre comment les indicateurs sont traduits dans le modèle.

Conception d'items à partir d'un indicateur (p. ex. informations franches sur les problèmes de santé) afin d'adhérer au modèle conceptuel				
But	Émetteur du comportement	Verbe actif	Cible du comportement	Thème saillant
A	Le patient/proche	donne	à l'équipe de soins	toutes les informations sur ses problèmes de santé
B	Le patient/proche	demande	à l'équipe de soins	toutes les informations sur ses problèmes de santé
C	Le membre de l'équipe de soins	Donne	au patient/proche	des informations franches sur ses problèmes de santé
D	Le membre de l'équipe de soins	demande	au patient/proche	des informations franches sur ses problèmes de santé

La liste d'items qui suit montre la traduction de tous les indicateurs. Pour voir comment ces items-sources se traduisent en questions, veuillez vous référer aux annexes et examiner les questions indiquées par A, B, C ou D.

Liste des items A, B, C et D

- A03-Le patient/proche donne à l'équipe de soins toutes les informations sur ses problèmes de santé
- B03-Le patient/proche demande à l'équipe de soins de lui fournir toutes les informations sur ses problèmes de santé
- C03-Le membre de l'équipe de soins donne au patient/proche des informations franches sur ses problèmes de santé
- D03-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche des informations franches sur ses problèmes de santé
- A04-Le patient/proche décrit clairement à l'équipe de soins ses problèmes de santé
- B04-Le patient/proche vérifie auprès de l'équipe de soins qu'elle comprend bien ses problèmes de santé

Manuel technique

- C04-Le membre de l'équipe de soins décrit clairement et simplement au patient/proche ses problèmes de santé
- D04-Le membre de l'équipe de soins vérifie auprès du patient/proche la compréhension qu'il a de ses problèmes de santé

- A05-Le patient/proche communique clairement à l'équipe de soins des informations complexes qui le concernent
- B05-Le patient/proche demande à l'équipe de soins qu'elle lui communique clairement et simplement les informations complexes qui le concernent
- C05-Le membre de l'équipe de soins de communique clairement et simplement des informations complexes au patient/proche
- D05-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche de lui communiquer simplement les informations complexes qui le concernent

- A06-Le patient explique clairement à l'équipe de soins son projet de vie
- B06-Le patient tient compte de son projet de vie dans les choix d'intervention possibles
- C06-Le membre de l'équipe explique au patient sa compréhension de son projet de vie
- D06-Le membre de l'équipe tient compte du projet de vie du patient dans les choix d'intervention possibles

- A08-Le patient/proche pose à l'équipe de soins toutes ses questions au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention
- B08-Le patient/proche demande à l'équipe de soins des explications au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention
- C08-Le membre de l'équipe de soins répond à toutes les questions du patient/proche au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention
- D08-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche si ses explications au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention sont claires

- A09-Le patient/proche communique à l'équipe de soins les difficultés qu'il a à surmonter ses inquiétudes ou sa détresse
- B09-Le patient/proche demande à l'équipe de soins comment surmonter ses inquiétudes ou sa détresse
- C09-Le membre de l'équipe de soins communique avec empathie au patient/proche des moyens pour lui permettre de surmonter ses inquiétudes ou sa détresse
- D09-Le membre de l'équipe de soins demande avec empathie au patient/proche de lui exprimer ses inquiétudes ou sa détresse

- A10-Le patient/proche explique à l'équipe de soins où il est en rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins requis
- B10-Le patient/proche demande à ce que l'équipe de soins tienne compte d'où il est en rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins requis

Manuel technique

- C10-Le membre de l'équipe de soins explique sa compréhension du stade d'acceptation du patient/proche quant à ses problèmes de santé ou des soins requis
- D10-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche s'il tient adéquatement compte d'où il est en rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins requis

- A11-Le patient/proche fait part à l'équipe de soins de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir
- B11-Le patient/proche demande à l'équipe de soins de se faire proposer différents choix de soins ou d'aide possibles
- C11-Le membre de l'équipe de soins fait part au patient/proche de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir
- D11-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche son opinion sur les différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir

- A12-Le patient/proche explique à l'équipe de soins sa perception des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles
- B12-Le patient/proche s'informe auprès de l'équipe de soins au sujet des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles
- C12-Le membre de l'équipe de soins explique clairement au patient/proche les avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles
- D12-Le membre de l'équipe de soins s'informe auprès du patient/proche sa compréhension des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles

- A13- Lorsque l'équipe de soins refuse une demande ou proposition du patient/proche, le patient/proche explique à l'équipe de soins les conséquences que cela pourrait avoir
- B13- Lorsque l'équipe de soins refuse une demande ou proposition du patient/proche, le patient/proche s'assure de comprendre les raisons de ce refus
- C13-Lorsqu'elle refuse une demande ou proposition du patient/proche, l'équipe de soins explique au patient/proche les raisons de ce refus
- D13- Lorsqu'elle refuse une demande ou proposition du patient/proche, l'équipe de soins s'assure que le patient/proche comprend bien les raisons de ce refus

- A14- Lorsque le patient/proche refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, il explique à l'équipe les raisons de son refus
- B14- Lorsque le patient/proche refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, il s'assure que l'équipe comprend bien les raisons de son refus
- C14-Lorsqu'un patient/proche refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, l'équipe lui explique les conséquences que cela pourrait avoir
- D14- Lorsqu'un patient/proche refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, l'équipe s'assure de comprendre les raisons de son refus

- A15-Le patient/proche fait part de ses choix à l'équipe de soins

- B15-Le patient/proche invite l'équipe de soins à exposer son opinion quant aux choix qu'elle privilégie
- C15-Le membre de l'équipe de soins fait part de son opinion au patient/proche quant aux choix qu'il privilégie
- D15-Le membre de l'équipe de soins aide le patient/proche à exprimer ses choix

- A16-Le patient/proche discute avec l'équipe de soins de son besoin de devenir plus compétent et autonome dans ses soins
- B16- Le patient/proche témoigne à l'équipe de soins sa confiance en sa capacité à devenir plus compétent et autonome dans ses soins
- C16-Le membre de l'équipe de soins discute avec le patient/proche de ce qu'il faut faire pour être plus compétent et autonome dans ses soins
- D16- Le membre de l'équipe de soins témoigne sa confiance au patient/proche quant à sa capacité à devenir plus compétent et autonome dans ses soins

- A17-Le patient/proche reconnaît la valeur de sa propre expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie
- B17-Le patient/proche demande à l'équipe de soins de prendre en compte son expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie
- C17-Le membre de l'équipe de soins reconnaît la valeur de l'expérience du patient en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie
- D17-Le membre de l'équipe de soins demande au patient/proche de relater son expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie

- A18-Le patient/proche propose à l'équipe de soins des mesures pour favoriser son adhésion aux interventions
- B18-Le patient/proche intègre les mesures suggérées par l'équipe de soins pour favoriser son adhésion aux interventions
- C18-Le membre de l'équipe de soins propose au patient/proche des mesures pour favoriser son adhésion aux interventions
- D18-Le membre de l'équipe de soins intègre les mesures suggérées par le patient/proche pour favoriser son adhésion aux interventions

- A19-Le patient favorise l'implication de ses proches dans ses soins à la maison
- B19-Le patient demande à l'équipe de soins ce qu'il peut faire pour maximiser l'implication de ses proches dans ses soins à la maison
- C19-Le membre de l'équipe de soins favorise l'implication des proches du patient dans ses soins à la maison
- D19-Le membre de l'équipe de soins demande au patient ce qu'il peut faire pour maximiser l'implication de ses proches dans ses soins à la maison

Version « indicateurs » des items d'interactions d'équipe et d'interactions de gestion

Conception des items-sources

La conception des items de cette partie est plus simple que pour les items de type A, B, C et D. Tous les indicateurs issus de nos consultations se traduisent en items-sources qui commencent par un verbe d'action suivi du thème de l'indicateur.

La liste d'items qui suit montre la traduction de tous les indicateurs. Pour voir comment ces items-sources se traduisent en questions, veuillez consulter les annexes et examiner les questions indiquées par E, F, G ou H.

Liste des items E, F, G et H

Items E – Quoi faire en contexte opérationnel

- E01-Est présent et ponctuel aux rencontres d'élaboration et de suivi des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)
- E02-Participe activement à la mise en œuvre des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)
- E03-Transmet aux autres membres de l'équipe des informations ou connaissances qui favorisent une meilleure compréhension des problématiques des patients/proches
- E04-Coordonne ses rôles et responsabilités avec les autres membres de l'équipe
- E05-Propose rapidement des plans alternatifs lorsque des changements imprévus surviennent
- E06-Répond rapidement aux demandes de renseignements provenant des membres de l'équipe
- E07-Consigne aux dossiers des patients toutes les informations pertinentes dans les délais impartis
- E08-Coordonne efficacement la livraison des soins avec les autres membres de l'équipe en fonction des besoins des patients/proches
- E09-Fait appel à la personne appropriée lorsque le travail à accomplir est hors de son champ d'expertise

Items F – Comment faire en contexte opérationnel

- F01-Utilise un langage compris de tous lors de discussions de cas
- F02-Maintient des relations harmonieuses avec les membres de l'équipe
- F03-Est disponible lorsque les autres membres de l'équipe ont besoin de conseils ou de renseignements
- F04-Dépanne les membres de l'équipe lorsqu'ils sont débordés ou éprouvent des besoins particuliers
- F05-Exprime ses opinions avec tact et diplomatie même lorsque débordé
- F06-Garde son calme même dans les situations stressantes
- F07-Traite les autres membres de l'équipe d'égal à égal sans égard à leur expérience ou leur profession

Manuel technique

- F08-Aide à l'atteinte d'un consensus lors des discussions concernant les plans d'intervention interdisciplinaire (PII)
- F09-Affiche une attitude positive face aux défis qu'a à relever l'équipe

Items G – Quoi faire en contexte de gestion du fonctionnement de l'équipe

- G01-Discute des façons d'améliorer les processus et le fonctionnement de l'équipe
- G02-Participe activement à l'amélioration continue des processus et des résultats de l'équipe
- G03-Clarifie ses rôles et responsabilités avec les autres afin d'aider au fonctionnement de l'équipe
- G04-Aide à définir les méthodes et procédures liés aux plans d'intervention interdisciplinaire (PII)
- G05-Apporte des réflexions constructives sur les causes des succès et ratés des interventions dispensées
- G06-Participe à l'élaboration et à la révision des objectifs de l'équipe
- G07-Discute de l'efficacité avec laquelle il collabore avec les membres de l'équipe en vue de s'améliorer

Items H – Comment faire en contexte de gestion du fonctionnement de l'équipe

- H01-Est présent et ponctuel aux rencontres qui visent à améliorer le fonctionnement de l'équipe
- H02-Écoute avec attention les commentaires constructifs des autres membres de l'équipe au sujet du fonctionnement de l'équipe
- H03-Laisse aux autres la chance d'exprimer leurs points de vue, sans les interrompre ou monopoliser la conversation
- H04-Communique avec assurance son opinion concernant le fonctionnement de l'équipe
- H05-Respecte le consensus établi concernant la planification des activités de l'équipe

Annexe 1 : Questionnaire répondu par un Patient/proche Usager (PpU)

Questions sur les comportements d'interactions de soins (ABCD)

Questions répondues par le PpU à son sujet / auto-évaluation (répondues une fois seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec l'équipe de soins et où vous discutez des soins dont vous avez besoin, des soins que vous recevez ou de votre réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

①	②	③	④	⑤	⑥	?
J'ai besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; j'ai grandement besoin de m'améliorer sur ce point					Je fais déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; je ne ressens pas le besoin de m'améliorer sur ce point	Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais faire ce comportement

Question	Réponse
A03-Je donne à l'équipe de soins toutes les informations sur mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A04-Je décris clairement à l'équipe de soins mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A05-Je communique clairement à l'équipe de soins des informations complexes qui me concernent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A06 – J'explique clairement à l'équipe de soins mon projet de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A08-Je pose toutes mes questions à l'équipe de soins au sujet de mon diagnostic ou de mon plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A09-Je communique à l'équipe de soins les difficultés que j'ai à surmonter mes inquiétudes ou ma détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A10-J'explique à l'équipe de soins où j'en suis rendu dans l'acceptation de mes problèmes de santé ou des soins que je requiers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A11-Je fais part à l'équipe de soins de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient me convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A12-J'explique à l'équipe de soins ma perception des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A13- Lorsque l'équipe de soins refuse une de mes demandes ou propositions, je lui explique les conséquences que cela pourrait avoir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A14- Lorsque je refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, je lui explique les raisons de son refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Manuel technique

A15-Je fais part de mes choix à l'équipe de soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A16-Je discute avec l'équipe de soins de mon besoin de devenir plus compétent et autonome dans mes soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A17-Je reconnais la valeur de ma propre expérience en lien avec mes problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A18-Je propose à l'équipe de soins des mesures pour favoriser mon adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A19-Je favorise l'implication de mes proches dans mes soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B03-Je demande à l'équipe de soins qu'elle me fournisse toutes les informations sur mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B04-Je vérifie auprès de l'équipe de soins qu'elle comprend bien mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B05-Je demande à l'équipe de soins de me communiquer clairement et simplement les informations complexes qui me concernent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B06 – Je tiens compte de mon projet de vie dans les choix d'intervention possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B08-Je demande à l'équipe de soins des explications au sujet de mon diagnostic ou de mon plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B09-Je demande à l'équipe de soins comment surmonter mes inquiétudes ou ma détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B10-Je demande à ce que l'équipe de soins tienne compte d'où je suis rendu dans l'acceptation de mes problèmes de santé ou des soins que je requiers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B11-Je demande à l'équipe de soins de me proposer différents choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B12-Je m'informe auprès de l'équipe de soins au sujet des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B13- Lorsque l'équipe refuse une de mes demandes ou propositions, je m'assure de bien comprendre les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B14- Lorsque je refuse une demande ou proposition de l'équipe de soins, je m'assure qu'elle comprend bien les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B15-J' invite l'équipe de soins à exposer son opinion quant aux choix qu'elle privilégie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B16-Je témoigne à l'équipe de soins ma confiance en ma capacité à être plus compétent et autonome dans mes soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B17-Je demande à l'équipe de soins de prendre en compte mon expérience en lien avec mes problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B18-J'intègre les mesures suggérées par l'équipe de soins pour favoriser mon adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B19-Je demande à l'équipe de soins ce que je peux faire pour maximiser l'implication de mes proches dans mes soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions répondues par le PpU au sujet de chaque intervenant participant / inter-évaluation (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec la personne XXXXX qui est un membre de l'équipe de soins et où vous discutez des soins dont vous avez besoin, des soins que vous recevez ou de votre réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Manuel technique

①	②	③	④	⑤	⑥	?
<p>Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point</p>					<p>Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point</p>	<p style="font-size: 2em; margin: 0;">?</p> <p style="margin: 0;">Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec cette personne pour la voir faire ce comportement</p>

Question	Réponse
C03-Cette personne membre de l'équipe de soins me donne des informations complètes sur mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C04- Cette personne membre de l'équipe de soins me décrit clairement et simplement mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C05- Cette personne membre de l'équipe me communique clairement et simplement des informations complexes	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C06 – Cette personne membre de l'équipe m'explique sa compréhension de mon projet de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C08-Cette personne membre de l'équipe de soins répond à toutes mes questions au sujet de mon diagnostic ou de mon plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C09-Cette personne membre de l'équipe de soins me communique avec empathie des moyens qui me permettront de surmonter mes inquiétudes ou ma détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C10-Cette personne membre de l'équipe de soins m'explique sa compréhension de mon stade d'acceptation quant à mes problèmes de santé ou des soins que je requiers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C11-Cette personne membre de l'équipe de soins me fait part de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient me convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C12-Cette personne membre de l'équipe de soins m'explique clairement les avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C13-Lorsqu'elle refuse une de mes demandes ou propositions, cette personne membre de l'équipe de soins m'explique les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C14-Lorsque je refuse une demande ou proposition de cette personne membre de l'équipe de soins, elle m'explique les conséquences que cela pourrait avoir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C15-Cette personne membre de l'équipe de soins me fait part de son opinion quant aux choix qu'elle privilégie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C16-Cette personne membre de l'équipe de soins discute avec moi de ce qu'il faut faire pour être plus compétent et autonome dans mes soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C17-Cette personne membre de l'équipe de soins reconnaît la valeur de mon expérience en lien avec mes problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C18-Cette personne membre de l'équipe de soins me propose des mesures pour favoriser mon adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C19-Cette personne membre de l'équipe de soins favorise l'implication de mes proches dans mes soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D03-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande des informations complètes sur mes problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D04-Cette personne membre de l'équipe de soins vérifie auprès de moi ma compréhension de	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Manuel technique

mes problèmes de santé	
D05-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande de lui communiquer clairement les informations complexes qui me concernent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D06 – Cette personne membre de l'équipe tient compte de mon projet de vie dans les choix d'intervention possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D08-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande si ses explications sur mon diagnostic ou mon plan d'intervention sont claires	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D09-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande avec empathie d'exprimer mes inquiétudes ou ma détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D10-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande si elle tient adéquatement compte d'où j'en suis rendu dans l'acceptation de mes problèmes de santé ou des soins que je requiers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D11-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande mon opinion sur les différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient me convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D12-Cette personne membre de l'équipe de soins s'informe auprès de moi de ma compréhension des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D13-Lorsqu'elle refuse une de mes demandes ou propositions, cette personne membre de l'équipe de soins s'assure que je comprends bien les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D14- Lorsque je refuse une demande ou proposition de cette personne membre de l'équipe de soins, elle s'assure de bien comprendre les raisons de mon refus	
D15-Cette personne membre de l'équipe de soins m'aide à exprimer mes choix	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D16-Cette personne membre de l'équipe de soins me témoigne sa confiance quant à ma capacité à devenir plus compétent(e) et autonome dans mes soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D17-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande de parler de mon expérience en lien avec mes problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D18-Cette personne membre de l'équipe de soins intègre les mesures que je suggère pour favoriser mon adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D19-Cette personne membre de l'équipe de soins me demande ce qu'elle peut faire pour maximiser l'implication de mes proches dans mes soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Annexe 2 : Questionnaire répondu par un Intervenant

Questions sur les comportements d'interactions de soins (ABCD)

Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même / Auto-évaluation (répondues une fois seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec le patient ou ses proches et où vous discutez des soins dont il a besoin, des soins qu'il reçoit ou de sa réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

①	②	③	④	⑤	⑥	?
J'ai besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; j'ai grandement besoin de m'améliorer sur ce point					Je fais déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; je ne ressens pas le besoin de m'améliorer sur ce point	Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais faire ce comportement

Question	Réponse
C03-Je donne au patient/proche des informations complètes sur ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C04- Je décris clairement et simplement au patient ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C05- Je communique clairement et simplement des informations complexes au patient/proche	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C06 – J'explique au patient ma compréhension de son projet de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C08-Je réponds à toutes les questions du patient/proche au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C09-Je communique avec empathie au patient/proche des moyens pour lui permettre de surmonter ses inquiétudes ou sa détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C10-J'explique au patient/poche ma compréhension de son stade d'acceptation quant à ses problèmes de santé ou des soins requis	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C11- Je fais part au patient/proche de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C12-J'explique clairement au patient/proche les avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C13-Lorsque je refuse une demande ou proposition au patient/proche, je lui explique les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C14-Lorsqu'un patient/proche refuse une de mes demandes ou propositions, je lui explique les conséquences que cela pourrait avoir	

Manuel technique

C15-Je fais part au patient/proche de mon opinion quant aux choix que je privilégie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C16-Je discute avec le patient/proche de ce qu'il faut faire pour être plus compétent et autonome dans ses soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C17- Je reconnais la valeur de l'expérience du patient en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C18-Je propose au patient/proche des mesures pour favoriser son adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
C19-Je favorise l'implication des proches dans les soins du patient à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D03-Je demande au patient des informations complètes sur ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D04-Je vérifie auprès du patient sa compréhension de ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D05- Je demande au patient/proche de me communiquer clairement des informations complexes qui le concernent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D06 – Je tiens compte du projet de vie du patient dans les choix d'intervention possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D08-Je vérifie auprès du patient/proche si mes explications sur son diagnostic ou son plan d'intervention sont claires	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D09-Je demande avec empathie au patient/proche d'exprimer ses inquiétudes ou sa détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D10-Je vérifie auprès du patient/proche si je tiens adéquatement compte d'où il est rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins qu'il requiert	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D11-Je demande au patient/proche son opinion sur les différents choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D12-Je vérifie auprès du patient/proche sa compréhension des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D13-Lorsque je refuse une demande ou proposition au patient/proche, je m'assure qu'il comprend bien les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D14- Lorsqu'un patient/proche refuse une de mes demandes ou propositions, je m'assure de bien comprendre les raisons de ce refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D15- J'aide le patient/proche à exprimer ses choix	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D16- Je témoigne ma confiance au patient/proche quant à sa capacité à devenir plus compétent et autonome dans ses soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D17-Je demande au patient/proche de relater son expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D18- J'intègre les mesures suggérées par le patient/proche pour favoriser son adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
D19-Je demande au patient ce que je peux faire pour maximiser l'implication de ses proches dans ses soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions répondues par l'intervenant au sujet du patient/proche (répondues autant de fois qu'il y a de patients/proches)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où vous êtes en interaction avec le patient ou ses proches et où vous discutez des soins dont il a besoin, de son traitement ou de sa réadaptation. Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure le patient/proche pourrait s'améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Manuel technique

①	②	③	④	⑤	⑥
Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point					Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point

?

Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec cette personne pour la voir faire ce comportement

Question	Réponse
A03-Le patient/proche me donne toutes les informations sur ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A04- Le patient/proche me décrit clairement ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A05- Le patient/proche me communique clairement les subtilités et nuances de sa situation et de ses contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A06 – Le patient m'explique clairement son projet de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A08- Le patient/proche me pose toutes ses questions au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A09- Le patient/proche m'explique les difficultés qu'il éprouve à surmonter ses inquiétudes ou sa détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A10- Le patient/proche m'explique où il est rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins qu'il requiert	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A11- Le patient/proche me fait part de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A12-Le patient/proche m'explique sa perception des avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A13- Lorsque je refuse une demande ou proposition au patient/proche, il m'explique les conséquences que cela pourrait avoir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A14- Lorsque le patient/proche refuse une de mes demandes ou propositions, il m'explique les raisons de son refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A15- Le patient/proche me fait part de ses choix	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A16- Le patient/proche discute avec moi de son besoin de devenir plus compétent et autonome dans ses soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A17-Le patient/proche reconnaît la valeur de sa propre expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A18-Le patient/proche me propose des mesures pour favoriser son adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
A19- Le patient favorise l'implication de ses proches dans ses soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B03- Le patient/proche me demande de lui donner toutes les informations sur ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B04- Le patient/proche vérifie auprès de moi ma compréhension de ses problèmes de santé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B05- Le patient/proche me demande de lui communiquer clairement et simplement les informations complexes qui le concernent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B06 - Le patient tient compte de son projet de vie dans les choix d'intervention possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Manuel technique

B08- Le patient/proche me demande des explications au sujet de son diagnostic ou de son plan d'intervention	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B09- Le patient/proche me demande comment surmonter ses inquiétudes ou sa détresse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B10- Le patient/proche me demande de tenir compte d'où il est rendu dans l'acceptation de ses problèmes de santé ou des soins requis	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B11- Le patient/proche me demande de lui proposer différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient lui convenir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B12- Le patient/proche me pose des questions sur les avantages, inconvénients, risques et conséquences liés aux choix de soins ou d'aide possibles	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B13- Lorsque je refuse une demande ou proposition au patient, il s'assure de bien comprendre les raisons de mon refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B14- Lorsqu'il refuse une de mes demandes ou propositions, le patient/proche s'assure que je comprends bien les raisons de son refus	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B15- Le patient/proche m'invite à exposer mon opinion quant aux choix d'intervention que je privilégie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B16- Le patient/proche me témoigne sa confiance en sa capacité à devenir plus compétent et autonome dans ses soins	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B17- Le patient/proche me demande de prendre en compte son expérience en lien avec ses problèmes de santé et contextes de vie	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B18- Le patient/proche intègre les mesures que je lui suggère pour favoriser son adhésion aux interventions	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
B19- Le patient/proche me demande ce qu'il peut faire pour maximiser l'implication de ses proches dans les soins à la maison	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions sur les comportements d'interactions d'équipe (EF)

Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même (répondues une fois seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie est en train de faire son travail et en mode actif c'est-à-dire dans « le feu de l'action ». Pour chacun des comportements, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

①	②	③	④	⑤	⑥
J'ai besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; j'ai grandement besoin de m'améliorer sur ce point					Je fais déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; je ne ressens pas le besoin de m'améliorer sur ce point

?

Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais faire ce comportement

Manuel technique

Question	Réponse
E01- Je suis présent(e) et ponctuel(le) aux rencontres d'élaboration et de suivi des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E02- Je participe activement à la mise en œuvre des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E03- Je transmets aux autres membres de l'équipe des informations ou connaissances qui favorisent une meilleure compréhension des problématiques des patients/proches	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E04- Je coordonne mes rôles et responsabilités avec les autres membres de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E05- Je propose rapidement des plans alternatifs lorsque des changements imprévus surviennent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E06- Je réponds rapidement aux demandes de renseignements provenant des membres de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E07- Je consigne aux dossiers des patients toutes les informations pertinentes dans les délais impartis	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E08- Je coordonne efficacement la livraison de soins avec les autres membres de l'équipe en fonction des besoins des patients	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E09- Je fais appel à la personne appropriée lorsque le travail à accomplir est hors de mon champ d'expertise	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F01- J'utilise un langage compris de tous lors de discussions de cas	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F02- Je maintiens des relations harmonieuses avec les membres de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F03- Je suis disponible lorsque les membres de l'équipe de soins ont besoin de conseils ou de renseignements	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F04- Je dépanne les membres de l'équipe de soins lorsque ceux-ci sont débordés ou éprouvent des besoins particuliers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F05- J'exprime mes opinions avec tact et diplomatie même lorsque je suis débordé	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F06- Je garde mon calme même dans les situations stressantes	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F07- Je traite les autres membres de l'équipe d'égal à égal sans égard à leur expérience ou leur profession	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F08- J'aide à l'atteinte d'un consensus lors des discussions concernant les plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F09- J'affiche une attitude positive face aux défis qu'a à relever l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions répondues par l'intervenant au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où XXXXXXXX qui est membre de l'équipe de soins dont vous faites partie est en train de faire son travail, est en mode actif c'est-à-dire dans « le feu de l'action ». Pour chacun des comportements indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

Manuel technique

①	②	③	④	⑤	⑥
Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point					Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point

?
 Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec cette personne pour la voir faire ce comportement

Question	Réponse
E01-Cette personne est présente et ponctuelle aux rencontres d'élaboration et de suivi des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E02-Cette personne participe activement à la mise en œuvre des plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E03-Cette personne me transmet des informations ou connaissances qui m'aident à mieux comprendre les problématiques des patients/proches	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E04-Cette personne coordonne ses rôles et responsabilités avec moi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E05-Cette personne propose rapidement des plans alternatifs lorsque des changements imprévus surviennent	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E06-Cette personne répond rapidement à mes demandes de renseignements	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E07-Cette personne consigne aux dossiers des patients toutes les informations pertinentes dans les délais impartis	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E08-Cette personne coordonne efficacement la livraison de soins avec moi en fonction des besoins des patients	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
E09-Cette personne fait appel à la personne appropriée lorsque le travail à accomplir est hors de son champ d'expertise	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F01-Cette personne utilise un langage compris de tous lors de discussions de cas	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F02-Cette personne maintient des relations harmonieuses avec moi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F03-Cette personne est disponible lorsque j'ai besoin de conseils ou de renseignements	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F04-Cette personne me vient en aide lorsque je suis débordé ou que j'éprouve des besoins particuliers	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F05-Cette personne exprime ses opinions avec tact et diplomatie même lorsqu'elle est débordée	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F06-Cette personne garde son calme même dans les situations stressantes	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F07-Cette personne me traite d'égal à égal sans égard à mon expérience ou à ma profession	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F08-Cette personne aide à l'atteinte d'un consensus lors des discussions concernant les plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
F09-Cette personne affiche une attitude positive face aux défis qu'a à relever l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions sur les comportements de gestion de l'équipe (GH)

Questions répondues par un intervenant au sujet de lui-même (répondues une fois seulement)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie fait une pause et réfléchit à ses façons de fonctionner. En pensant à votre façon d'agir dans ces situations, indiquez pour chacun des comportements décrits dans quelle mesure vous pourriez vous améliorer en indiquant un chiffre de 1 à 6 selon l'échelle suivante. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion de faire le comportement décrit. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

①	②	③	④	⑤	⑥	
J'ai besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; j'ai grandement besoin de m'améliorer sur ce point					Je fais déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; je ne ressens pas le besoin de m'améliorer sur ce point	<p style="font-size: 2em; margin: 0;">?</p> <p style="margin: 0;">Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais faire ce comportement</p>

Question	Réponse
G01-Je discute des façons d'améliorer les processus et le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G02-Je participe activement à l'amélioration continue des processus et des résultats de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G03-Je clarifie mes rôles et responsabilités avec les autres afin d'aider au fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G04-J'aide à définir les méthodes et procédures liés aux plans d'intervention interdisciplinaires	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G05-J'apporte des réflexions constructives sur les causes des succès et ratés des interventions dispensées	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G06-Je participe à l'élaboration et à la révision des objectifs de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G07-Je discute de l'efficacité avec laquelle je collabore avec les membres de l'équipe en vue de m'améliorer	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H01-Je suis présent et ponctuel aux rencontres qui visent à améliorer le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H02-J'écoute avec attention les commentaires constructifs des autres membres de l'équipe au sujet du fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H03-Je laisse la chance aux autres d'exprimer leurs points de vue, sans les interrompre ou monopoliser la conversation	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H04-Je communique avec assurance mon opinion concernant le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Manuel technique

H05-Je respecte le consensus établi concernant la planification des activités de l'équipe

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Questions répondues par l'intervenant au sujet de chaque intervenant participant (répondues autant de fois qu'il y a d'intervenants participants)

Vous trouverez ci-dessous des comportements qui décrivent les situations où l'équipe de soins dont vous faites partie fait une pause et réfléchit à ses façons de fonctionner. En pensant aux comportements de XXXXXXXX dans ces situations, indiquez par un chiffre qui varie de 1 à 6 dans quelle mesure vous croyez que cette personne membre de l'équipe de soins dont vous faites partie, pourrait s'améliorer. Il se peut que vous n'ayez pas eu l'occasion d'interagir suffisamment avec cette personne. Dans ce cas, n'utilisez pas de chiffre pour indiquer votre réponse; indiquez plutôt '?'.

①	②	③	④	⑤	⑥	?
Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point					Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point	Je n'ai pas eu suffisamment d'interactions avec cette personne pour la voir faire ce comportement

Question	Réponse
G01-Cette personne discute des façons d'améliorer les processus et le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G02-Cette personne participe à l'amélioration continue des processus et des résultats de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G03-Cette personne clarifie ses rôles et responsabilités avec moi afin d'aider au fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G04-Cette personne aide à définir les méthodes et procédures et échéanciers liés aux plans d'intervention interdisciplinaire (PII)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G05-Cette personne apporte des réflexions constructives sur les causes des succès et ratés des interventions dispensées	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G06-Cette personne participe à l'élaboration et à la révision des objectifs de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
G07-Cette personne discute de l'efficacité avec laquelle elle collabore avec moi en vue de s'améliorer	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H01-Cette personne est présente et ponctuelle aux rencontres qui visent à améliorer le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H02-Cette personne m'écoute avec attention lorsque je lui fais des commentaires constructifs au sujet du fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Manuel technique

H03-Cette personne me laisse la chance d'exprimer mon point de vue, sans m'interrompre ou monopoliser la conversation	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H04-Cette personne communique avec assurance son opinion concernant le fonctionnement de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?
H05-Cette personne respecte le consensus établi concernant la planification des activités de l'équipe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ – ?

Commentaires

Si vous avez des commentaires constructifs à formuler à l'équipe du CPASS sur le questionnaire que vous venez de remplir, veuillez les indiquer dans cette section.

Merci de votre collaboration !

Références

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (Eds.). (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. Montréal, Québec, Canada: Institut de recherches psychologiques.
- Blazer, W. K., Greguras, G. J., & Raymark, P. H. (2004). Multisource feedback. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (pp. 390-411). Hoboken, NJ: Wiley.
- Borman, W. C. (2004). The Concept of Organizational Citizenship. *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 238-241. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00316.x
- Dalessio, A. T. (1998). Using multisource feedback for employee development and personnel decisions. In J. W. Smither (Ed.), *Performance appraisal - State of the art in practice* (pp. 278-330). San Francisco: Jossey-Bass.
- Edwards, M. R., & Ewen, A. J. (Eds.). (1996). *360° Feedback*. New York: AMACON - American Management Association.
- Folkman, J. (Ed.). (1998). *Making Feedback Work: Turnng Feedback from Employee Surveys into Change*. Provo, UT: Novations Group.
- Grenier, S., Chiocchio, F., & Beaulieu, G. (in press). Évaluation du rendement et motivation au travail : Propositions de recherche pour une rétroaction sur le rendement qui favorise la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. *Management International*, 34 pages.
- Jones, J. E., & Bearley, W. L. (1996). *360° Feedback*. Amherst, MA: HRD Press.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A Temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376.
- Motowidlo, S. J. (2003). Job Performance. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, R. Klimoski, J. & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology : Industrial and Organizational Psychology* (Vol. 12, pp. 39-53). London: Wiley.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Processus Multi-Sources

Partenaires de Soins

Université de Montréal
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
Programme Partenaires de soins

[Tableau de bord](#)

[Développement du processus multi-sources](#)

[Patients/Proches](#)

[Intervenants](#)

[Établissements et équipes de soins et de services](#)

[Foire aux questions](#)

Accueil

Bienvenue sur le site du Processus Multi-Sources *Partenaire de Soins*. Si vous êtes prêt à remplir vos questionnaires, cliquez sur [Tableau de bord](#) dans le coin supérieur gauche de cet écran ou lisez notre rubrique [Comment dois-je faire pour répondre à mes questionnaires?](#)

Le processus multi-sources est une démarche de réflexion permettant à des équipes du milieu de la santé de prendre connaissance de leurs forces et d'agir concrètement afin de fonctionner plus harmonieusement. La démarche a ceci de particulier qu'elle intègre pleinement les patients ou leurs proches. Le processus est composé de deux ateliers, d'un questionnaire et d'un suivi. Pour en savoir plus [cliquez ici](#) ou poursuivez votre lecture de ce site. Pour obtenir un dépliant que vous pouvez distribuer, [cliquez ici](#).

Ce site propose plusieurs rubriques informatives ainsi qu'une [Foire aux questions](#) (FAQ). Pour toute question additionnelle, n'hésitez pas à entrer en communication avec [François Chiocchio](mailto:Francois.Chiocchio@telfer.uottawal.ca) (613.562.5800 x8840 / chiocchio@telfer.uottawal.ca) ou [Hélène Essiembre](mailto:helene.essiembre@umontreal.ca) (514.343.6111 x5537 / helene.essiembre@umontreal.ca). Bonne visite !

Développement du processus multi-sources

Les ateliers et questionnaires du processus multi-sources ont été développés dans le cadre d'un projet plus large financé par Santé Canada intitulé Programme Partenaires de Soins (PPS). Le programme dans son ensemble est sous la direction scientifique du [Dre Paule Lebel](#), du [Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé \(CPASS\)](#). L'objectif du PPS est de réaliser des avancées significatives dans le développement de pratiques de soins avec et pour le patient et ses proches en (a) développant des stratégies et des outils d'information, d'apprentissage, d'évaluation et de diffusion, (b) consolidant les pratiques collaboratives au sein des établissements et (c) intégrant des personnes ciblées par les soins et les services de santé (et leurs proches) comme des partenaires de soins au sein des équipes. La portion "processus multi-sources" du programme est sous la responsabilité de [François Chiocchio](#) avec l'étroite collaboration d'[Hélène Essiembre](#). Tous deux sont des spécialistes de la collaboration au sein des équipes du milieu de la

santé ainsi que des experts des processus multi-sources. Tous les éléments du processus multi-sources ont fait l'objet de nombreuses consultations avec une panoplie d'intervenants et de patients partenaires ainsi que d'une recension approfondie des écrits sur le thème de la formation professionnelle et des processus de rétroaction multi-sources.

[Haut de page](#)

Patients/Proches

Les patients ou leurs proches participent pleinement au processus multi-sources au même titre que les intervenants. Ils sont appelés à suivre les ateliers, répondre aux questionnaires et participer aux activités de suivi. Pour savoir comment les patients (ou leurs proches) sont choisis, [cliquez ici](#).

[Haut de page](#)

Intervenants

Le processus multi-sources permet à des intervenants, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, de professionnelles, de technologues, de techniciens, etc., de développer et d'améliorer leur démarche réflexive. Le processus multi-source permet à tous de s'interroger sur le fonctionnement de l'équipe et les interactions de soins et de services avec les patients/proches. Sur la base de ces questionnements et de discussions constructives des stratégies d'améliorations qui tiennent compte des multiples perspectives des participants au processus sont mises en place. Pour en savoir plus sur le fonctionnement du processus, [cliquez ici](#).

[Haut de page](#)

Établissements et équipes de soins et de services

Les établissements et équipes intéressés à prendre part à un processus multi-sources sont appelés à prendre connaissance de la [Foire aux questions](#) puis à entrer en communication avec notre [personne ressource](#).

[Haut de page](#)

Foire aux questions

[Qu'est-ce qu'un processus de rétroaction multi-sources concrètement?](#)

[Est-ce que le processus de rétraction a été approuvé?](#)

[A quoi sert le processus de rétroaction multi-sources du CPASS?](#)

[Pourquoi y a-t-il des ateliers?](#)

[Comment fonctionne le processus multi-sources?](#)

[Comment dois-je faire pour répondre à mes questionnaires?](#)

[Qui peut participer à un processus multi-sources?](#)

[Combien de personnes doivent participer?](#)

[Les patients de notre établissement ne sont pas des personnes capables de répondre à des questionnaires. Que pouvons-nous faire?](#)

[Comment les intervenants sont-ils choisis?](#)

[Comment les patients \(ou leurs proches\) sont-ils choisis?](#)

[Qu'est-ce que les questionnaires mesurent?](#)

[Combien de temps est nécessaire pour répondre aux questionnaires?](#)

[Est-ce que les réponses que je fournirai demeureront anonymes?](#)

[Comment mes réponses peuvent-elles demeurer anonymes?](#)

[Devrais-je partager mon rapport individualisé avec d'autres personnes?](#)

[Est-ce que je vais retrouver de l'information négative à mon sujet susceptible de m'indisposer?](#)

[Comment puis-je implanter un processus multi-sources dans mon établissement ou pour mon équipe?](#)

[Personne ressource](#)

Qu'est-ce qu'un processus de rétroaction multi-sources concrètement?

Il s'agit d'un processus d'évaluation qui permet à des intervenants et des patients (ou leurs proches) [de réfléchir](#) sur les manières d'améliorer le partenariat de soins et de services et à ensuite mettre en œuvre ces améliorations. On parle d'un *processus* qui s'échelonne dans le temps et non pas d'un événement ponctuel. On qualifie le processus de *multi-sources* parce que plusieurs personnes ont l'occasion de s'exprimer et donc, qu'il y a de multiples sources d'informations. [Le fonctionnement est simple](#). Il y a d'abord un [atelier](#) qui vise à expliquer la démarche. Les [intervenants d'équipe de soins ou de services de santé](#) (composées de gens de plusieurs professions ou disciplines) ainsi que les [patients/usagers \(ou leurs proches\)](#) répondent ensuite à des questionnaires confidentiels, habituellement par ordinateur. Chaque personne s'auto-évalue. Ensuite les intervenants évaluent leurs collègues et sont évalués par les patients/usagers (ou leurs proches). L'équipe du CPASS produit ensuite un rapport de rétroaction confidentiel et individualisé et le remet aux participants. Un second [atelier](#) permet d'aider les intervenants et les patients/proches à tirer partie des suggestions d'améliorations du contenues dans leur rapport.

[Haut de page](#)

Est-ce que le processus de rétraction a été approuvé?

Oui. Le projet dans son ensemble a reçu l'aval de grands organismes subventionnaires pour sa qualité scientifique. De plus, avant de pouvoir nous présenter dans un établissement, le comité d'éthique

de l'établissement passe au peigne fin tous les composantes du processus et émet un certificat de conformité éthique. Bref, ce que nous proposons comme processus est vérifié et approuvé par plusieurs comités avant de pouvoir débiter chez vous. Jusqu'à présent, notre processus multi-sources a été approuvé par les comités d'éthique du [CSSS Cavendish](#) et du [CSSS Jeanne-Mance](#) et ce, pour tous leurs établissements respectifs.

[Haut de page](#)

A quoi sert le processus de rétroaction multi-sources du CPASS?

Le processus multi-sources vise à identifier des pistes d'amélioration du partenariat de soins et de services. L'instrument ne peut pas être utilisé pour prendre des décisions administratives (p. ex. porter un jugement sur le fonctionnement de l'équipe dans un contexte d'agrément, donner une promotion à un intervenant ou le rétrograder). L'instrument ne peut pas être utilisé pour restreindre l'accès d'un patient aux soins et services requis.

[Haut de page](#)

Pourquoi y a-t-il des ateliers?

Les ateliers permettent aux experts du CPASS et aux participants de se rencontrer dans un contexte chaleureux. Les experts ont l'occasion de présenter la démarche du processus multi-source et de répondre en détail aux questions des intervenants et des patients/proches. Les ateliers assurent que les participants adhèrent aux valeurs positives que nous souhaitons véhiculer et sont confortables à aller de l'avant. C'est aussi l'occasion que les participants ont de formuler leurs craintes – s'ils en ont – et de mieux comprendre comment le processus fonctionne. Lors des ateliers nous expliquons comment répondre honnêtement et de manière nuancée aux questions (atelier no 1). Le rapport est remis en mains propres au moment de l'atelier no 2 où nous expliquons comment en tirer parti. Les personnes quittent l'atelier avec le sentiment que le fait de mettre en œuvre quelques améliorations sur la base du rapport permet de bonifier le partenariat de soins.

[Haut de page](#)

Comment fonctionne le processus multi-sources?

La première phase consiste à identifier les intervenants et les patients (ou leurs proches) de ces intervenants qui désirent participer. Ces participants sont ensuite conviés à un atelier d'information qui explique les procédures. Les participants ont ensuite accès à des questionnaires qui posent des questions simples sur le fonctionnement des équipes de soins et de services de santé et sur les interactions avec les patients (ou leurs proches). La seconde phase survient après que tous les questionnaires sont remplis. Le CPASS génère alors un rapport de rétroaction individualisé pour chaque participant. Le rapport est conçu pour mettre en évidence les forces dans le partenariat. Les informations sont aussi présentées de manière à souligner les éléments du

partenariat qui pourraient faire l'objet d'améliorations. Le rapport individualisé est remis en mains propre aux participants lors d'un second atelier. Cet atelier vise à aider les participants à bien comprendre leur rapport et à faciliter l'établissement de pistes d'amélioration. La troisième étape consiste en la mise en œuvre des améliorations.

[Haut de page](#)

Comment dois-je faire pour répondre à mes questionnaires?

Vous êtes censé avoir reçu un courriel d'invitation personnalisé qui contient un lien vers votre [Tableau de bord](#) sécurisé. Le courriel contient aussi votre mot de passe confidentiel. Pour répondre aux questionnaires, suivez les directives du courriel d'invitation. Si vous n'avez pas votre courriel d'invitation mais connaissez votre mot de passe, cliquez sur [Tableau de bord](#). Si vous n'avez pas accès à un service de messagerie électronique ou si vous avez égaré votre mot de passe, entrez en communication avec notre [personne ressource](#).

[Haut de page](#)

Qui peut participer à un processus multi-sources?

Le processus multi-sources développé par le CPASS est conçu spécialement pour les équipes d'intervenants et les patients (ou leurs proches) qu'ils traitent, accompagnent ou desservent. Les intervenants sont des membres d'une équipe de soins ou de services qui interagissent en fonction d'une problématique de soins ou d'une catégorie de patients/proches usagers de services. Selon les équipes, un intervenant peut être un professionnel de la santé, un non professionnel employé de l'établissement, ou un bénévole. Une équipe doit être interprofessionnelle (ou interdisciplinaire), c'est-à-dire comprendre au moins 4 membres représentant au moins 3 professions (ou disciplines) différentes. Les membres de l'équipe doivent avoir travaillé suffisamment longtemps ensemble pour pouvoir fournir une rétroaction valide (p. ex.: au moins 6 mois). Les patients ou leurs proches sont des personnes qui reçoivent des soins et des services de santé de l'équipe d'intervenants visée. C'est-à-dire que les patients doivent faire partie du « case load » de l'équipe.

[Haut de page](#)

Combien de personnes doivent participer?

La configuration minimale pour permettre tant une variété de points de vues que l'anonymat des participants est 4 intervenants et 3 patients (ou proches).

[Haut de page](#)

Les patients de notre établissement ne sont pas des personnes capables de répondre à des questionnaires. Que pouvons-nous faire?

Nos instruments ont été conçus pour être répondus par les patients qui reçoivent des services de santé ou des soins mais aussi par les personnes de leur entourage. Les personnes de l'entourage peuvent

être un membre de la famille ou un(e) ami(e) proche.

[Haut de page](#)

Comment les intervenants sont-ils choisis?

Les intervenants doivent faire partie d'une équipe qui désire s'inscrire dans une démarche diagnostique d'amélioration des interactions de soins et des interactions d'équipe. Les intervenants sont libres de participer ou non au processus. Pour participer au processus, les intervenants doivent être ouverts à s'auto-évaluer et à évaluer leurs collègues intervenants de manière anonyme. Les intervenants doivent aussi être ouverts à évaluer des patients/proches et à être évalués par ceux-ci de manière anonyme. Enfin, les intervenants doivent être disposés à mettre en œuvre des améliorations menant à de meilleures interactions d'équipe et de meilleures interactions de soins. Si vous êtes un intervenant intéressé à implanter un processus multi-sources dans votre établissement, [cliquez ici](#).

[Haut de page](#)

Comment les patients (ou leurs proches) sont-ils choisis?

Les patients/proches sont proposés par l'équipe de soins pour leur capacité à fournir une rétroaction valide relativement aux interactions de soins. Les patients/proches sont libres de participer ou non au processus. Les patients/proches doivent être ouverts à s'auto-évaluer et à évaluer de manière anonyme les intervenants avec qui ils interagissent. Si vous êtes un patient ou un proche et désirez prendre part à un processus multi-sources et que vous n'avez pas été approché par un intervenant qui vous accompagne dans vos soins ou services de santé, nous vous invitons à lui communiquer les informations de ce site ou à entrer en communication avec notre [personne ressource](#).

[Haut de page](#)

Qu'est-ce que les questionnaires mesurent?

Les questionnaires proposent une liste de comportements observables simples. Par exemple, chaque intervenant s'auto-évalue sur des comportements comme **Je suis disponible lorsque les autres membres de l'équipe ont besoin de mes conseils ou de renseignements** en indiquant le besoin d'amélioration, le cas échéant. Lorsque l'intervenant évalue un collègue de l'équipe, les comportements sont similaires. Par exemple, **Cette personne est disponible lorsque les autres membres de l'équipe ont besoin de conseils ou de renseignements**. L'intervenant répond à l'aide d'une échelle de réponse qui varie de "1" à "6" où "1" correspond à *Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point* et "6" correspond à *Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point*. Si l'intervenant sent qu'il n'a pas eu suffisamment d'interactions pour se prononcer au sujet du comportement, il peut répondre "?" ce qui correspond à *Je n'ai pas été dans une situation où*

je pouvais observer ce comportement. La méthode est similaire pour les patients (ou leurs proches). Ainsi, chaque patient s'auto-évalue sur des comportements comme **Je fais part à l'équipe de soins de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient me convenir.** Aussi, chaque patient évalue les intervenants à ce sujet par exemple, **L'intervenant(e) me fait part de différents choix de soins ou d'aide possibles qui pourraient me convenir.** Comme pour les autres évaluations, les patients (ou leur proches) répondent selon une échelle d'amélioration qui va de "1" à "6" où "1" correspond à Cette personne fait déjà ce comportement très bien ou suffisamment souvent; elle n'a pas besoin de s'améliorer sur ce point et "6" correspond à Cette personne a besoin de faire ce comportement plus souvent ou mieux; elle a grandement besoin de s'améliorer sur ce point. Si l'intervenant sent qu'il n'a pas eu suffisamment d'interactions pour se prononcer au sujet du comportement, il peut répondre "?", ce qui correspond à Je n'ai pas été dans une situation où je pouvais observer ce comportement.

[Haut de page](#)

Combien de temps est nécessaire pour répondre aux questionnaires?

Chaque participant doit consacrer environ 40 minutes pour répondre aux questionnaires.

[Haut de page](#)

Est-ce que les réponses que je fournirai demeureront anonymes?

Le CPASS garanti l'anonymat des réponses. Le processus est conçu de telle sorte qu'il soit impossible à un intervenant d'identifier qui dans son équipe a proposé ou non telle ou telle amélioration. Le processus est tout aussi étanche pour les patients ou leurs proches : il est impossible pour un intervenant de savoir quel patient/proche a proposé quelle amélioration. La garantie d'anonymat est nécessaire puisque sans elle, les participants n'ont pas tendance à fournir des pistes d'améliorations valables.

[Haut de page](#)

Comment mes réponses peuvent-elles demeurer anonymes?

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour garantir l'anonymat. D'une part, les données sont amassées et compilées par le CPASS et non pas par l'établissement de services de santé. Le processus est géré par une technologie internet. Le CPASS attribue des codes d'accès aux questionnaires qui sont sécurisés. Ensuite, le CPASS s'assure que chaque participant est évalué par au moins 3 personnes par catégorie. Par exemple un intervenant est évalué par au moins 3 participants dans la catégorie *intervenant* et au moins 3 participants dans la catégorie *patient/proche*. Enfin, il y a environ une centaine de comportements dans les questionnaires et seuls les résultats moyens sont présentés.

[Haut de page](#)

Devrais-je partager mon rapport individualisé avec d'autres personnes?

Le CPASS garantit la confidentialité de chaque participant. Le rapport est remis directement à chaque participant individuellement. Chaque participant est libre de disposer de l'information de son rapport comme il l'entend. Dans un contexte où une équipe est ouverte à adopter de meilleures pratiques réflexives de collaboration et de partenariat de soins et de services, les participants sont invités à discuter de ce qui pourrait être amélioré en s'inspirant de ce qu'ils comprennent de leur rapport individualisé. Autrement dit, le CPASS remet chaque rapport individuellement à chaque participant mais propose aussi aux équipes et aux patients/proches de discuter ensemble des interactions qui méritent d'être améliorées. Le choix d'échanger ou non en groupe au sujet des améliorations ciblées revient aux participants.

[Haut de page](#)

Est-ce que je vais retrouver de l'information négative à mon sujet susceptible de m'indisposer?

Selon notre expérience, la réponse est non. Le rapport propose des pistes d'amélioration. Il ne décrit rien de négatif. Comme plusieurs éléments en font partie, chaque personne découvre que plusieurs éléments ne nécessitent pas d'améliorations et que quelques éléments pourraient bénéficier d'améliorations. Lors des ateliers nous expliquons comment répondre honnêtement et de manière nuancée aux questions (atelier no 1) et nous expliquons comment faire le tri des améliorations les plus pertinentes (atelier no 2). Du début à la fin du processus nous communiquons des valeurs positives et inculquons ces valeurs aux participants. Les personnes qui ne partagent pas ces valeurs ne sont pas incluses dans le processus. Si nous jugeons que des participants ont accepté de prendre part au processus mais ne partagent pas les valeurs essentielles à un processus multi-sources de qualité, nous les invitons à se retirer. Le rapport est remis en mains propres au moment de l'atelier no 2 et toutes les questions ou potentiels malaises sont traités de manière à ce que les personnes quittent l'atelier avec le sentiment que le fait de mettre en œuvre quelques améliorations sur la base du rapport permet de bonifier le partenariat de soins.

Comment puis-je implanter un processus multi-sources dans mon établissement ou pour mon équipe?

Nous vous suggérons de communiquer les informations de ce site aux intervenants de votre équipe ou de votre établissement. Il serait sans doute pertinent de commencer à planifier un moment où un premier atelier serait présenté et donc d'assurer que tous les intervenants soient disponibles. Nous vous invitons à entrer en communication avec notre [personne ressource](#).

[Haut de page](#)

Personne ressource

Si vous désirez obtenir plus de renseignements sur le processus multi-sources du CPASS (par exemple si vous éprouvez des difficultés à répondre à vos questionnaires ou si vous désirez implanter un processus multi-sources dans votre établissement), veuillez entrer en communication avec Hélène Essiembre 514.343.6111 x5537 / helene.essiembre@umontreal.ca ou [Francois Chiochio](mailto:Francois.Chiochio) (613.562.5800 x8840 / chiochio@telfer.uottawal.ca).
[Haut de page](#)

ANNEXES DU VOLET 3

Volet 3 Annexe 1 : Journée d'étude sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins

Journée d'étude sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins

6 septembre 2011

Université de Montréal, Université Laval et leur RUIS

**En collaboration avec le
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Synthèse des discussions

Synthèse des points marquants :

- UdeM et son RUIS – points forts et particularités :

- Le CPASS comme point de ralliement des expertises en collaboration interprofessionnelle, partenariat de soins, innovations pédagogiques, avec une masse critique intéressante de professeurs, chercheurs et professionnels de soutien ;
- La création du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, à la Faculté de médecine, pour conceptualiser et rendre concrète la vision des patients et des proches dans les projets cliniques, les projets de recherche, les programmes de formation, etc. ;
- La création du Programme Partenaires de soins comme levier de développement de la compétence de partenariat de soins autant chez les patients et leurs proches que chez les cliniciens et gestionnaires ;
- La création de cours siglés interfacultaires regroupant dix programmes des sciences de la santé et des sciences psychosociales (cours CSS). La structure universitaire comprenant trois entités : le CEI (comité exécutif interfacultaire regroupant les quatre doyens des programmes d'études concernés pour les décisions d'ordre stratégique) ; le CIO (comité interfacultaire opérationnel qui met en œuvre les activités de formation interprofessionnelle) ; le CEI (conseil étudiant interfacultaire qui regroupe des représentants étudiants des dix programmes afin d'obtenir leur participation et leur rétroaction sur les activités de formation) ;
- Le Comité des pratiques collaboratives et de la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, lieu de ralliement des établissements du RUIS de l'U de Mtl sur les initiatives en matière de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et les proches, vise, entre autres en 2011-2012, à recenser les conditions favorables à l'exercice du leadership médical, professionnel et organisationnel sur les pratiques collaboratives.

- ULaval et son RUIS – points forts et particularités :

- Le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) dont la mission est triple : a) Soutenir la formation académique dans les programmes d'études universitaires, b) Soutenir les activités de formation à la CIP dans les établissements du RUIS-UL ; Assurer le développement et le transfert des connaissances ;
- Cours obligatoires (totalisant 3 crédits) sur la CIP pour les programmes de médecine, sciences infirmières, service social, ergothérapie, physiothérapie, kinésiologie, pharmacie, orthophonie et nutrition.
- Activité de formation à la CIP en stage dans les UMF du RUIS-UL
- Développement et prestation d'activités de formation continue pour optimiser la CIP.
- Soutien du RUIS de l'UL comme intermédiaire et interface entre le RCPI et les établissements quant à la formation à la collaboration
- La Chaire de recherche sur la collaboration interprofessionnelle, créée en juin 2011.

- **Sur la stratégie ministérielle :**

- Collaboration et performance : 2 éléments ciblés pour améliorer le réseau, sans qu'ils soient incompatibles, bien au contraire ; face aux contraintes de temps et d'argent, la collaboration interprofessionnelle apparaît être un levier qui facilitera la transformation des pratiques cliniques et de gestion.
- Les possibilités de financement annuel sont rattachées à des projets concrets en établissements ; l'échéancier pour la proposition d'un plan d'action : automne 2011.
- Dans la réflexion entamée sur les indicateurs de performance, quelle place est accordée (ou accordera-t-on plus tard) aux écoles de gestion ? Ex : HEC, particulièrement avec son pôle santé ? Le département d'administration de la santé de l'U de Mtl (DASUM) ? L'ÉNAP ? La Faculté des sciences de l'administration de l'U Laval ?
- Parmi les acteurs identifiés, en manque-t-il ? Le MELS ? Le Réseau collégial ? Les patients ? D'autres directions du MSSS ?
- Nécessité de préciser et départager les rôles et responsabilités des universités, des RUIS, des établissements. Par exemple, les Agences ne peuvent coordonner les projets qui se font dans les universités, les universités ne peuvent imposer des projets ou des modes de fonctionnement et d'évaluation aux établissements, etc.
- Le rôle des RUIS est de constituer l'interface entre le développement des compétences (en milieu universitaire) et leur application (en établissements) et de mettre à profit les ressources universitaires (éducateurs, chercheurs).
- Le rôle des Agences pourrait être d'accompagner les établissements quant aux résultats attendus (d'où l'importance de la sélection des indicateurs), dans la mesure où la collaboration interprofessionnelle est l'un des moyens pour améliorer les soins de santé, la coordination des actions, l'organisation du travail et la participation des patients et de leurs proches.

- **Sur la sélection des indicateurs :**

- Sur la trentaine d'indicateurs identifiés par les chercheurs du Centre FERASI, 10 à 12 seront finalement conservés (travail encore à compléter).
- La création d'indicateurs de performance de la collaboration interprofessionnelle peut-elle être complétée sans revue exhaustive de la littérature, en partant des facteurs incontournables déjà connus pour sa mise en place ?
- La sélection d'indicateurs de performance et de la collaboration doit-elle s'établir de manière générale, ou peut-elle se moduler en fonction des projets, des établissements, des contextes locaux dans lesquels on analysera la situation ?
- Parallèlement à la création de nouveaux indicateurs de performance, il semble qu'il existe déjà, dans le domaine de la psychologie industrielle / organisationnelle (i/o) des indicateurs distaux et proximaux validés dont on pourrait faire une adaptation pertinente pour l'évaluation de la collaboration.

Idem pour des thèmes comme la gestion des conflits, la confiance, la sécurité psychologique, la performance adaptative, etc.

- Qu'en est-il d'indicateurs sur le partenariat avec le patient ? Par exemple : mesure de la prise de décision partagée.
 - Puisqu'il s'agit de projets implantés dans les établissements, faut-il des indicateurs liés à la gestion de projets ? Puisque ces projets se feront dans des équipes dont la durée de vie précède et dépasse celle des projets ponctuels, faut-il des indicateurs différents pour évaluer le fonctionnement de ces équipes au-delà des projets ?
 - Dans les établissements, les intervenants ont besoin d'indicateurs incitatifs, orientés sur le changement plutôt que la performance et qui font sens pour eux ; « le taux de roulement » est un indicateur tellement utilisé qu'il perd son sens. Si le processus de changement est à long terme, il faudra des actions / preuves à court terme dans les établissements ; nécessité d'utiliser, en complémentarité des indicateurs globaux, des indicateurs spécifiques, par secteurs, par contextes cliniques, par établissement, etc. ?
 - Quels sont les indicateurs qui seraient appropriés au regard des plans d'action qui seront déposés. Prise en compte de la portée d'une intervention provenant d'un milieu universitaire dans un établissement. Distinction entre des indicateurs de gouvernance et de gestion versus des indicateurs reliées à une stratégie ou une intervention ciblée.
- **Sur le transfert de connaissances :**
- Premier constat : il est nécessaire d'échanger et de s'entendre sur un vocabulaire commun (par exemple, sur la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins), des concepts similaires, au sein du ministère et des réseaux universitaires, afin de diffuser un message harmonisé, auprès des stagiaires qui reçoivent pour le moment une formation différant d'une université à l'autre.
 - Deuxième constat : il y a urgence à inclure les RUIS de McGill et de Sherbrooke pour qu'ils participent à ces échanges.
 - Troisième constat : importance de tenir de telles journées d'étude en prenant soin d'impliquer les professionnels du terrain (ex. formateurs, consultants, chargés de dossier de collaboration dans les établissements)
 - Nécessité d'informer les doyens de nos discussions, de nos volontés d'échanger, en dépit du clientélisme des universités.
 - Exemples d'outils à mettre en commun entre les universités :
 - Méthodes, outils et contenus pédagogiques (attention aux questions de droits d'auteurs, de propriété intellectuelle)
 - méthodes et outils de recherche et d'évaluation (attention idem)
 - réseaux de formateurs
 - résultats de recherches documentaires/revues de littérature
 - protocoles de recherche et futures demandes de fonds communes ?
Sur cet aspect, quel impact l'association des 2 (ou 4) RUIS du Québec peut-il y avoir pour le financement des projets ?
 - Exemples de projets communs potentiels entre UdeM et UL :

- comment soutenir la diffusion des pratiques à d'autres tables, pour ne pas être dépendant des individus en place ? Table des directeurs de l'enseignement, CdeP pour la relève des cadres, etc.
- lexique commun, cadres de référence communs (sur la collaboration interprofessionnelle, la formation au 1^{er} cycle, autres ?)
- augmenter l'exposition de la formation et ouvrir l'offre de formation de nos réseaux respectifs ?

Actions prioritaires – tableau récapitulatif :

No	Action	Responsable	Échéance	Enjeu
1	Étude de besoins de formation sur la collaboration interprofessionnelle auprès des établissements du RUIS UdeM	Qui pour l'UdeM?	Été 2012 ?	Déjà fait par l'UL.
2	Présentation à l'ACFAS	FC dans un 1 ^{er} temps	1 ^{er} nov 2011 (dépôt lettre), colloque en mai 2012	2 ou 4 RUIS ?
3	Répertoire des acteurs travaillant sur la collaboration interprofessionnelle, incluant le détail des champs d'expertise	UdeM et UL	?	Demande une mise à jour constante ; qui s'en chargera ?
4	Actualiser le transfert de connaissances par une plateforme d'information en ligne ou une communauté virtuelle de pratique comprenant un dépôt de documents centralisé	UdeM et UL	?	Demande une mise à jour constante ; qui s'en chargera ? <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de subvention des IRSC dans le programme en transfert des connaissances ? • Mettre à contribution des étudiants de 2^e et 3^e cycle ? • Approcher l'INESSS ?
5	Organisation d'une 2 ^e journée d'étude : <ul style="list-style-type: none"> - vision commune de la collaboration interprofessionnelle, du patient partenaire, du partenariat de soins - lexique commun - leaders pédagogiques - rôle des RUIS 	C Voirol et JF Bouchard : demande de fonds aux IRSC Besoin d'un comité scientifique	2012	2 ou 4 RUIS organisateurs / participants ?
6	Indicateurs de performance : trouver le matériel pertinent du côté de la psychologie	F Chiochio et C Voirol	?	Comment les arrimer avec les indicateurs du cadre en soins

No	Action	Responsable	Échéance	Enjeu
	i/o			infirmiers ?
7	Préparation de plans de projets portant sur des initiatives concrètes en établissements, pour une possibilité de financement par le MSSS	P Lebel, F Chiocchio, V Dumez, JF Bouchard	Fin octobre 2011	
8	Travail de clarification dans le document ministériel : - sur les rôles et responsabilités des acteurs (universités, RUIS, Agences, établissements, etc.) Travail de clarification sur la manière dont sera traité ce dossier à l'interne	G Le Beau, M Bédard	Automne 2011 ?	

Annexe 1. Liste des participants

Nom	Titre
Frédéric Abergel	Directeur adjoint - Mission CHSGS et main-d'œuvre médicale, Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires, Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.
Martin Bédard	Conseiller cadre, Direction de la planification de la main d'œuvre et du soutien au changement, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Johanne Bernier	Conseillère en formation interprofessionnelle, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval.
Jean-François Bouchard	Gestionnaire de projets, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal. Coordonnateur général du Programme Partenaires de soins.
Martine Bouchard	Directrice adjointe - Mission RLS, Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires.
Andrée Boucher	Directrice générale du CPASS, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
Isabelle Brault	Chargée d'enseignement, Chercheure, Centre FERASI, Université de Montréal.
Nathalie Brière	Responsable du comité de formation continue au Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval.
Diane Calce	Directrice des services cliniques, CHU Ste-Justine. Coprésidente du Comité sur les pratiques collaboratives, RUIS de l'Université de Montréal.
Emmanuelle Carreau	Professionnelle de recherche, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval
François Chiocchio	Professeur agrégé, Département de Psychologie / Département de Médecine, Université de Montréal. Coresponsable du Volet 2, Programme Partenaires de soins.
Danielle D'Amour	Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières. Chercheure Centre FERASI et IRSPUM, Université de Montréal.
Bernard Deschênes	Coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche, Direction générale adjointe au développement organisationnel, CSSS du Sud de Lanaudière. Co-responsable du Volet 1, Programme Partenaires de soins.
Robin Dumais	Coordonnateur des ressources documentaires et informationnelles du RUIS de l'Université de Montréal. Coresponsable du Volet 3, Programme Partenaires de soins.
Vincent Dumez	Directeur, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal.
Serge Dumont	Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); Professeur titulaire, École de service social, Université Laval; Chercheur au centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec.
Luce Gosselin	Coordonnatrice, Comité sur les pratiques collaboratives et de la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM
Sylvie Hains	Direction des affaires médicales et universitaires, direction des soins infirmiers, MSSS

Nom	Titre
Nathalie Houle	Coordonnatrice du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval.
Gilles Le Beau	Directeur, Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Paule Lebel	Médecin-conseil, Direction de la santé publique de Montréal. Professeure agrégée, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Directrice du Pôle « Innovations pédagogiques et Stratégies d'apprentissage », Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de Médecine, Université de Montréal. Directrice scientifique et coresponsable du Volet 3, Programme Partenaires de soins. Co-présidente du Comité du RUIS de l'UdeM sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. 111016 - Demande complète - Lutte contre le cancer - Part 1.pdf 111016 - Demande complète - Lutte contre le cancer - Part 2.pdf
Hélène Lefebvre	Vice-doyenne recherche et développement international, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Co-responsable du Volet 1, Programme Partenaires de soins.
Jean Maziade	Responsable du comité de développement pédagogique au Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), Université Laval. Médecin, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, CSSS de la Vieille-Capitale.
Audrey-Maude Mercier	Chef de projets pour le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal.
Louise Montreuil	Coordonnatrice du RUIS de l'Université Laval.
Stéphanie Morin	Agente de planification et de recherche, Direction des jeunes et des familles, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Maryse St-Onge	Directrice, Direction des services multidisciplinaires, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
Marco Thibault	Directeur de la main-d'œuvre et des partenariats avec l'éducation; Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale
Marie-Claude Vanier	Professeure agrégée de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal. Clinicienne, UMF-GMF Cité de la Santé de Laval. Présidente, Comité Interfacultaire Opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle.
Christian Voirol	Stagiaire Postdoctoral, École de Relations Industrielles, Équipe de Recherche sur le Travail et la Santé Mentale (ERTSM) IRSPUM, Université de Montréal.

Volet 3 Annexe 2 : Établissements et organismes représentés aux entrevues de groupe

Annexe 2. Établissements et organismes représentés aux entrevues de groupe (novembre - décembre 2011)		
Établissements		Organismes
ASSS de la Montérégie	CSSS de la Montagne	Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal (RAANM)
Centre du Florès	CSSS de Laval	Fibrose kystique Québec
CHU Ste-Justine - CRME	CSSS du Coeur-de-l'Île	Fondation canadienne du rein
CHUM	CSSS Jardins-Roussillon	La Société Alzheimer de Montréal
CRDI-TED de la Montérégie-Est	CSSS Thérèse de Blainville	La société de leucémie et lymphome du Canada, Chapitre de Montréal
CSSS Ahuntsic Mtl Nord	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Société canadienne de l'hémophilie - Section Québec (SCHQ)
CSSS d'Argenteuil	Hôpital juif de réadaptation	Société canadienne du cancer - division du Québec
CSSS de Chicoutimi	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Société Parkinson du Québec

Volet 3 Annexe 3 : Le Partenariat de soins et de services. Pour mieux diffuser, transférer et partager les connaissances et expériences

Le Partenariat de soins et de services

Pour mieux diffuser, transférer et partager les connaissances et expériences

Étude et recommandations sur les besoins et enjeux informationnels

Programme Partenaires de soins
Volet 3

Juin 2013

Recherche et rédaction:

M. Robin Dumais, MSI

Adjoint à la directrice exécutive du RUIS de l'Université de Montréal

Dre Paule Lebel, MD, MSc, CSPQ, FRCPC

Professeure agrégée, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, spécialiste en médecine communautaire
Co-directrice, Direction Collaboration et Partenariat patient,
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)
Médecin-conseil, Direction de la santé publique, ASSS de Montréal
Co-présidente, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, RUIS UdeM

Remerciements:

Cette étude des besoins a été rendue possible grâce à l'aimable contribution et participation des nombreux gestionnaires et professionnels de la santé du RUIS de l'UdeM que nous tenons à remercier ainsi qu'aux représentants des différentes associations professionnelles et organismes communautaires.

Pour leurs judicieux conseils, nous tenons à remercier chaleureusement les membres du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM ainsi que tous les responsables et professionnels qui ont contribué au volet 3 du Programme Partenaires de soins.

Enfin, pour leur contribution à l'organisation, la conception et l'analyse de cette étude, nos remerciements les plus chaleureux à Valérie Caron, chargée de projet en communications, Ilhem Bouhachi, stagiaire et candidate à la maîtrise en sciences de l'information (promotion 2012) et Luc Bouchard, consultant, analyste et rédacteur.

Ce document est rendu disponible en accès libre sans autorisation préalable pour le partage, la diffusion, la distribution et la reproduction à des fins non commerciales à condition que la source soit indiquée et la paternité des auteurs, coauteurs reconnue et clairement mentionnée.

L'adaptation de l'œuvre est toutefois réservée et requiert l'autorisation écrite préalable de tous les auteurs et coauteurs impliqués dans la création de l'œuvre.

Liste des acronymes utilisés

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
BFEP : Bureau facultaire de l'expertise patient-partenaires (UdeM)
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIO-CEI : Comité interfacultaire opérationnel (UdeM)
CMQ : Collège des médecins du Québec
CPASS : Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (Faculté de médecine, UdeM)
CRDI-TED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
FG : <i>Focus Group</i> : Groupe de discussion
MAS : Mouvement associatif en santé
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PPS : Programme Partenaires de soins
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

Sommaire

La méconnaissance d'initiatives documentées sur le partenariat de soins avec le patient et ses proches ainsi que des outils et moyens de diffusion efficaces pour partager les connaissances et diffuser les meilleures pratiques collaboratives en santé est un constat flagrant. Cette absence de cumul des connaissances entraîne des coûts significatifs en ressources et en temps pour les établissements de santé et de services sociaux.

Notre démarche appelle à une construction synergique de la connaissance et à un partage efficient de l'information. Elle vient confirmer la nécessité d'un site internet destiné à accueillir les contenus portant sur le Partenariat de soins et représente la meilleure façon de mettre en commun les ressources et les connaissances sur les pratiques collaboratives développées collectivement.

D'après une étude exhaustive des besoins par le biais de rencontres, d'entrevues et d'enquête en ligne parmi les principaux acteurs concernés, nous recommandons la création d'un lieu unique de transfert des connaissances, dépositaire d'un répertoire de savoirs et d'expériences sur les pratiques collaboratives et le Partenariat de soins. Un lieu où convergent les intervenants et « apprenants » de tous horizons - qu'ils soient gestionnaires ou professionnels de santé, patients et proches partenaires, étudiants et partenaires des ordres et milieux associatifs en santé.

Table des matières

Table des matières	1
Introduction	2
Méthodologie	2
Entrevues individuelles et de groupe	2
Enquête en ligne	4
Profil des répondants	5
Analyse des résultats	6
1- Les enjeux relatifs à l'intégration du partenariat de soins	6
<i>Fondements et modèle commun du partenariat de soins</i>	
<i>Rôles des acteurs du partenariat</i>	
<i>Promotion de l'approche du partenariat de soins</i>	
<i>Intégration de la pratique du partenariat</i>	
<i>Planification organisationnelle du partenariat de soins</i>	
<i>Continuum de services</i>	
<i>Le pivot du partenariat de soins</i>	
<i>Cadre réglementaire régissant le partenariat</i>	
2- Les enjeux et besoins relatifs à la gestion, le partage et la diffusion de l'information	10
<i>Accessibilité, validité et pérennité de l'information</i>	
<i>Formation</i>	
<i>Littératie et vulgarisation</i>	
<i>La construction synergique de la connaissance en matière de partenariat de soins</i>	
<i>Création d'un site web consacré au partenariat de soins</i>	
3- Types et sources consultés	16
4- Les pratiques collaboratives et la diffusion de l'information	19
Recommandations	21
A. Fonctions et contenus du site	21
B. Structure de gestion du site	22

Introduction

À travers le réseau de la santé, on constate une méconnaissance des initiatives de partenariat de soins avec le patient et ses proches ainsi que des outils et moyens de diffusion efficaces pour partager les connaissances et diffuser les meilleures pratiques collaboratives en santé.

Compte tenu de la pénurie des ressources professionnelles et de la complexité croissante des problèmes de santé, le Québec vit une transformation des pratiques cliniques. Dans ce contexte, une meilleure collaboration au sein des équipes de soins devient l'une des solutions identifiées en vue d'augmenter l'efficacité du système de santé. Pour ce faire, étudiants, intervenants, patients et proches doivent apprendre à clarifier leurs rôles et partager leurs responsabilités afin de développer un réel partenariat de soins.

Le **Programme Partenaires de soins** (PPS), financé par Santé Canada (2011-2013) et le MSSS (2010-2013) a pour but de développer des stratégies et des outils d'information, d'apprentissage, d'évaluation et de diffusion, qui permettront : i) la consolidation des pratiques collaboratives au sein des établissements du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM); ii) et l'intégration des patients et de leurs proches comme partenaires de soins au sein des équipes cliniques.

Le PPS s'inscrit dans la foulée des actions entreprises jusqu'ici par l'UdeM et son RUIS sur le développement de la compétence de collaboration. Il permet de répondre spécifiquement à certaines des recommandations du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM.

Les **clientèles visées** par le PPS sont :

- les professionnels et les gestionnaires des équipes de soins des établissements du RUIS de l'UdeM;

- les patients et leurs proches utilisateurs des services des établissements du RUIS de l'UdeM;
- les étudiants et les stagiaires en milieux cliniques des programmes de la santé, de psychologie et de service social de l'UdeM;
- les associations de patients et groupes d'entraide communautaires de patients et de proches.

Le PPS se divise en trois volets, dont chacun a pour but de développer divers outils de formation, d'évaluation et de diffusion. Des représentants des différentes clientèles visées seront consultés pour le développement de ces outils et participeront à leur expérimentation.

Le volet 3, auquel appartient la présente étude, sous la responsabilité du docteur Paule Lebel et de monsieur Robin Dumais, vise à dresser un portrait précis des besoins relatifs à l'information, en termes d'accès et de diffusion, des pratiques collaboratives afin d'identifier les stratégies d'information et de diffusion sur les pratiques collaboratives les plus pertinentes pour les gestionnaires, les professionnels du RUIS de l'UdeM ainsi que les patients et les proches et autres partenaires communautaires.

Méthodologie

Pour dresser le portrait le plus précis possible des besoins liés au partage, à la diffusion et au transfert de l'information et des connaissances en matière de pratiques collaboratives et pour initier un véritable partenariat de soins et de services avec le patient et ses proches, une étude élargie des besoins, apparentée à l'audit informationnel, était préconisée.

Entrevues individuelles et de groupe

Une première phase générale de consultation a été organisée sous forme d'entrevues individuelles et de groupes de discussion (*focus groups*) à l'automne 2011 (novembre-décembre), auprès de gestionnaires, de professionnels de la santé ainsi qu'auprès de représentants de mouvements associatifs en santé

des 6 régions desservies par le RUIS de l'UdeM (les Laurentides, Lanaudière, la Mauricie, le nord-ouest de la Montérégie, l'est de l'île de Montréal et Laval).

Quatre groupes de discussion et deux entrevues (individuelle et téléphonique) tenus à Montréal, Longueuil et Laval ont permis de réunir au total, 36 intervenants (20 professionnels et 16 gestionnaires) en provenance de 16 établissements de santé et de services sociaux du RUIS et de 8 mouvements associatifs en santé tel que décrit dans les tableaux 1 et 2.

D'une durée moyenne de 2 heures, les discussions, animées par les co-directeurs du volet 3, ont été

Les trois thèmes communs de discussion abordés en entrevues individuelles et de groupes étaient :

1. l'accès à l'information sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins : besoins et expériences;
2. les pratiques collaboratives et la diffusion de l'information : comment faciliter la communication et articuler le transfert des connaissances ;
3. le développement d'un site web sur le partenariat de soins : pertinence, contenus et fonctions.

Tableau 1. Liste des entrevues et groupes de discussion

Code	Date	Lieu	Groupe ciblé	Nombre de participants
FG1	15 novembre 2011	Montréal	Représentant des mouvements associatifs en santé	1
FG2	17 novembre 2011	Montréal	Représentant des mouvements associatifs en santé	7
FG3	5 décembre 2011	Montréal	Professionnels et gestionnaires du réseau de la santé	6
FG4	12 décembre 2011	Longueuil	Professionnels et gestionnaires du réseau de la santé	8
FG5	13 décembre 2011	Laval	Professionnels et gestionnaires du réseau de la santé	12
FG6	20 décembre 2011	Entrevue téléphonique	Professionnels et gestionnaires du réseau de la santé	2
Total :				36

Tableau 2. Établissements et organismes représentés aux entrevues de groupe (novembre - décembre 2011)

Établissements		Organismes
ASSS de la Montérégie	CSSS de la Montagne	Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal (RAANM)
Centre du Florès	CSSS de Laval	Fibrose kystique Québec
CHU Ste-Justine - CRME	CSSS du Coeur-de-l'Île	Fondation canadienne du rein
CHUM	CSSS Jardins-Roussillon	La Société Alzheimer de Montréal
CRDI-TED de la Montérégie-Est	CSSS Thérèse de Blainville	La société de leucémie et lymphome du Canada, Chapitre de Montréal
CSSS Ahuntsic Mtl Nord	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Société canadienne de l'hémophilie - Section Québec (SCHQ)
CSSS d'Argenteuil	Hôpital juif de réadaptation	Société canadienne du cancer - division du Québec
CSSS de Chicoutimi	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Société Parkinson du Québec

Les données descriptives des entrevues individuelles et de groupe issues des enregistrements audio ont été transcrites (janvier-février 2012), analysées, synthétisées et codées (février-mars 2012) à l'aide de l'outil d'analyse qualitative *QDA Miner*.

Quelques observations communes et transversales provenant des données qualitatives recueillies de ces discussions relèvent de besoins et d'enjeux communs, tels que i) les besoins flagrants d'une terminologie harmonisée et d'un cadre conceptuel ainsi que d'une plateforme en ligne pour accéder, consulter, déposer et échanger de l'information en temps réel sur la collaboration et le partenariat de soins et de services; ii) les enjeux en regard : des aspects légaux et juridiques de la collaboration; des rôles et responsabilités des intervenants, patients et proches; du niveau de littératie des contenus à développer pour les différentes clientèles (professionnels, gestionnaires, proches); des mécanismes de diffusion des initiatives de collaboration. L'ensemble des enjeux et besoins, relevés à partir de l'analyse des discussions sont synthétisés au prochain chapitre.

Enquête en ligne

Les données qualitatives récoltées à l'issue des entrevues réalisées à l'automne 2011, ont permis de dégager une tangente claire et identifier, comme besoin prioritaire, le développement d'un site web dédié au partenariat de soins et de services.

Ainsi, l'élaboration d'une enquête électronique portant sur les fonctions et contenus d'un site web sur le partenariat de soins et de services a été réalisée à l'hiver 2012 avec la contribution, de janvier à mars, d'une stagiaire candidate à la maîtrise en sciences de l'information (MSI) de l'UdeM.

Les thèmes abordés dans l'enquête électronique traitaient :

- Des moyens utilisés pour obtenir et diffuser de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses

- Des moyens utilisés pour diffuser l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches;
- De l'intérêt, les fonctions et les contenus d'un site Web dédié aux pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches;
- De la volonté de partager de l'information et de la documentation concernant les pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches.

Le questionnaire a été pré-testé et validé auprès des directeurs et de leurs collaborateurs des autres volets du projet PPS. L'enquête a été conçue et mise en ligne avec l'outil *Qualtrics* et l'invitation initiale auprès des participants a été faite le 25 mai 2012. L'échantillon a été constitué selon la méthode « boule de neige » : tous les participants aux entrevues de l'automne 2011 et les autres acteurs potentiels de la collaboration ont d'abord été identifiés pour compléter mais surtout diffuser l'enquête en ligne auprès d'une multitude de groupes de travail et comités dont : les participants rencontrés lors des groupes de discussion ; les membres des comités sectoriels du RUIS de l'UdeM ; le personnel du Bureau facultaire de l'expertise patient-partenaires (BFEPP) et les membres de Comité interfacultaire opérationnel (CIO-CEI) ; les membres du Conseil multidisciplinaire de l'Agence de Montréal ; des répondants au niveau des ministères dont le MSSS et l'Office des professions du Québec ; des répondants au niveau associatif ; les coordonnateurs des programmes en santé dans les collèges ; les membres de la Direction qualité, promotion de la santé et expérience patient du CHUM.

Des relances et rappels par courriel et en présence auprès de différents comités ont été faites à quatre reprises : 4, 12, 21 juin et 3 octobre.

Les données descriptives quantitatives de l'enquête en ligne ont fait l'objet d'une synthèse sous forme de tableaux et figures à l'automne 2012. Les

synthétisées et codées (février-mars 2013) toujours à l'aide de l'outil d'analyse qualitative *QDA Miner*.

Profil des répondants#

Au total, 165 répondants ont complété le sondage. Nous ne pouvons prétendre à une validité scientifique avec cet échantillon puisque la population nous est inconnue et ne sommes pas en mesure d'établir le taux de participation exact. Toutefois, nous pouvons affirmer que l'échantillon a atteint la masse critique de répondants potentiels puisque les principaux acteurs-clés et groupes d'intérêt dans le domaine ont été contactés.

Sept variables nous permettent d'apporter des précisions sur le profil des répondants :

- **Provenance régionale :**
76% des répondants proviennent de la région de Montréal. Les autres (24%) se répartissent dans une distribution presque équivalente dans les 5 autres régions du RUIS de l'UdeM.
- **Type d'organisation :**
78% des répondants sont issus des établissements du réseau sociosanitaire, 11% du réseau de l'enseignement (cégeps, universités), 4% des ministères et agences gouvernementales. Le tableau 3 indique en détails la provenance des participants d'après le type d'établissement ou d'organisation
- **Fonctions professionnelles :**
44% des répondants occupent des fonctions de gestion et d'administration dans les milieux clinique, d'enseignement ou gouvernemental, 37% sont des cliniciens et 10% font de l'enseignement
- **Nombre d'années d'expérience dans les fonctions actuelles :**
35% cumulent entre 6 et 15 ans d'expérience, 30% sont en poste depuis moins de 5 années, 26% sont en poste depuis plus de 20 ans
- **Niveau de scolarité atteint :**
92% détiennent un diplôme universitaire :
54% de 2^e cycle,
26% de 1^{er} cycle et
12% de 3^e cycle
- **Genre :**
83% de répondantes féminines
- **Âge :**
67% ont entre 40 et 59 ans et
29% entre 18 et 39 ans

Tableau 3. Provenance des répondants (type d'établissement ou d'organisation)

	n	%
CSSS, CLSC, CHSLD	41	25%
Centre hospitalier universitaire (CHU)	34	21%
Centre affilié universitaire (CAU)	32	19%
Université	15	9%
Centre de réadaptation (CR)	11	7%
Centre hospitalier (CHSGS)	7	4%
Mouvement associatif en santé	7	4%
Agence de la santé et des services sociaux	5	3%
Groupes de médecine familiale (GMF) et cliniques réseau intégrés (CRI)	3	2%
Maisons d'enseignement (ex.cégep, collège)	3	2%
Institut universitaire (IU)	2	1%
Associations et ordres professionnels	2	1%
Centre de recherche	1	1%
Ministères	1	1%
Autre Préciser	1	1%

Analyse des résultats

Les résultats présentés ci-après relatent d'abord les propos tenus lors des entrevues et discussions de groupe. Au-delà de la simple étude des besoins informationnels, de transfert et de diffusion – vaste thématique s'il en est une – à propos des pratiques collaboratives et du partenariat de soins, la présente investigation a permis une collecte de nombreux propos riches de problématiques et d'enjeux qui viennent illustrer la complexité de l'implantation de pratiques collaboratives en milieu clinique.

Ainsi, à propos des expériences sur la pratique collaborative et l'accès à l'information, un discours abondant et articulé s'est manifesté dès l'amorce des discussions sur les enjeux de la collaboration. Ces propos révélateurs ont été synthétisés et regroupés en grands enjeux ou besoins sous les rubriques :

1. *Les enjeux relatifs à l'intégration du partenariat de soins*
2. *Enjeux et besoins relatifs à la gestion, au partage et à la diffusion de l'information*
3. *Types et sources consultés*
4. *Les pratiques collaboratives et la diffusion de l'information*

Afin d'alléger la lecture, le texte est enrichi de l'analyse quantitative des résultats de l'enquête en ligne.

1- Les enjeux relatifs à l'intégration du partenariat de soins

Fondements et modèle commun du partenariat de soins

L'examen des discours de l'ensemble des participants révèle que de tous les besoins d'information exprimés, ceux liés aux connaissances théoriques, aux principes généraux et au fonctionnement qui régissent l'approche du partenariat de soins sont parmi les plus récurrents.

Qu'ils soient issus des groupes de représentants des mouvements associatifs de santé ou du réseau de la

santé, tous mentionnent le besoin d'un **cadre de référence**, d'un **lexique commun** afin d'en connaître davantage à propos du modèle du partenariat de soins. Ils souhaitent être informés à propos : des fondements du partenariat de soins, du rôle que doivent jouer les divers intervenants partenaires au sein de l'équipe clinique ainsi que des avantages reliés à l'adoption de l'approche du partenariat de soins.

« [...] la distinction entre interdisciplinarité et multidisciplinarité n'est pas faite. Et c'est pas une notion qui est claire. Donc, à ce niveau-là, y a beaucoup de recherche d'informations qui doit être faite et c'est pas une recherche qui est facile. » (FG5)

« [...] la haute direction, au niveau stratégique, doit mieux comprendre les concepts, être à l'aise avec les définitions pour pouvoir, par la suite, donner des orientations. [...] il y a beaucoup d'établissements qui ont commencé, individuellement, à créer des outils, essayer des cadres de références et on s'est rendu compte qu'on s'obstine beaucoup sur les mots et sur comment on peut rendre ça simple. » (FG3)

Rôles des acteurs du partenariat

Le thème des rôles que doivent assumer les intervenants au sein de l'équipe clinique est également un enjeu d'importance souvent cité. A titre d'exemple, les **nouveaux rôles assumés par le patient partenaire et le proche partenaire** font l'objet de questionnements et de la nécessité de définir la place de chacun dans l'équipe en tenant compte des capacités et les compétences de chacun.

« Parce que t'as des rôles, des responsabilités à développer là-dedans. Puis c'est nouveau. [...] Ça veut dire quoi, être partenaire de soins? C'est quoi ma responsabilité? Ça veut dire quoi: je collabore à des équipes inter comme partenaire? » (FG6)

Promotion de l'approche du partenariat de soins

L'approche du partenariat constitue un **changement de culture** majeur pour plusieurs intervenants qui soulignent l'importance de présenter les acquis et les avantages pour susciter l'adhésion. Et ce,

- au niveau d'indicateurs probants :

«[...] avoir de l'information qui démontre que la pratique collaborative augmente l'efficacité, augmente la qualité des soins, a un impact. [...] Il faut au moins avoir une certaine base de données qui regroupe des études, qui démontre que ça a un impact positif, évidemment, et puis ensuite, y faut être capable de réévaluer ces impacts-là dans notre milieu. Si vous voulez convaincre les gens de changer leurs pratiques, faut d'abord démontrer qu'y a, en quelque part, de l'évidence, soit un projet qui a fonctionné ailleurs, soit de la littérature qui démontre que ça a été efficace. (FG5)

- au niveau du proche :

«une équipe d'intervention précoce [...] qui travaillait en équipe inter avec un plan d'intervention concerté avec les parents. De pouvoir être ensemble, d'avoir une compréhension de c'est qui, cet enfant-là, c'est quoi ses besoins prioritaires avec le parent, [...] en équipe, bien, on a eu nos discussions pour donner un plan de match clair aux parents. [...] au bout du compte, le parent, lui, y arrive, puis y sait c'est quoi dans les 3 prochains mois, puis y a pas plein de PI parallèles à plus savoir où se jeter. » (FG5)

- au niveau communautaire dans son ensemble :

« [...] si la proche aidante se sent [...] impliquée dans ses propres limites, c'est qu'elle va vraiment avoir une bonne collaboration qui va avoir une incidence bien positive sur la personne aidée parce qu'y va y avoir [...] une confiance puis une complicité! » (FG1)

Intégration de la pratique du partenariat

La mise en œuvre du partenariat engendre des besoins en connaissances appliquées et adaptées aux besoins des milieux cliniques. En outre, les participants sont à l'affût d'outils communs qui facilitent l'implantation des pratiques collaboratives et assurent le bon fonctionnement des équipes qui travaillent en partenariat. Par exemple, un participant fait mention de l'outil de travail dont s'est doté l'équipe dans laquelle il œuvre pour

faciliter la collaboration interprofessionnelle.

« [...] Alors on s'est obligé, on s'est dit, bon, bien, si on a à produire un seul rapport, que tous les professionnels signent exactement le même rapport, ça force l'interdisciplinarité [...] » (FG4)

L'intégration, l'adaptation et la mobilisation des intervenants partenaires constituent également un enjeu sur lesquels les participants souhaiteraient être davantage informés. Une solution proposée pour favoriser l'intégration consisterait à mettre en ligne des contenus portant sur la responsabilisation du patient partenaire et ses devoirs vis-à-vis de l'équipe clinique.

« [...] comment est-ce qu'on fait pour que les gens se prennent en charge? Comment est-ce qu'on fait pour qu'y participent à leurs soins? Donc, c'est un peu d'informer les gens sur cette responsabilité qu'ils ont, ce devoir-là, mais aussi les droits en lien avec ça. Donc, d'être informé, bien informé, bien soutenu pour tout faire ça. Je pense qu'il y a de l'information préalable au niveau web qui peut être transmise par rapport à ça. » (FG5)

Les moyens à privilégier pour faciliter **l'intégration des patients/proches partenaires issus de différents milieux socio-culturels et des communautés multiculturelles** a été soulevé par les participants. Il s'agit d'un enjeu qui doit faire l'objet d'une réflexion à même le processus de mise sur pied d'un modèle commun de partenariat de soins compatible avec les valeurs et les pratiques. Cette adaptation doit d'abord être en adéquation avec leurs représentations de la santé et de la maladie.

« Je suis responsable d'un comité sur la diversité culturelle. [...] je me demandais, justement : est-ce que l'usager perçoit son rôle de collaboration, pareil, entre parenthèses là, que les Québécois de souche, peut-être, dans leur implication au niveau des soins? Alors ça, y a comme quelque chose là, y a un intérêt qu'on a, chez nous, justement... s'assurer, oui, de la collaboration, mais en même temps, dans un contexte de diversité culturelle. » (FG3)

« [...] les gens peuvent venir de partout. Est-ce qu'on donne la même information? Actuellement, je suis pas certaine. Et je pense qu'y a un grand enjeu, là, de chevauchement, surtout quand on parle de patients partenaires. » (FG3)

« [...] faut, un moment donné, que ce soit traduit, faut que les gens, à la première image, se reconnaissent, s'identifient, se sentent concernés [...] » (FG1)

Les extraits qui suivent soulèvent quelques uns des enjeux les plus importants liés à l'intégration des patients/proches partenaires au sein des équipes cliniques. Ils font état de la **légitimité de son savoir et de ses pratiques** aux yeux des autres intervenants et de problématiques qui mettent en cause la reconnaissance par l'autorité médicale du savoir expérientiel et la nature hiérarchique des rapports entre intervenants de santé et patient/proche partenaire.

« [...] mais ce qui arrive, des fois, y a des professionnels qui ne vont pas reconnaître les proches même si la personne voudrait que son proche soit là. Y a des professionnels qui ne reconnaissent pas. » (FG1)

Dans le cas du patient/proche partenaire, **intégrer un groupe d'intervenants de santé représente une expérience intimidante**. L'interaction avec les intervenants peut même être source d'anxiété. Le patient craint parfois que ses interventions ou que les décisions qu'il prend n'aient pour conséquence d'affecter la qualité des soins reçus. L'autorité conférée à ceux qui détiennent la connaissance médicale et la méconnaissance du vocabulaire technique fait en sorte qu'il peine à prendre sa place au sein de l'équipe.

« La place de l'usager auprès d'une équipe comme ça, parce que, vous savez par expérience : t'es usager, puis t'arrives au travers une gang de professionnels, avec un médecin assis au bout de la table, puis là, tu t'exprimes, puis t'as pas nécessairement le bon jargon, leur langage à eux, puis t'as le tien, puis c'est très difficile pour un usager sur des notions comme ça, de lui redonner sa place au sein des équipes. » (FG6)

Pour certains, l'intégration des patients/proches partenaires passe nécessairement par la reconnaissance de leur contribution au sein de l'équipe clinique. Cette reconnaissance implique que **le patient/partenaire participe activement aux échanges** qui ont lieu lors des rencontres des équipes cliniques. La réciprocité qui naît de tels échanges contribue à créer un sentiment

« Parce que y a eu une reconnaissance du rôle du proche aidant : « ah bien, je te reconnais, c'est vrai qu'y fait un bon travail, c'est vrai qu'on peut s'asseoir puis t'expliquer ce qui se passe. Tu peux comprendre. » Fait que [...], si on veut [...] établir des collaborations, un sentiment d'appartenance à une équipe, OK, bien, ça joue. » (FG1)

d'appartenance et permet ainsi d'assurer une collaboration efficiente au sein de l'équipe.

L'intégration et la mobilisation des intervenants de santé dans le partenariat de soins sont essentielles. Au premier chef, les **médecins sont identifiés comme des acteurs incontournables** du milieu de santé, et ceux-ci doivent être partie prenante des initiatives destinées à implanter le partenariat de soins.

« Bien, j'ajouterais peut-être qu'un élément [...] c'est le leadership médical aussi. [...] En tout cas, je pense que ça passe aussi par eux. On voit, dans les équipes de travail où ça fonctionne très, très bien, l'importance du leadership médical [...] » (FG5)

Planification organisationnelle du partenariat de soins

Pour que les projets d'implantation du partenariat de soins prennent véritablement leur envol, les **directions d'établissements doivent assumer un réel leadership** afin que la collaboration devienne un enjeu stratégique de l'organisation et que cette adhésion se traduise par des objectifs et des mesures concrètes qui favorisent les partenariats avec le milieu à travers le continuum de services.

« [...] Alors comment ça pourrait être intégré dans une philosophie, dans une valeur organisationnelle? Euh, parce que [...] les redditions de comptes se font beaucoup sur des chiffres, mais est-ce qu'y pourrait y avoir quelque chose au-delà de ça, que ça devienne une valeur intrinsèque des établissements? » (FG 4)

« [...] en fait, pour chez nous, ça fait partie de la planification stratégique, donc, c'est vraiment une orientation que l'hôpital se donne. Et ça part autant au niveau de la direction, comme vous disiez tantôt. » (FG5)

« [...] c'est que travailler en approche collaborative, c'est une question de changement de culture, ça rejoint des principes d'organisation du travail, etc. Fait que pour moi, ce serait quasiment le même registre que de parler des ententes de gestion, parler de gestion de la qualité [...] C'est des grands champs par lesquels y faut aussi que l'équipe de direction soit partie prenante [...]. Fait que dans ce sens-là, quand on parle d'orientations ministérielles, en général, faut que ça transige aussi par un corridor plus clair. Puis pas juste par l'information aux personnes concernées » (FG5)

Un participant issu du réseau de la santé en guise de stratégie, propose d'actualiser le plan d'action de son organisation de façon à être en adéquation avec les recommandations d'Agrément Canada.

« On avait l'impression d'avoir une saine collaboration mais on implique souvent la clientèle dans le processus. Alors je trouve que ce serait un bel argument parce que, veut, veut pas, on va avoir des recommandations, la prochaine visite est dans quelques années, puis je trouve que dans notre plan d'action, on a mis beaucoup d'éléments en lien avec ça. Et ce serait vraiment intéressant qu'on puisse l'actualiser. Et je suis certaine que si on se compare au niveau québécois, on doit être tous au même niveau. Alors je... je pense que ça serait... ça pourrait être une avenue intéressante de faire le lien avec... Agrément Canada... » (FG3)

Continuum de services

Dans le contexte des maladies chroniques, les patients ont besoin de ressources pour mieux s'informer sur leur maladie ainsi que sur les recours qui sont à leur disposition.

Le rôle que jouent les organisations du MAS en la matière et leur volonté d'établir des ponts avec les différents partenaires du champ de la santé, appelle à la naissance de nouveaux partenariats, notamment avec les établissements du réseau de la santé. **Favoriser le décloisonnement entre les organisations du MAS, les organismes communautaires et les établissements médicaux** représente une avenue prometteuse selon plusieurs participants. Cela permettrait, en outre, de favoriser une meilleure coordination des soins et faciliterait la prise en charge de la maladie par le patient/proche partenaire. La création de tels partenariats se veut un enjeu autant ;

- À l'échelle des professionnels :

« Et je pense, donc, qu'on a besoin de créer de plus en plus de liens [...] avec des professionnels qui vont pouvoir donner de leur temps. [...] On a donné une présentation sur les services aux patients pour créer des liens qui sont importants pour les patients et pour le personnel aussi. » (FG2)

- À l'échelle de la communauté :

« Les milieux sont là puis on dit, notre réseau, faut qu'on soit en continuum. Puis on a beaucoup beaucoup de difficultés, nous autres, dans le réseau de la santé, c'est quand qu'on a fini notre travail de base, là, de réadaptation ou de soins, la vraie vie, elle se continue dans la communauté. C'est les associations qui prennent le relais. Puis on a beaucoup de difficultés parce qu'on connaît moins bien le monde associatif. » (FG1)

- À l'échelle du patient :

« L'enjeu qu'on vit à notre niveau, quand on n'est pas dans un CSSS, c'est la cohérence de l'information qui est donnée aux patients puis à la famille. Parce qu'y a des modalités de prise en charge, puis quand la personne retourne à domicile, je pense que c'est nos continums de soins qui va être un grand enjeu. » (FG3)

Le pivot du partenariat de soin

La mise en place et la pérennisation de l'approche du partenariat de soin nécessite de **mandater des personnes ressources** chargées du suivi des dossiers et d'exercer un leadership au niveau de l'animation et de la coordination de l'équipe.

« [...] si on n'a pas une personne qui est vraiment mandatée pour le faire vivre, le suivre ou le mettre en place ou de structurer, ça tomberait. L'élément, (pour) nous, significatif, c'est le porteur de dossier [...] » (FG3)

Il est souvent mentionné la notion du champion comme personne référence, experte en contenu qui est mandatée pour travailler de concert avec les différents acteurs et établissements impliqués dans des projets de partenariat de soin. Il est appelé à travailler en collaboration avec des porteurs de dossiers (intervenant pivot), qui eux sont rattachés à un établissement.

«Donc, je pense qu'un facilitateur pour ça, c'est d'avoir une personne, un spécialiste, [...] qui est très versé dans les pratiques collaboratives, avec qui un pivot de l'établissement pourrait collaborer pour développer quelque chose sur mesure. C'est peut-être utopique, mais je pense qu'on aurait plus de chance à avoir un effet sur le terrain que de, oui, avoir des lectures. Mais comment vraiment l'animer, puis faire quelque chose d'expérientiel avec ça? Donc, la personne pourrait venir dans l'établissement puis on pourrait regarder c'est quoi le projet [...]» (FG5)

Enfin, un intervenant qui fait mention de la notion de champion décrit le propre rôle qu'il joue au sein de son établissement.

« [...] fait qu'on offre du support aux équipes ou aux gestionnaires. Des fois, ça peut être aux coordonnateurs professionnels, comment implanter la collaboration interprofessionnelle au sein de leur secteur. Et là, on s'adapte vraiment en fonction d'où les gens sont rendus et quelles sont leurs problématiques dans la consolidation de ces approches-là. Alors c'est très variable. Des fois, on travaille avec un gestionnaire qui lui, avec une stratégie qu'on convient ensemble, part pour le terrain, puis bon consolide cette approche-là. Des fois, on travaille avec [...] un coordonnateur professionnel pour leur expliquer quel est leur rôle dans l'animation des différents services individualisés [...]. C'est vraiment du coaching sur le terrain qu'on fait. » (FG6)

Cadre réglementaire régissant le partenariat

Dans un contexte interprofessionnel qui favorise le partage des responsabilités, le problème de **l'encadrement légal et juridique du partenariat se pose**. Les discussions qui ont cours dans les différents groupes abordent cette problématique en identifiant quelques-uns des enjeux légaux posés par l'implantation du Partenariat de soins comme :

- La définition des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe clinique;
- Les aspects juridiques et l'imputabilité des acteurs du partenariat ;
- Les droits des proches partenaires en regard ;
 - Du partage d'informations au sein de l'équipe :

« Y vont toujours dire : « ah, confidentialité! ». OK? Fait qu'à ce moment-là, c'est vraiment la première barrière qui est levée et qui est infranchissable. C'est la confidentialité, le dossier de l'aidé est confidentiel. Puis c'est bien correct, là. Mais par contre, quand le proche aidant a besoin de comprendre qu'est-ce qui se passe [...] pour pouvoir s'adapter, c'est très difficile. » (FG1)

- Des actes médicaux autorisés aux proches partenaires :

« [...] bon, je sais qu'un moment donné, y avait les actes délégués qui maintenant sont... font plus partie de la loi. Donc, qui ont été retirés. D'où le fait qu'on peut demander aux proches de faire... de poser certains actes qui étaient exclusivement réservés aux infirmières. Donc, la question de la clarification (...)» (FG1)

Enfin, le cadre des pratiques collaboratives et le cadre réglementaire établi par les ordres professionnels peuvent s'avérer incompatibles.

« L'enjeu était surtout sur les rapports interdisciplinaires. [...] y faut que l'ordre professionnel puisse voir quelle discipline, quel professionnel a fait l'évaluation. Notre défi à nous, c'est que ce soit intégré, ça soit pas répétitif [...] » (FG4)

« Alors une question aussi bête que : « Quel professionnel peut faire tel type d'évaluation », là, je me devais d'appeler les ordres professionnels en individuel pour voir : « est-ce que, à votre niveau, on peut autoriser tel type d'évaluation? » Puis même là, entre les Ordres, y avaient pas toujours un consensus au niveau des réponses. Donc, en tout cas, moi, ça m'a demandé énormément de recherches, de validation [...] » (FG3)

2-Les enjeux et besoins relatifs à la gestion, au partage et à la diffusion de l'information

Un des principaux enjeux propre au travail collaboratif, tel qu'il se pratique selon l'approche du partenariat, est lié à la gestion de l'information. Ces enjeux touchent aux questions d'accessibilité, de validité et de pérennité face à l'information et aux connaissances, aux problèmes de l'intelligibilité des informations mises à la disposition des patients et proches partenaires, ainsi que de la formation des membres de l'équipe clinique qui travaillent en partenariat. Les participants voient dans la création d'un portail web, la réponse au besoin d'un lieu centralisé des informations et des connaissances portant sur le Partenariat de soins et les pratiques collaboratives.

Accessibilité, validité et pérennité de l'information

Parmi les défis auxquels sont confrontés les intervenants qui ont pris part à un projet d'implantation de pratique collaborative, celui de **l'accessibilité à certaines informations** sur l'approche ou encore à des outils pratiques a été mentionné de façon récurrente. L'accès à la littérature grise, constitué des rapports, documents et outils publiés à l'interne dans les différents établissements de santé, s'avère particulièrement difficile selon différents participants.

« [...] ce que je pourrais appeler littérature grise, parce que ça doit être consigné quelque part, [...] c'est difficile d'avoir accès à ça. » (FG5)

Dans le contexte actuel où l'intervenant est confronté à l'abondance d'informations de tous horizons, le travail de validation qui s'impose représente un effort supplémentaire et considérable pour la personne qui recherche des informations.

« [...] c'est qu'y faut être sûr que l'information qu'on donne, c'est la bonne, et qu'on peut, disons, aller chercher, encore là, d'autres appuis avec les cliniques spécialisées qui existent à travers le Québec, dans la maladie de Parkinson. » (FG2)

Enfin, plusieurs participants ont souligné qu'au-delà de la recherche des **informations pertinentes et validées** et **mises à jour** régulièrement.

« Là, on a peut-être un projet, mais c'est aussi un élément, parce que si c'est statique dans le temps, le transfert de l'information ou d'échange, ça se fait pas au niveau de la meilleure pratique et de la prise en charge de la clientèle. Fait que nous, ce qu'on sent, c'est un besoin de mise à jour de l'information rapide pour les meilleures pratiques, et pour le patient [...] » (FG3)

« Je sais que sur les projets de recherche qui se développent, souvent, à la fin, comme produit ou comme livrable, des sites web, le commentaire est souvent qu'il n'y a pas d'investissements pour maintenir, nourrir à plus long terme [...]. Et les gens, je pense, se découragent beaucoup quand y voient ça. » (FG5)

Formation

En plus de l'accessibilité aux informations, aux données probantes et aux outils pratiques, les participants des milieux du réseau de la santé que les représentants du mouvement associatif

souhaiteraient que des **formations portant sur le Partenariat de soins et les pratiques collaboratives soient mises sur pied et rendues disponibles** aux intervenants de santé ainsi qu'aux patients/proches partenaires.

En ce qui a trait à la formation de ces derniers, les participants issus du mouvement associatif font mention à plusieurs reprises de la nécessité d'avoir un offre de **formation pour les patients/proches partenaires sur leur maladie** et aux étapes par lesquelles ils auront à passer au cours de celle-ci.

Plus largement, un membre du réseau de la santé suggère que les formations soient davantage ancrées sur les réalités vécues en milieu clinique ainsi que sur les intérêts des équipes.

« [...] je vous dirais que ça serait peut-être au niveau des types de formations et des stratégies pédagogiques adaptées à la réalité, parce qu'on parle beaucoup de formation en action, puis je pense que quand on parle de collaboration, y faut se coller à des réalités, des intérêts d'une équipe, et là, c'est de savoir comment, à travers un projet commun qui est une priorité d'équipe, comment on peut coller la formation, soit sur la négociation, soit sur l'animation de groupes, la connaissance des rôles, je sais pas, là. Mais la gestion de projets aussi, qui est intéressante. Donc, vraiment, comment adapter les stratégies pédagogiques, parce que libérer une équipe pendant 7 heures, 14 heures, ça, c'est comme presque impossible, fait que les stratégies pédagogiques, je pense que ça, ça serait bien. Les gens verraient une plus-value rapidement et y pourraient travailler, même tout de suite sur leur projet. » (FG5)

En faisant écho au mandat des intervenants pivots, un participant souligne l'intérêt d'accompagner les formations en ligne d'un encadrement pédagogique par un expert en contenu.

D'autres participants suggèrent que la formule de l'accompagnement en situation s'avère la façon la plus adaptée aux contraintes vécues dans les établissements de santé.

« [...] on parle beaucoup de formation, puis les gens veulent pas avoir de la formation qui va durer une journée ou 2 journées. Y veulent du pratico pratique. [...] Fait que c'est nous qui animait une rencontre interdisciplinaire, et la personne qui, normalement, aurait dû l'animer nous observait. » (FG6)

Littératie et vulgarisation

Le concept générique qu'est « l'information » touche également à l'intelligibilité des contenus qui sont destinés à aux patients /proches partenaires qui, désormais, collaborent avec les autres membres de l'équipe cliniques à la prise en charge de leur maladie.

Dans ce contexte où des personnes de tous horizons, aux niveaux de scolarité différents seront amenées à participer activement aux décisions concernant leur santé, des informations accessibles et adaptées doivent être mises à la disposition de ceux-ci.

La problématique de la littératie et de la vulgarisation des contenus scientifiques, est au cœur des préoccupations des participants des trois groupes interviewés. En outre, l'information et les outils destinés aux patients et proches partenaires devraient tenir compte de leur capacité de lire et de comprendre en adoptant un vocabulaire et un niveau de langage adaptés.

« Puis y faut qu'on pose des questions, y faut qu'on s'informe. Et avec tact, délicatesse. Mais on sous-estime beaucoup le tout (la problématique de la littératie). Puis moi, je sais personnellement, faut qu'on se forme là-dedans, parce qu'on n'a pas l'habitude [...]» (FG2)

De même, les intervenants de santé devraient être outillés pour adapter la terminologie employée en fonction des connaissances de leurs patients. Cette transformation demande un effort concerté de la part de tous les intervenants de santé et doit faire l'objet d'une conscientisation et d'une éducation.

« Parce que quand on va voir un spécialiste, moi, je veux que le spécialiste sache, je veux qu'y sache où y s'en va. Et je voudrais qu'il puisse me le transmettre d'une façon à ce que je me sente pas idiot, que je le comprenne, mais aussi que tous les professionnels puissent, dans son propre cadre conceptuel, se servir de cette info-là pour la traduire parce que c'est ensemble que la force est. Exemple, la travailleuse sociale qui va prendre du cardiologue tout ce qu'il comprend de la maladie du patient, et qu'elle va traduire aux parents, aux proches de cet individu-là qui a vécu une crise cardiaque, bien, c'est toute cette approche-là, entre ces professionnels-là, scientifiques, et tout ce langage-là que chaque discipline s'est développé. » (FG4)

La construction synergique de la connaissance en matière de partenariat de soins

Les participants ayant collaboré à l'implantation du modèle du Partenariat de soins ou de pratiques collaboratives font état d'une certaine méconnaissance à l'égard des expériences similaires qui ont eu cours dans d'autres établissements. Ils ont alors constaté que les équipes avaient tendance à «refaire ce qui a été fait ailleurs ».

« Puis nos besoins d'informations, c'est d'essayer de savoir qu'est-ce qui se fait ailleurs dans d'autres unités de médecine familiale, dans d'autres CSSS pour pas répéter, refaire la roue, et puis aussi, pour prendre les bons côtés de ce qui a été fait ailleurs aussi. » (FG5)

Cette **absence de cumul des connaissances** qui est mentionné de façon récurrente par les participants issus du réseau de la santé entraîne des coûts significatifs en ressources et en temps pour les établissements. Certains participants en appellent donc à une construction synergique de la connaissance et à un partage efficient de l'information.

Les tables régionales, comités d'experts et autres regroupements représentent, selon ce participant, un moyen de connaître ce qui se fait dans d'autres établissements et d'éviter les redoublements.

« Je fais partie d'un regroupement de conseillers en milieu de vie au niveau provincial, et on utilise l'Œil régional de Montérégie(...) Je le trouve génial. On réinvente pas la roue. » (FG3)

De l'avis de plusieurs, la création d'un site internet destiné à accueillir les contenus portant sur le Partenariat de soins représente la meilleure façon de mettre en commun les ressources et les connaissances sur les pratiques collaboratives, évitant ainsi aux équipes d'avoir à constamment «réinventer la roue ».

« Puis effectivement, y a beaucoup de milieux qui ont fait beaucoup de travail individuellement, que juste de réinventer la roue à chaque fois... Donc, on pourrait tout mettre ça dans un... puis se partager ça, je veux dire, ça serait déjà une bonne façon de commencer. » (FG5)

Par ailleurs, il existe une volonté de changer les pratiques et de promouvoir la coordination de cette connaissance déjà accumulée. Il en va de même pour l'organisation synergique du travail au sein des équipes et des établissements du réseau de la santé dans le but de réduire les doublons d'actes cliniques.

« [...] on a une table régionale aussi, des conseillers cadres, ce qui est fort utile par rapport à ça. [...] Un des thèmes, justement, qu'on avait, c'était au niveau de la continuité des services. [...] On a dû revoir aussi nos formulaires à l'interne» (FG3)

Création d'un site web consacré au Partenariat de soins

Suite aux besoins et enjeux soulevés par l'implantation du partenariat de soins, la solution qui serait la plus rassembleuse passe par la création d'un portail web pour :

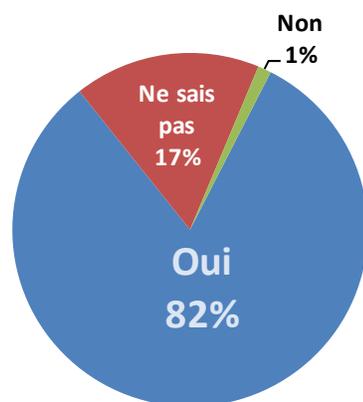
- Promouvoir et faciliter l'implantation de l'approche du partenariat de soins;
- Mettre en lien les différents intervenants et organisations engagés dans la démarche du partenariat;
- Assurer une gestion efficiente de l'information et des connaissances pertinentes.

Cet outil aurait pour fonction de rassembler la littérature grise issue des établissements impliqués dans des initiatives liés au Partenariat de soins, les données probantes, contenus pédagogiques et autres informations pertinentes, à rendre celles-ci accessibles au plus grand nombre et à permettre leur mise à jour.

« Ce que je trouve difficile du côté recherche de l'information, c'est que tout le monde, partout, est en train, un petit peu, de refaire exactement le même exercice. Et puis moi, c'est certain que comme spécialiste de la documentation, ce que je souhaiterais, c'est qu'on se mette ensemble, qu'on crée un site où est-ce que tout le monde a accès à l'information qui a été développée à gauche et à droite pour que, justement, l'exercice ne soit pas de refaire la roue à chaque endroit. » (FG3)

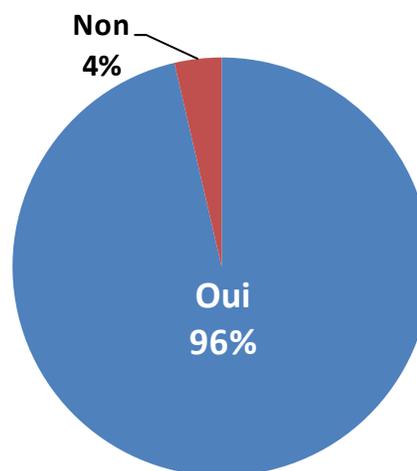
Sondage

Seriez-vous disposé à permettre la diffusion de vos outils dans un but non commercial dans la mesure où vous en conserverez la propriété intellectuelle ou le droit moral sur l'œuvre ?



Sondage

Seriez-vous intéressé(e) à utiliser un site Web dédié aux pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?



Compte tenu de la mission d'information qu'ont les associations de santé auprès de leur clientèle, ces dernières ont recours à plusieurs outils/médias/médium pour assurer la diffusion de l'information. Un participant provenant des milieux associatifs conclut qu'un site internet constitue un des meilleurs moyens de diffusion de l'information. En référence à la thématique de la diffusion de l'information, celui-ci fait état de **l'importance du site internet de son organisation dans la stratégie de diffusion** de celle-ci.

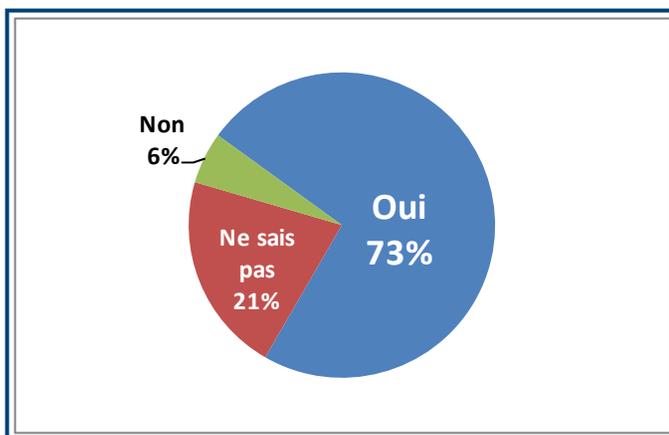
« la consultation du site internet, ça, ça marche très bien. » (FG2)

« C'est principalement le web. Notre site web est très consulté. » (FG2)

« [...] quels sont les moyens qui sont les plus consultés par le plus grand nombre de personnes? [...] je dirais, de plus en plus, c'est le web, les médias sociaux [...] » (FG2)

Sondage

Êtes-vous disposé à permettre l'utilisation intégrale, la modification et l'adaptation de vos outils dans la mesure où leur provenance et source seront citées et mentionnées ?



Un participant présente de façon éloquente quelle pourrait être la **mission éducative d'un portail internet pour les intervenants**.

« [...] (L)'idée c'est d'utiliser l'approche, vraiment de e-learning tout ce qui est possible pour que le site web, dans le fond, nous permette de mieux intégrer justement ces connaissances-là, que ce soit pas simplement des lectures ou des liens vers des articles, d'autres expériences, mais quelque chose qui vraiment favorise l'apprentissage, l'intégration de ces connaissances-là, qui effectivement, vont être déguisées dans toutes sortes de projets qu'on va faire dans nos établissements. Mais comme c'est une compétence transversale, faut l'apprendre, cette compétence-là. » (FG5)

En ce qui a trait aux **contenus**, plusieurs font mention des rapports de recherche, études, outils provenant de la littérature grise. Des contenus qui traitent également de l'intégration des patients au sein de l'équipe clinique.

D'autres souhaiteraient qu'une présélection des contenus les plus pertinents soit effectuée ou encore, d'y retrouver un moteur de recherche indexant efficacement les contenus.

« [...] les bons coups de tous et chacun puis, s'il y a des recherches qui ont été faites, des documents plus scientifiques, des documents de base, de mettre ça disponible sur le site web. Peut-être aussi mettre en relation des intervenants entre eux [...] Ça peut être très pratique. » (FG4)

« [...] souvent, dans les organisations, [...] le manque de temps est un obstacle. On aurait besoin d'efficacité et d'efficience. Ça prend, sur un site web, un outil de recherche efficace. » (FG5)

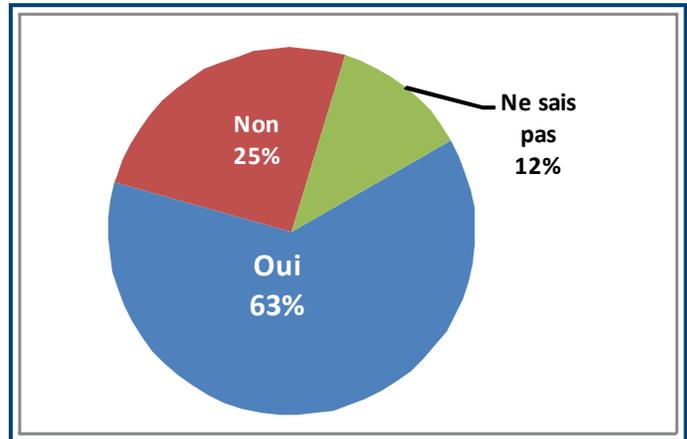
Quant à la forme que prendrait le contenu d'un tel site, plusieurs militent en faveur de contenus simples énoncés, accessibles. De façon récurrente, les répondants expriment leur préférence envers des contenus qui seraient vulgarisés, adaptés aux besoins et réalités concrètes rencontrées par les intervenants y compris les patients et proches partenaires pour favoriser une plus grande efficacité du réseau de santé.

« Que ce soit simple d'accès. Que ce soit porté pour le proche aidant et que ce soit interactif le plus possible. [...] Pour moi, quand on est capable de faire une planification, bien, j'ai l'impression qu'on tombe dans la prévention, puis que c'est favorable pour notre système de santé, les coûts, pour tout le monde, l'aidé et l'aidant. Bon. Je pense que ça serait pas mal ça! » (FG1)

« [...] c'est important que ce soit adapté, probablement au... à chacun des milieux. » (FG5)

Sondage

Un site Web dédié aux pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches devrait-il comprendre des sections protégées et réservées à des groupes distincts d'utilisateurs (professionnels de la santé et gestionnaires, patients experts, etc.) afin d'y déposer et échanger des outils et documents ?



Sondage

Quels devraient être les fonctions prioritaires d'un site Web dédié aux pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponses	n
Offrir des outils de référence (bottins, répertoires, bibliographies, terminologie, etc.)	118
Mettre en vitrine les expériences de collaboration	104
Proposer une veille documentaire sur le thème des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches	78
Servir de passerelle (forum ou blogue) pour faciliter les échanges entre les partenaires de soins	54
Offrir des cours en ligne	54
Proposer un calendrier d'évènements	43
Présenter des études de cas	25
Aucune fonction prioritaire	0

3-Types et sources consultés

Les participants aux groupes de discussions ont, pour la plupart, eu à effectuer des recherches pour trouver de l'information pertinente sur les pratiques collaboratives dans le cadre du partenariat de soins. Parmi les **sources** que les participants ont mentionnées avec récurrence, les contacts humains, formels ou informels, occupent toujours le premier rang, qu'ils soient en personne, au téléphone, par courriel ou via des forums de discussion.

Les **réseaux de contacts** comprennent des collègues, des intervenants, des membres de comités, de regroupements, d'ordres professionnels, des intervenants pivot et des spécialistes de l'information documentaire (bibliothécaires, documentalistes, informationnistes, courtier de connaissances).

« Je sais qu'on a un petit centre de documentation, mais moi, en général, c'est plus à parler à des personnes que je sais qui ont développé des projets que... avec eux, bon, on a une façon de penser similaire. J'ai des contacts, je trouve que ça fonctionne. En tout cas, moi, je fonctionne comme ça. » (FG3)

« Y a une table de concertation et, quand on a besoin d'infos, on peut lancer un appel. À ce moment-là, on a de l'information qui vient des autres milieux. Dans ce cas-là, quand vous parlez de littérature grise, c'est de la littérature qui vient d'autres CSSS qui sont pas nécessairement sur leur site internet. » (FG5)

Les professionnels constituent des sources et des relais de l'information de premier plan, étant donné le contact privilégié qu'ils ont avec les patients/proches.

«[...] je pense que ça doit aussi passer par les intervenants. Parce que, quand même, y a une certaine relation qui s'établit entre le patient et l'intervenant. Et l'intervenant peut encourager, que ce soit d'aller sur certains sites web ou de s'approprier de l'information ou, des fois, de mettre plus d'importance sur leurs droits. Et je pense que là, ça prend de l'information en plus, de sensibilisation au niveau des intervenants [...] » (FG5)

Les regroupements peuvent être une source non-négligeable, mais l'utilisation des informations peut s'avérer ardue.

« Bien souvent, je vais appeler les regroupements voir : « avez-vous développé des choses similaires? » Je me sers de leurs documents pour faire du pouce là-dessus. Mais je dois dire que chaque fois, c'est quand même un processus qui est long. Parce qu'y faut tenir compte du contexte légal, faut tenir compte également de maximiser, d'optimiser nos ressources. » (FG3)

Au-delà du contact humain, **la recherche d'informations s'effectue en ligne**. Internet et le Web sont les premières sources citées. Le Web est consulté pour obtenir une information de base, connaître les ressources disponibles.

Sondage

À quelle(s) personne(s) ou quels (s) organisme(s) vous adressez-vous pour obtenir de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponses	n
Personnel clinique (médecins, professionnels de santé et services sociaux, personnel de soutien)	115
Gestionnaires (établissements, agence et ministère de santé et services sociaux)	80
Formateurs (milieu académique et clinique)	75
Patient / Proche-aidant	61
Associations et ordres professionnels	50
Associations de patients / proches aidants	31
Autres (préciser) :	2
Aucune personne ou organisme	11

« Mon 1er outil de référence, c'a été l'internet, c'est sûr et certain. » (FG2)

« [...] c'est beaucoup par internet que j'ai fait ces démarches-là. » (FG4)

On en consulte les contenus même si l'information n'y est pas toujours validée.

« [...] internet, qui est super utile pour trouver des informations, mais en même temps, je trouve tellement que c'est un couteau à double tranchant, surtout avec les médias sociaux ou y a des blogues où y parlent que tel médicament avec tel médecin [...] » (FG2)

Certains **sites spécifiques** sont mentionnés par les participants:

« Bien, pour la collaboration interprofessionnelle, nous, ce qu'on voit beaucoup aussi, c'est sur le site de l'Office des professions. Pour suivre justement la législation de par notre direction, on suit beaucoup tous les développements de la loi, ça, pour nous, c'est un site très, très utilisé au niveau des démarches pour avoir accès aux lois. Le ministère, beaucoup. Et tous les sites très spécialisés. Mais ça, ça dépend peut-être des domaines, mais je prends pour le consortium en traumatologie, y ont souvent beaucoup de supports d'informations. Les sites des différentes associations, que ce soit la RDPQ, ou les sites comme ça aussi, sont très riches en informations. » (FG3)

Pour obtenir des données probantes émanant de la littérature scientifique, les **périodiques spécialisés** sont également consultés via des recherches dans les bases de données électroniques.

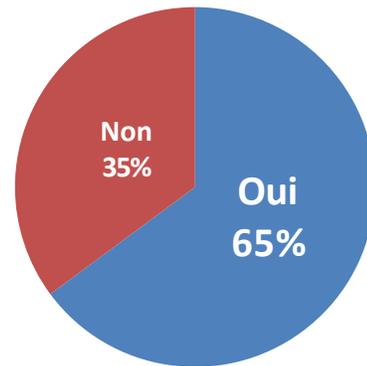
« Mais de plus en plus, avec le Evidence-based, ça va être comme ça, les gens vont vous questionner. Donc, faut que la base de données, y ait quelque chose là. » (FG5)

« C'est sûr que principalement, on a beaucoup, beaucoup d'articles de périodiques. » (FG3)

Enfin les documents et rapports de gestion ou autre littérature pertinente sont souvent repérés grâce à la **veille informationnelle**.

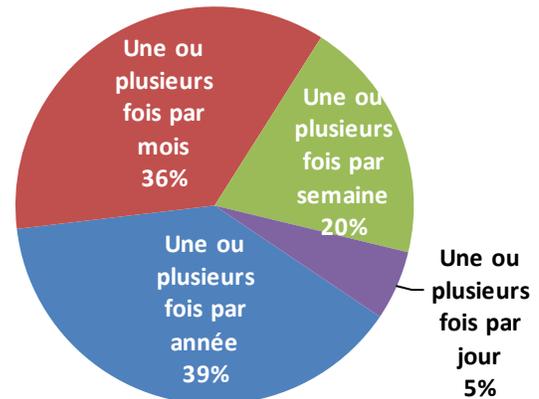
Sondage

Utilisez-vous Internet pour obtenir de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?



Sondage

À quelle fréquence utilisez-vous Internet pour obtenir de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?



Sondage
Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour obtenir de l'information en ligne au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponse	n
Moteurs de recherche (Google, Yahoo, etc.) Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	94
Site(s) Web d'associations ou d'organismes (AQESSS, CPIS, etc.) Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	52
Site(s) Web d'ordres professionnels (OIIQ, CMD, etc.) Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	51
Base de données spécialisées (Medline, PubMed, CINAHL, etc.) Identifier celle que vous utilisez le plus souvent :	51
Site(s) Web des établissements / des agences de santé et de services sociaux Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	50
Site(s) Web universitaires (Université de Montréal, Université Laval, etc.) Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	47
Intranet institutionnel Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	29
Médias sociaux (Facebook, LinkedIn, wikis, blogues, forums de discussion, etc.) Identifier celui que vous utilisez le plus souvent :	10
Autres Préciser :	8

Moteurs de recherche	Base de données spécialisées	Site(s) Web des établissements	Site(s) Web d'associations ou d'organismes	Site(s) Web d'ordres professionnels	Site(s) Web universitaires	Médias sociaux
Google : 33	Medline/ PubMed: 16	ASSS Montréal: 5	AQESSS: 7	OIIQ: 9	UdeM (CPASS, Fac, BFEPP) : 13	Facebook: 4
Google Scholar : 1	CINAHL : 5	ASSS Montréal: 3		CMQ: 2	Usherbrooke : 5	Forums: 3
Yahoo : 1		Ministère de la santé (féd. et prov) : 4		OEQ : 4	Ulaval : 3	LinkedIn: 3

Sondage
Quel(s) autre(s) moyen(s) parmi les suivants utilisez-vous pour obtenir de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponse	n
Congrès / Conférences	104
Formation (cours, ateliers, séminaires)	91
Comité, groupe de travail, communauté de pratique	79
Presse écrite et revues spécialisées	50
Bibliothèque / centre de documentation	41
Affiches, dépliants, brochures	37
Chaînes de radio et de télévision	18
Aucun autre moyen utilisé	18
Autres Préciser :	8

4-Les pratiques collaboratives et la diffusion de l'information

Le thème de la diffusion, axé sur les moyens utilisés pour diffuser la connaissance et les informations produites par les organisations ou les équipes, faisait partie des discussions.

Comme source d'information le réseautage et les contacts humains jouent un rôle primordial. Il en est de même au niveau de la diffusion de l'information et de la transmission des savoirs comprenant tous les acteurs et intervenants du continuum de soins et de services.

« [...] lorsqu'on veut que les connaissances aillent au niveau de la population, je pense que nos organisateurs communautaires, y a un lien important avec ces gens-là (qui est à consolider). » (FG3)

« Par exemple, si on parle au niveau clinique, si on a des assistantes infirmières-chef ou si on a des spécialistes en activité clinique ou des coordonnateurs, des professionnels qu'on va davantage former et qu'ensuite, on va regarder avec eux pour assurer la transmission de ces connaissances-là vers les équipes.» (FG3)

Le **transfert des connaissances** s'opère de façon plus formelle via la formation et les conférences.

« [...] on a un programme de conférence [...]. C'est une conférence d'une heure maximum avec des gens qui sont formés pour aller dans la communauté diffuser cette information-là. » (FG2)

« on avait aussi un congrès annuel. Donc, beaucoup de professionnels de la santé qui sont là, les neurologues spécialisés sont là tout le temps aussi.» (FG2)

« [...] le comité des services aux patients de la Société de leucémie organise aussi, c'est dans le cadre de la formation continue des infirmières ou du personnel médical, entre autres, y a des midi-conférences [...] et les gens y vont et sont crédités dans le cadre de leur formation continue. Je pense que c'est une façon aussi de créer des partenariats qui est assez intéressante parce que là, y sont stimulés [...] » (FG2)

Sondage

Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour diffuser de l'information en ligne au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponses	n
Ne diffuse pas d'information en ligne	77
Courriel / Liste de diffusion	53
Intranet institutionnel	48
Site(s) Web des établissements / des agences de santé et de services sociaux	31
Site(s) Web d'associations ou d'organismes (AQESSS, CPIS, etc.)	17
Site(s) Web d'ordres professionnels (OIIQ, CMD, etc.)	15
Site(s) Web universitaires (Université de Montréal, Université Laval, etc.)	8
Médias sociaux (Facebook, LinkedIn, wikis, blogues, forums de discussion, etc.)	8

Ou de façon informelle via des activités sociales organisées par des groupes de soutien.

« [...] on a des groupes de soutien qui se réunissent à toutes les 2 semaines [...]. (FG2)

« Pour le reste, c'est fait de façon très informelle. C'est beaucoup au travers les activités plutôt sociales, je vous dirais. Parce que notre organisme a un rôle à jouer, beaucoup, à ce niveau-là. De l'organisation de fins de semaines familiales, où là, on profite d'avoir des familles qui veulent bien participer à cette activité-là, les activités pour les jeunes, tout avantage ludique, et les activités de formation qui sont données aux parents. (FG2)

Ayant le mandat d'informer leur clientèle et produire des outils d'information, les représentants du mouvement associatif ont recensé et commenté les principaux médias utilisés.

Les moyens de diffusion clés sont les outils du Web :

« Je regarde en nombre de consultations, c'est vraiment le web, hors de tout doute! » (FG2)

« comme outil web aussi, y a notre cyberlettre que les gens peuvent imprimer, qui est distribuée aussi dans les hôpitaux. » (FG2)

Parmi les autres médias cités, notons :

La presse locale, dont l'efficacité reste toutefois à prouver, selon cet intervenant:

« Parce que dans les journaux, on sait pas qui les lit, on sait pas la portée, on peut s'imaginer que c'est lu, là, parce que c'est à grande portée. Après ça, bien, on sait que la mémoire collective est assez courte. Donc, c'est quoi l'impact? On le sait pas.» (FG1)

La vidéo :

«[...] le Regroupement des aidants de l'Assomption [...] a fait un DVD au niveau des proches aidants. Y ont fait un portrait, y ont parlé des étapes, ce qu'y peuvent vivre, des ressources. Ça, ç'a été plus utilisé [...] Ça va être mis dans les bibliothèques de la Ville de Montréal. » (FG3)

« Sur internet, tu peux faire tes mises à jour. Dans (les vidéos), tu peux choisir le type d'informations qui vont être plus solides dans le temps. » (FG1)

Enfin, la télévision qui atteint un large public, notamment via les commerciaux et les émissions qui portent sur la santé ou qui comportent des capsules santé :

« La télé, c'est bon. Parce que ça donne une image. » (FG1)

Sondage

Quel(s) autre(s) moyen(s) parmi les suivants utilisez-vous pour diffuser de l'information au sujet des pratiques de collaboration en partenariat avec le patient et ses proches ?

Réponses	n
Comité, groupe de travail, communauté de pratique	67
Aucun autre moyen	54
Formation (cours, ateliers, séminaires)	49
Affiches, dépliants, brochures	46
Congrès / Conférences	41
Presse écrite et revues spécialisées	22
Bibliothèque / centre de documentation	13
Chaînes de radio et de télévision	6

Recommandations

D'après les données recueillies lors des groupes de discussions et suite au sondage, nous recommandons la création d'un **lieu unique de transfert des connaissances, dépositaire d'un répertoire de savoirs et d'expériences sur les pratiques collaboratives et le partenariat de soins**. Un lieu où convergent les intervenants et « apprenants » de tous horizons - qu'ils soient gestionnaires ou professionnels de santé, patients et proches partenaires, étudiants et partenaires des ordres et milieux associatifs en santé.

Il est recommandé qu'un tel lieu prenne la forme d'un **portail internet** pour réunir et rendre accessibles les contenus pertinents portant sur le Partenariat de soins et les pratiques collaboratives. Les recommandations qui suivent concernent les fonctions et contenus du site ainsi que la structure de gestion du site.

A. FONCTIONS ET CONTENUS DU SITE

Le site web s'adressera à différentes clientèles et son contenu sera développé grâce à un processus de veille documentaire et de réseautage avec différents réseaux.

A.1 Recenser et colliger les connaissances et informations existantes :

- La littérature grise et autres contenus pertinents produits à l'interne par les organisations/équipes/intervenants qui œuvrent dans le cadre du partenariat de soins;
- Des articles, rapports de recherches, ouvrages choisis;
- Les données probantes et meilleures pratiques tirées de la littérature scientifique et des expériences menées sur le terrain.

A.2 Constituer un corpus de contenu pédagogique présentant un modèle théorique unifié sur le Partenariat de soins à partir du cadre de référence sur le partenariat de soins et de services du RUIS de l'Université de Montréal¹ ainsi que des Guides pratiques sur l'implantation des pratiques collaboratives et du partenariat de soins et de services dans les équipes cliniques.

A.3 Recenser les informations pertinentes liées aux normes professionnelles, aux cadres légaux et juridiques en matière de pratiques et d'actes médicaux en lien avec les pratiques collaboratives et le partenariat de soins et de services, incluant le positionnement des proches aidants.

A.4 Tenir compte de la spécificité des personnes qui consulteront le site en créant, en plus du contenu commun, des sections distinctes qui seront destinées aux patients, aux proches ainsi qu'aux intervenants de santé et en y présentant des contenus adaptés selon les connaissances et expériences de chacun, ainsi qu'au niveau de littératie générale et de littératie en santé.

A.5 Miser sur la veille documentaire et le réseautage afin de recenser les nouveaux projets portant sur le Partenariat de soins, assurer la mise à jour du contenu de la banque de connaissances et être à l'affût de l'innovation.

A.6 Réunir les forces vives qui œuvrent dans le cadre de l'approche du Partenariat de soins et des pratiques collaboratives et favoriser la naissance d'un réseau synergique d'échanges au moyen de la création d'une communauté virtuelle de pratique (CVP) pour:

- Recenser les établissements/équipes/intervenants, comme les leaders de la collaboration en établissement (LCE) qui sont en lien avec l'approche du Partenariat de soins et des pratiques collaboratives et les répertorier sous la forme d'un bottin rendu disponible sur le portail internet;
- Recenser et inviter les CVP déjà existantes à contribuer et interagir sur le thème du partenariat de soins;
- Promouvoir l'intégration des partenaires issus du Mouvement Associatif de Santé et du milieu communautaire dans l'ordre du Continuum de services en les intégrant au projet de CVP;
- Encourager les membres de la communauté de pratiques virtuelle à commenter les contenus du site. Favoriser la participation et le transfert de la connaissance en diffusant les

¹ Voir site du RUIS de l'UdeM URL: <http://www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>

² Voir Bulletin du CPASS, URL: http://www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf

B. STRUCTURE DE GESTION DU SITE

La mise sur pied d'une structure de gestion du site, telle qu'illustrée dans la figure 1., assurera la mise en œuvre et la pérennité du portail internet.

B.1 Favoriser la création de postes en lien avec la gestion des connaissances, les outils en ligne et les médias sociaux dont les rôles et responsabilités seraient :

Courtier de connaissances :

- Présider le Comité de gestion et le Comité scientifique du portail internet et assurer la fluidité des échanges et des prises de décision entre les deux comités;
- Recenser, adapter et diffuser les différents contenus sur le portail internet à partir de diverses sources d'information : établissements de santé et de services sociaux du RUIS de l'UdeM, facultés de l'Université de Montréal, Mouvements associatifs en santé.
- Trier et valider l'information diffusée sur le portail internet; mettre en place une veille informationnelle
- Collaborer étroitement avec l'édimestre et les divers consultants (rédacteur, vulgarisateur, traducteur, infographiste, etc.) pour faciliter l'application des connaissances.

Édimestre :

- Assurer la mise à jour des contenus du portail et coordonner l'édition des contenus des intervenants impliqués;
- Assurer la coordination et l'animation des échanges qui ont cours dans le cadre du portail internet et de la CVP;
- Participer, en collaboration avec le courtier, à la création d'un système de gestion documentaire en ligne où seront déposés les documents;
- Coordonner les travaux de l'intégrateur web.

Consultants en rédaction, vulgarisation et traduction

- Rédiger des contenus synthétisés en fonction des différentes clientèles du portail afin de s'assurer de l'accessibilité et de l'intelligibilité du contenu diffusé sur le site.

B.2 Mettre sur pied deux comités qui travailleront en étroite collaboration :

- Un **Comité de gestion** qui aura pour fonction de gérer, adapter et intégrer les contenus. Il sera présidé par le courtier de connaissances, secondé par l'édimestre et un intégrateur web.
- Un **Comité scientifique** composé du courtier de connaissances (président du comité et d'un représentant de chacune des catégories suivantes : patients, des proches aidants, intervenants de la santé et services sociaux, gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux, universitaires. Le comité assurera la validation scientifique des contenus adaptés aux différentes clientèles et destinés à être diffusés sur le portail internet.

B.3 Poursuivre le recrutement et la formation de Leaders Collaboration Établissements (LCE) et de patients/proches ressources dont les fonctions seraient :

- D'agir en tant que relais de l'information auprès des membres de l'organisation de laquelle ils sont issus;
- De faire la recension des bonnes pratiques au sein de leur établissement et de les diffuser;
- D'identifier des intervenants et des patients/proches dont les intérêts, compétences et expériences pourraient être pertinentes et qui pourraient intégrer les rangs de la communauté de pratique virtuelle;
- D'assurer un lien de communication dynamique entre l'organisation et le courtier de connaissances pour favoriser le transfert des connaissances entre les milieux cliniques et le portail internet.

Figure 1. Proposition de structure de gestion du portail du Partenariat de soins et de services du RUIS de l'UdeM

