ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/333603039

Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux

Book · June 2016

CITATIONS
0

READS
145

21 authors, including:

Luigi Flora
Université Côte d'Azur
99 PUBLICATIONS **1,069** CITATIONS
SEE PROFILE

Paule Lebel
Université de Montréal et Département de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-…
91 PUBLICATIONS **2,081** CITATIONS
SEE PROFILE

Vincent Dumez
Université de Montréal
52 PUBLICATIONS **1,136** CITATIONS
SEE PROFILE

Marie-Claude Vanier
Université de Montréal
49 PUBLICATIONS **971** CITATIONS
SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Christian Gérard Voirol on 28 August 2019.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Terminologie

de la

PRATIQUE COLLABORATIVE

et du

PARTENARIAT PATIENT

en

santé et services sociaux

Université de Montréal

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS **2**

PRÉAMBULE **3**

LISTE DES TERMES **4**

LISTE DES ACRONYMES **6**

DÉFINITION DES TERMES **7**

CRÉDITS **53**

Table des illustrations

Figure 1 - Un défi de synchronisation 10

Figure 2 - Comité d'amélioration continu 12

Figure 3 - Axes du leadership de l'engagement 14

Figure 4 - Évolution de la relation patient-intervenant 16

Figure 5 - Niveaux d'implication des patients dans le système de santé 31

Figure 6 - Travailler en partenariat 34

Figure 7 - Les différents profils des patients partenaires 38

Figure 8 - PID, PII et PSI 41

Figure 9 - Pratique collaborative et Partenariat patient en santé et services sociaux 45

Figure 10 - L'expertise de vivre avec la maladie 49

Préambule

Le présent document présente les définitions des principaux concepts fondateurs du partenariat patient en santé et services sociaux. Cette terminologie est le fruit du travail des patients et des professionnels (éducateurs et chercheurs) de l'Université de Montréal, principalement regroupés au Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) – comprenant la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et le Centre de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et le public --, ainsi qu'au Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM) et à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Ces personnes, au cours des dernières années, ont élaboré ces concepts, ont recueilli des recommandations d'experts dans différents domaines, et les ont expérimentés afin de les adapter à différents contextes.

Ainsi, plusieurs définitions sont tirées des documents et outils déjà produits par la DCPP. Certaines ont toutefois été mises à jour depuis la dernière publication des documents. Elles présentent des nuances qui reflètent le caractère novateur du partenariat patient en santé et services sociaux. Ce même caractère novateur rend nécessaire un choix judicieux et précis des termes employés afin d'assurer une compréhension commune des concepts et une harmonisation du vocabulaire. Cette terminologie fera l'objet de révisions régulières pour refléter l'évolution des connaissances dans le domaine du partenariat patient en santé et services sociaux.

Note :

Les termes « usager », « client », « bénéficiaire », « personne », « malade » sont d'usage courant dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Dans le contexte du partenariat patient en santé et services sociaux, nous lui préférons celui de ***patient***, soit une personne qui a (eu) recours aux services de santé ou aux services sociaux, expérience au cours de laquelle elle a développé des savoirs expérientiels.

Le terme ***patient*** inclut le ***proche aidant*** dans l'ensemble des documents produits.

Le terme ***professionnel*** peut désigner un chercheur, un enseignant, un intervenant ou un gestionnaire de la santé et des services sociaux.

Enfin, la notion d'***équipe***, inclut le gestionnaire clinique, le patient et les intervenants professionnels et non professionnels impliqués auprès du patient dans le continuum de soins de santé et de services sociaux.

Liste des termes

A

Adhésion au traitement **7**
Alliance thérapeutique **7**
Autodétermination **7**

C

Co-construction (travailler en partenariat) **8**
Comité d'amélioration continue du partenariat patient de soins et de services **8**
Continuité des soins **9**

D

Défi de synchronisation **9**
Démarche d'amélioration continue du Programme partenaires de soins **12**

E

École du partenariat en santé **13**
Éducation à la santé **13**
Engagement en santé et services sociaux **14**
Approches d'engagement 14
Leadership de l'engagement 14
Équipe de soins et de services **15**
Évolution de la relation patient-intervenant **15**
Expériences de soins de santé et de services sociaux **17**
Expertise de vivre avec la maladie [savoirs expérientiels du patient] **17**

G

Gouvernance partagée **18**
Groupe d'entraide **18**

I

Intervenant **20**
Intervenant de liaison **21**
Intervenant en gestion de cas **21**
Intervenant pivot **22**
Intervenant pivot en oncologie **23**

L

Leader **23**
Leader de collaboration en établissement de santé et de services sociaux **24**
Leadership **24**
Leadership clinique 25
Leadership des gestionnaires cliniques 25
Leadership des intervenants 25
Leadership du patient 25
Leadership transformationnel du partenariat patient en santé et services sociaux 25
Littératie **26**
Littératie en santé **26**

M

Mentor de rétablissement ***Voir Pair aidant salarié***
Modèle des niveaux de l'engagement patient en soins de santé et services sociaux **27**

O

Objectif SMART **32**
Observance **32**

P

Pair aidant salarié [pair aidant spécialiste ou mentor de rétablissement] **33**
Pair aidant spécialiste ..... ***Voir Pair aidant salarié***
Partenariat patient en santé **33**
Partenariat patient en santé et services sociaux **34**
Patient **35**
Patient accompagnateur .. ***Voir Patient partenaire au profil coach***
Patient expert **36**
Patient partenaire **37**
Patient partenaire au profil coach [Patient accompagnateur] **35**
Patient partenaire au profil co-chercheur – Recherche **36**
Patient partenaire au profil formateur – Enseignement **36**
Formation 37
Ingénierie 37
Mentorat 37
Patient partenaire au profil ressource **39**
Plan d'intervention disciplinaire **39**
Plan d'intervention interdisciplinaire **40**
Plan de services individualisé ou plan de services individualisé et intersectoriel **41**
Pratique collaborative **42**
Proche aidant **42**
Professionnel **43**
Programme **43**

Projet de vie 44

R

Référentiel de compétences 44
Capacité 45
Compétence 44
Manifestation 45
Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux 45
Clarification des rôles et des responsabilités 46
Communication 46
Éducation thérapeutique 46
Éthique clinique 47
Leadership collaboratif 47
Planification et mise en œuvre des soins et services (compétence centrale) 47
Prévention et résolution des conflits 47
Travail d'équipe 48
Référentiel de compétences des patients : L'expertise de vivre avec la maladie 48
Relation d'aide 50
Relation d'entraide 50

S

Savoirs expérientiels du patient ***Voir Expertise de vivre avec la maladie***
Services de santé et services sociaux 51

T

Tandem clinico-administratif 51
Tandem Collaboration et partenariat patient (TCPP) 52

Liste des acronymes

ACQ :	Amélioration continue de la qualité
CAC :	Comité d'amélioration continue
CEPPP :	Centre d'excellence sur le partenariat avec le public et les patients
CIO-UdeM :	Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CNESST :	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DAC :	Démarche d'amélioration continue
DCPP :	Direction collaboration et partenariat patient
DPJ :	Direction de protection de la jeunesse
EPS :	École du partenariat en santé
HLM :	Habitation à loyer modique
IPO :	Intervenant pivot en oncologie
LCE :	Leader de collaboration en établissement
LSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PID :	Plan d'intervention disciplinaire
PII :	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPS :	Programme Partenaires de soins
PSI :	Plan de services individualisé
PSII :	Plan de services individualisé et intégré
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SMART :	Spécifique, Mesurable, Attirant/Atteignable, Réaliste, Situé dans le Temps
TCPP :	Tandem de Collaboration et partenariat patient
UdeM :	Université de Montréal
UPPA :	Usagers/patients, proches aidants

Définition des termes

Adhésion au traitement

Fait, pour une personne, de s'engager à suivre de bon gré toutes les thérapies qui lui sont proposées et expliquées par un professionnel de la santé.

Le terme *adhésion* correspond à un concept plus générique que le terme *observance*, ce dernier se limitant de plus en plus à un « traitement médicamenteux ». De plus, le concept de l'« adhésion » implique davantage l'assentiment de la personne dans tout le processus lié aux différentes thérapies qu'elle s'apprête à recevoir ou à suivre.

Source :

Office québécois de la langue française. (2007). Fiche terminologique Adhésion au traitement. Repéré à http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8349662

Alliance thérapeutique

Lien particulier entre le patient et le médecin ou le soignant, en vue d'un accord sur des décisions thérapeutiques. Les modalités en sont les suivantes : respect de la personne, partenariat, écoute des besoins, définition conjointe des objectifs. Cette alliance est soutenue par une éthique et des valeurs communes. Loin d'être figée, elle évolue selon un mouvement fait de moments de ruptures et de réparation.

Sources :

Bachelard, M. (2012). L'alliance thérapeutique. Dans A. Bioy, *L'aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin – en 58 notions*. Paris : Dunod.

de la Tribonnière, X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique : L'équipe et les patients*. Paris : Elsevier Masson SAS.

Autodétermination

Habiletés et attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix, sans l'influence d'agents externes indus.

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

1. La personne agit de manière autonome;
2. Le comportement est autorégulé;
3. La personne agit avec *empowerment* psychologique;
4. La personne agit de manière à s'auto-réaliser.

Source :

Chaire TSA - Technologies de Soutien à l'Autodétermination. (2009). À la découverte de l'autodétermination. *Info-Clic TSA*, *1*(2), 7-9. Repéré à http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1870374

Co-construction (travailler en partenariat)

Mode de collaboration entre patients et professionnels, fondé sur la complémentarité des expertises et des savoirs expérientiels de chacun et sur un leadership partagé, en vue de réaliser une activité conjointe à partir d'une compréhension commune de la finalité visée et de la démarche à employer.

Source :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Comité d'amélioration continue du partenariat patient de soins et de services

Un Comité d'amélioration continue (CAC) du Partenariat patient en santé et services sociaux est mis en place au sein d'une équipe clinique, dans le cadre de la Démarche d'amélioration continue (DAC) du partenariat patient de soins et de services.

Le CAC peut comprendre les personnes suivantes : un gestionnaire clinique; un médecin, un co-gestionnaire clinique; un ou deux intervenants clés reconnus par leurs pairs comme jouant un rôle significatif dans les interrelations des membres de l'équipe; un ou deux patients ou proches aidants ressources, sélectionnés au préalable par l'équipe selon des critères prédéfinis, formés et accompagnés par des patients coachs du Programme partenaires de soins (PPS); un leader de collaboration en établissement (LCE), d'abord sélectionné parmi les cliniciens, les conseillers cliniques ou les gestionnaires de l'établissement, puis formé et coaché par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) pour devenir l'animateur du CAC.

Le CAC réalise des cycles d'amélioration continue, grâce à l'animation du LCE et à l'accompagnement des patients ou proches aidants ressources par le patient coach.

Sources :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2014). *Programme Partenaires de Soins. Rapport d'étape (2011-2013) et perspectives.* Montréal, Québec : DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide pratique des Leaders de collaboration en établissement (LCE).* Montréal, Québec : DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Continuité des soins

La continuité des soins se définit comme un jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins rendus selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse en l'absence de bris.

La continuité englobe trois dimensions : l'aspect informationnel (le transfert et l'accumulation de l'information relative au traitement de la personne); l'aspect clinique (la cohérence des soins prodigués selon la séquence temporelle); et l'aspect relationnel (la stabilité de la relation entre le patient et les professionnels de santé).

Source :

Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins.* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx

Défi de synchronisation

Un des grands défis du partenariat patient?

Arrimer deux modes de fonctionnement différents :

- celui des intervenants de l'équipe de soins et de services, et
- celui du patient et de ses proches aidants.

Comment?

- En synchronisant les actions des intervenants avec le rythme de cheminement du patient dans sa vie avec la maladie;
- En adaptant les attitudes et les comportements de chacun en vue d'harmoniser les actions.

Examinons la logique de chacun de ces deux modes de fonctionnement.

Le travail des intervenants des équipes de soins et de services est structuré selon différentes étapes *relativement* prévisibles, dans le temps et dans les actions. Ainsi, ce cheminement est le plus souvent linéaire puisqu'il est largement fonction de protocoles, de guides de pratique ou de conduites à suivre (1- cueillette d'information, 2- annonce du diagnostic, 3- plan de soins ou d'intervention, 4- adhésion aux soins et traitements).

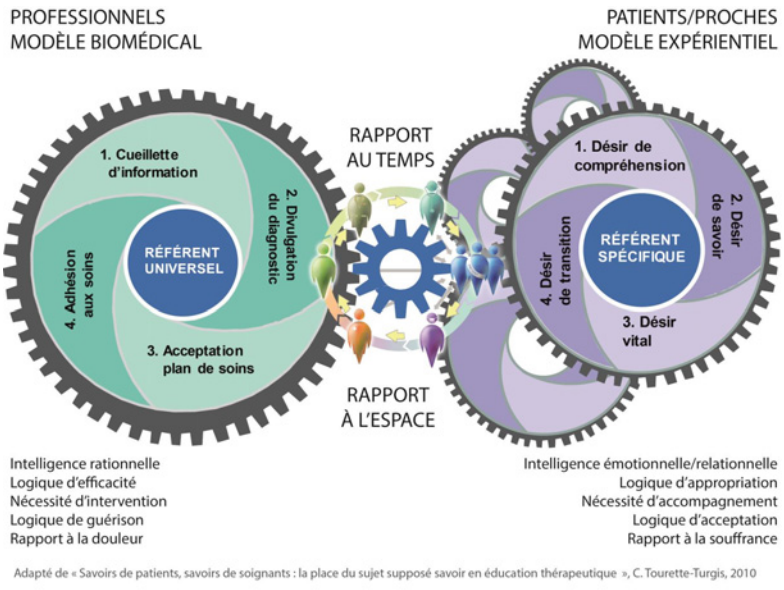
Par contre, le cheminement du patient est beaucoup moins prévisible et défini dans le temps. Il se caractérise, en effet, par des allers et retours d'un parcours pouvant passer, après le choc de l'annonce du diagnostic (sidération), par :

- des moments d'expérimentation suivant des phases critiques de la maladie; ces moments peuvent susciter des questionnements, des doutes, voire du déni ou même la remise en cause de sa capacité à s'approprier les étapes à franchir;

mais également,

- des moments où le patient prend le contrôle sur la maladie et peut pleinement réaliser son projet de vie.

L'acceptation de son état de santé, le changement identitaire qu'entraîne la nouvelle d'un diagnostic et les ajustements à apporter au quotidien (p. ex. nouvelle perception de soi et du regard des autres, nouvelles habitudes de vie, mobilité réduite, prise de médicaments) fluctuent d'une personne à l'autre. En d'autres mots, le patient évolue à un rythme qui lui est propre et qui diffère de celui de son équipe de soins et de services. Les intervenants, au contraire, évoluent dans le cadre d'un système, le système de santé.



Adapté de « Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique », C. Tourette-Turgis, 2010

Figure 1 - Un défi de synchronisation

Ainsi, le patient traverse plusieurs étapes à un rythme bien à lui. Par exemple, un patient pourra franchir l'étape du *désir de compréhension* en quelques mois, ou même quelques semaines, alors qu'un autre n'ira jamais au-delà de cette étape.

1. Désir de compréhension	Le patient tente de comprendre son état de santé. Il essaie de donner un sens à ce qui lui arrive (*pourquoi moi*, *pourquoi maintenant*, *qu'ai-je fait pour me trouver aux prises avec ce problème de santé*, etc.). Il s'agit d'une période trouble qui peut être précédée d'un état de choc (sidération). Cet état est souvent doublé ou renforcé de déni : le patient absorbe la nouvelle du diagnostic, compose avec des symptômes nouveaux, reconnaît l'importance de son entourage (*vers qui se tourner*, *sur qui compter*), vit beaucoup d'anxiété et, aussi, apprend les rouages du système de santé, par nécessité, avec plus ou moins de capacité à se repérer selon la situation.
2. Désir de savoir	Une fois le processus de compréhension enclenché, bien que des allers retours soient possibles et nécessaires, le patient désirera en savoir davantage sur sa situation de santé (p.ex. s'informer sur les causes du diabète). Ce *désir de savoir* s'inscrit souvent dans une démarche d'éducation thérapeutique, où le patient s'impliquera davantage dans ses soins et dans le développement de ses savoirs et de son autonomie. Il aura besoin de comprendre avant d'agir ou d'agir pour comprendre, selon sa personnalité.
3. Désir vital	En retrouvant espoir, aussi infime soit-il, le patient est empreint d'un désir vital (parfois sous forme de colère qui se traduira par un apport d'énergie à canaliser). Tandis que le patient développe sa compétence de soins — avec l'aide et le soutien de son équipe — il parvient à se donner de nouveaux repères, à redonner un sens à sa vie. Il ajuste son projet de vie, recadre ses objectifs et remet sa vie sur les rails. En d'autres mots, il reprend goût à la vie, en dépit de sa situation de santé.
4. Désir de transmission	Le patient valide ou invalide ou tente d'affirmer sa compréhension de la maladie, des traitements et de leurs conséquences comme de sa manière de vivre avec sa maladie. Parfois, après avoir atteint une certaine stabilité et pris un recul suffisant pour prendre la mesure de son expérience de la vie avec la maladie, il aura envie de partager cette expérience et les habiletés nouvellement acquises (ses savoirs expérientiels) avec ses proches ou d'autres patients qu'il accompagnera dans un cheminement qu'il a lui-même parcouru. Certains patients voudront s'impliquer à titre de *patient formateur* dans les milieux d'enseignement ou de *patient ressource*, dans les milieux cliniques, ou encore, de *patient chercheur*.

Source :

DCPP. (2015). Faculté de médecine, Université de Montréal.

Démarche d'amélioration continue du Programme partenaires de soins

La Démarche d'amélioration continue (DAC) du Programme Partenaires de soins (PPS), développée par les experts de la DCPP est une approche finement structurée et structurante, qui permet aux équipes cliniques (intervenants, gestionnaires et patients ressources) de prendre conscience de leurs forces et de leurs besoins d'amélioration en matière de pratiques collaboratives et de partenariat patient de soins et de services, de réfléchir à leurs priorités de changement et de mettre en place des mesures de transformation leur permettant d'atteindre les objectifs d'amélioration qu'ils se sont fixés.

La DAC se veut une approche réflexive, axée sur la transformation des façons de faire, en intégrant la vision du partenariat avec les patients et leurs proches aidants. Selon cette approche, le patient est considéré comme un membre à part entière de l'équipe de soins et de services. Les intervenants de la santé et des services sociaux lui reconnaissent des habiletés et des savoirs acquis par l'expérience de la vie avec la maladie (savoirs expérientiels). Cette expérience, ainsi que ces besoins, sont des leviers incontournables pour guider le choix, la co-construction et l'implantation des améliorations à apporter au sein de l'équipe. Par ailleurs, une telle approche permet de prendre l'équipe là où elle est, en respectant ses particularités, et de l'amener pas à pas, par de courts cycles d'amélioration continue, à transformer ses pratiques.

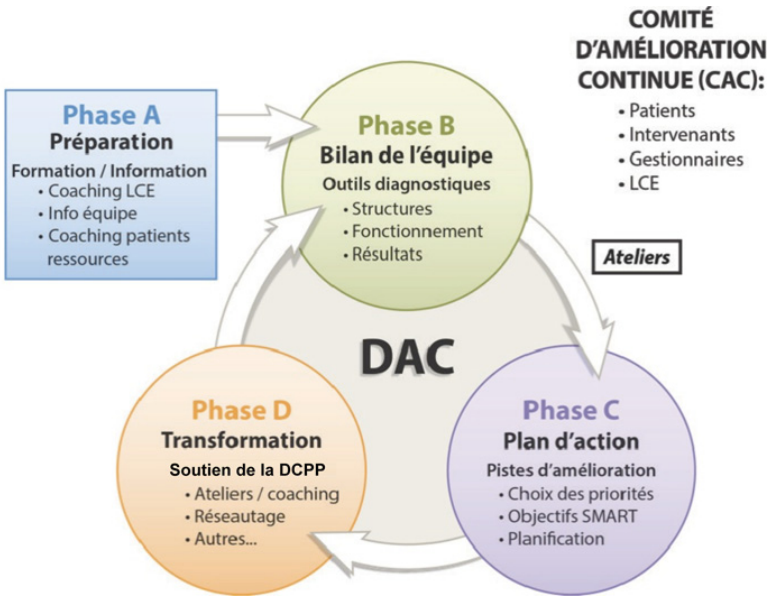


Figure 2 - Comité d'amélioration continue

La DAC comprend quatre phases, pour la plupart menées par un Comité d'amélioration continue, afin d'assurer l'atteinte des transformations visées :

Phase A :	Sensibilisation des directeurs et des gestionnaires de l'établissement au partenariat patient de soins et de services; préparation des LCE, des équipes, en particulier le tandem clinico-administratif de l'équipe de soins et de services, qui réaliseront la DAC.
Phase B :	Bilan de l'équipe pour amorcer la réflexion et les discussions : diagnostic de l'équipe sur son degré d'avancement en matière de partenariat patient.
Phase C:	Choix d'une priorité d'amélioration, formulation et diffusion d'un objectif SMART et d'un plan d'action à l'ensemble de l'équipe.
Phase D :	Mise en œuvre des activités de transformation, évaluation de l'atteinte des résultats, processus de réflexion sur la co-construction au sein du CAC, puis reprise d'un autre cycle d'amélioration continue.

Des ateliers de formation offerts à tous les intervenants et gestionnaires de l'équipe de soins et de services complètent au besoin cette démarche.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2014). *Programme Partenaires de Soins. Rapport d'étape (2011-2013) et perspectives.* Montréal, Québec : DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal.

École du partenariat en santé

L'École du partenariat en santé (EPS) de la DCPP offre un programme de formation ayant pour objectif de développer les compétences du partenariat patient en santé et services sociaux chez l'ensemble des acteurs impliqués : patients et proches aidants partenaires, intervenants et gestionnaires des services de santé et des services sociaux, décideurs des organisations, chercheurs et formateurs en santé et services sociaux provenant du Québec, de l'ensemble du Canada et de l'étranger.

Source :

Direction Collaboration et partenariat patient. (2016). *L'École du partenariat en santé (EPS).* Faculté de médecine, Université de Montréal. Repéré à https://ecoledupartenariat.org/fr/

Éducation à la santé

L'éducation à la santé permet au patient d'acquérir et de conserver les compétences pour comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, qui implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et les interventions, les soins et les services, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie.

Source :

Adapté de :

Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : note de synthèse. *Pratiques de Formation - Analyses*, *2010* (58-59), olivier_lv. Repéré à https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113

Engagement en santé et services sociaux

Processus de transformation individuelle ou organisationnelle permettant à différents acteurs en santé (patient/public et professionnel) d'entrer en relation à travers différentes approches : information, consultation, participation, partenariat ou confrontation.

» Approches d'engagement

- la **confrontation** (leadership compétitif) : il n'y a pas d'engagement positif des acteurs les uns envers les autres, mais plutôt l'émergence de résistances à collaborer de part et d'autre de façon ponctuelle.
- l'**information** : selon le leader de la démarche, (leadership professionnel vs leadership patient/public), la demande d'information est principalement initiée par l'une ou l'autre des parties.
- la **consultation** : démarche ponctuelle par laquelle une partie cherche à obtenir la perception, l'opinion, l'expertise de l'autre partie afin d'éclairer ses propres travaux.
- la **participation** : démarche ponctuelle par laquelle les différents acteurs réalisent ensemble un objectif, avec une reconnaissance mutuelle de leurs expertises.
- le **partenariat** (leadership coopératif) : démarche qui s'étale dans le temps permettant la création d'un lien de confiance entre les différents acteurs. Progressivement, ces derniers reconnaissent et mobilisent de façon synergique les savoirs de chacun. Ceci leur permet de mettre en commun leurs expertises au profit d'une co-construction, en vue d'atteindre une cible commune. Les acteurs se partagent le leadership et les responsabilités.

» Leadership de l'engagement

Tel que l'illustre la **figure suivante**, l'engagement se décline selon deux axes de leadership :

- DU leadership compétitif AU leadership coopératif
- DU leadership assumé principalement par les intervenants de la santé et des services sociaux AU leadership assumé principalement par les patients ou le public.

  De façon générale, la partie qui assume le leadership initie les actions.

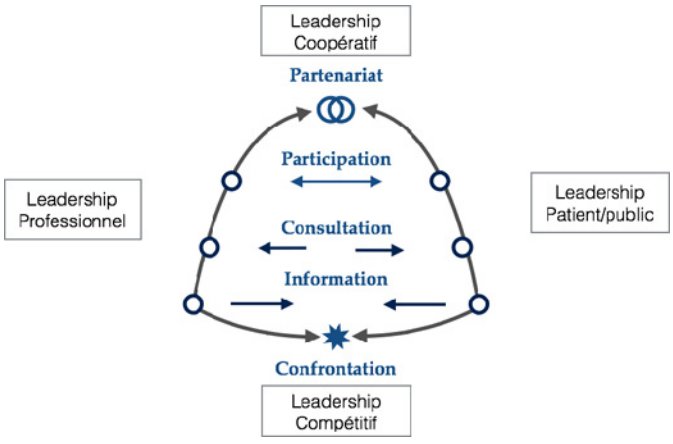


Figure 3 - Axes du leadership de l'engagement

#

Sources :

Boivin, A., Dumez, V., Gauvin F.-P. et Lebel, P. (2016). *Cadre d'engagement des patients.* Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP), Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Gouvernement du Canada, S. C. (2005, 18 juillet). *Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décisions* [Santé Canada, 2000]. Repéré le 18 août 2016, à http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_public-consult/2000decision/index-fra.php

International Association for Public Participation. (2007). *Increasing Level of Public Impact.* Repéré à http://www.fgcu.edu/Provost/files/IAP_Public_Participation_Spectrum.pdf

Rowe, G. et Frewer, L. (2005). A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science, Technology & Human Values : 30*(2) : 251-290. doi: 10.1177/0162243904271724

Équipe de soins et de services

Équipe minimalement composée du patient et de un ou plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux de professions différentes. Elle peut également accueillir toute autre personne (p. ex. proche aidant, gestionnaire clinique, préposé aux bénéficiaires, bénévole, personnel administratif, patient ressource) jugée appropriée pour accompagner le patient dans son parcours de santé et valoriser son expérience comme patient.

Source :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Évolution de la relation patient-intervenant

Le **paternalisme** a été l'approche de soins dominante en Amérique du Nord pendant plusieurs décennies. Le patient s'en remettait alors entièrement au personnel soignant pour ses problèmes de santé et les décisions le concernant. Ce modèle n'est plus la référence depuis les années 1990, même si on rencontre encore certains praticiens qui en gardent les façons de faire.

Selon ce modèle, le soignant est censé savoir et être objectif. Prenant en charge les intérêts du patient, il décide pour lui. Le principe de bienfaisance dont il se prévaut se décline comme suit : ne pas nuire, prévenir ou supprimer le mal ou la souffrance, faire et promouvoir le bien.

L'**approche centrée sur le patient** prend de plus en plus de place dans le réseau de la santé et des services sociaux avec l'arrivée de l'an 2000. Le nouveau paradigme de soins et de services change les façons de faire du paternalisme. Les intervenants, dans leurs choix d'intervention et de traitement, tiennent compte davantage des caractéristiques socioculturelles et psychosociales du patient et de l'impact de la maladie sur son quotidien.

Le **partenariat patient** fait son apparition une dizaine d'années plus tard. Cette approche privilégie une implication plus active du patient et de ses proches aidants dans le processus de soins et de services et dans les décisions qui les concernent. Le patient est membre de l'équipe de soins et de services. La relation repose sur l'empathie, un climat de confiance, la reconnaissance de l'expertise du patient, la reconnaissance de la capacité du patient à décider. Il est encouragé à développer ses compétences de soins tout au long de son parcours de santé de façon à devenir un véritable partenaire des intervenants qui l'accompagnent.

Figure 4 - Évolution de la relation patient-intervenant (CIO et DCPP, 2016**)**

Sources :

CIO et DCPP. (2016). Cours CSS1900 – Module 1, leçon 3 : *S'initier à la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches* [Notes de cours]. Montréal, Québec : Université de Montréal. Repéré dans l'environnement StudiUM : https://studium.umontreal.ca/

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

de la Tribonnière, X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique : L'équipe et les patients*. Paris: Elsevier Masson SAS.

Expériences de soins de santé et de services sociaux

Ensemble des interactions et des faits vécus par le patient au long de sa trajectoire de soins et de services, ainsi que des perceptions et réactions quant aux soins et services reçus.

L'expérience de soins de santé et de services sociaux décrit la façon dont les soins et les services reçus sont perçus ou ressentis par la personne. Elle inclut divers attributs pouvant être évalués par la personne (p. ex. l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des soins et services).

Cette expérience peut être reliée au médecin de famille, au dentiste ou à d'autres intervenants de la santé et des services sociaux, à l'accès à des soins et services, au temps d'attente, à la satisfaction des patients, aux besoins non satisfaits en matière de soins et de services, aux obstacles à l'accès aux soins et services, à la consommation de médicaments d'ordonnance, aux hospitalisations et aux tests diagnostiques.

Sources :

Institut de la Statistique du Québec. (2015). *Expériences de soins de santé et services sociaux.* Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/sante/services/index.html

Lemoine, O, Simard, B., Provost, S., Levesque J.-F., Pineault R. et Tousignant, P. (2011). *Rapport méthodologique de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie.* Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. Institut national de santé publique du Québec. Direction de l'analyse de l'évaluation et des systèmes de soins et de services. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1373_RapportM%C3%A9thodologiquePopulationnel.pdf

Expertise de vivre avec la maladie [savoirs expérientiels du patient]

Ensemble des savoirs tirés des situations vécues avec la maladie, qui ont eu un impact pour le patient, tant sur ses façons de prendre soin de lui, d'interagir avec les intervenants, que sur sa manière d'utiliser les services de santé et les services sociaux.

Sources :

DCPP. (2015). *Référentiel de compétences des patients.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Flora L. (2015). *Le patient formateur : nouveau métier de la santé ? Ou comment la complémentarité des savoirs expérientiels des malades et des professionnels de la santé peuvent relever les défis de nos systèmes de santé* [Thèse de doctorat]. Sarrebruck, Allemagne : éditions des Presses académiques francophones (PAF).

Gouvernance partagée

Ensemble des processus de co-construction, formalisés ou non, par lesquels les acteurs concernés du système de santé et de services sociaux participent à la décision, à la mise en œuvre des actions relatives à l'organisation des soins et des services, ainsi qu'au partage de la responsabilité.

Dans le cadre du partenariat patient en santé et services sociaux, la gouvernance partagée entre les gestionnaires et les patients partenaires peut s'exercer au sein des établissements de santé et de services sociaux, d'enseignement et de recherche.

Source :

Lacroix, I. et St-Arnaud, P-O. (2012). La gouvernance : tenter une définition. *Cahiers de recherche en politique appliquée, 4*(3), 19-37. Repéré à http://ifgu.auf.org/media/document/Cahiers_de_recherche_en_politique_appliqu%C3%A9e_Vol._IV_No_3.pdf

Groupe d'entraide

Les groupes d'entraide (self-help group) sont de *petits groupes autonomes et ouverts* qui se réunissent régulièrement. Victimes d'une crise ou d'un bouleversement commun dans leur existence, les membres de ces groupes partagent **un vécu commun de souffrance et un sentiment d'égalité**. Leur activité primordiale est l'entraide personnelle qui prend souvent forme de **soutien moral,** par le partage d'expériences et d'information, et par la discussion. Souvent aussi, les membres ont des activités orientées vers les changements sociaux. Leur activité est bénévole, autrement dit **gratuite et libre.**

Catégories de groupes d'entraide (cette liste n'est pas exhaustive)

Groupes pour les toxicomanes ou les personnes souffrant d'habitudes compulsives. Il s'agit là, en particulier, des Alcooliques Anonymes et des groupes parallèles de parents ou d'amis des alcooliques, ou encore d'adolescents touchés par le comportement d'un alcoolique. Il existe aussi des groupes d'outremangeurs, de joueurs compulsifs, de polytoxicomanes, etc.

Groupes orientés vers des problèmes familiaux. On y trouve les groupes de parents d'un enfant ayant un problème précis : troubles d'apprentissage, diabète, autisme, leucémie, etc. Il y a des groupes de parents soucieux de promouvoir un certain mode de comportement à l'égard de leurs

enfants, comme la Ligue de la Lèche (allaitement maternel) et certains groupes de parents de jeunes enfants ou d'adolescents qui se réunissent afin de trouver des modes de communication plus satisfaisants avec leurs enfants. Il existe également des groupes d'entraide pour familles monoparentales ainsi qu'une diversité de groupes destinés aux parents en deuil d'un jeune enfant, aux parents adoptifs, aux parents violents à l'égard de leurs enfants, aux parents de jumeaux, et d'autres encore.

Groupes de personnes souffrant ou ayant souffert récemment de difficultés affectives ou psychologiques, tels que des groupes pour personnes vivant ou ayant vécu une dépression, les groupes de personnes souffrant de maladies mentales et des groupes de parents ou amis de personnes ayant une déficience intellectuelle ou de personnes souffrant de maladies mentales.

Personnes souffrant d'un handicap physique ou d'une maladie chronique particulière : amputés, hémophiles, victimes de la sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson, personnes aux prises avec un cancer, des problèmes cardiaques ou autres. De fait, il existe des groupes d'entraide pour presque chaque catégorie de la classification internationale des maladies.

Groupes d'homosexuels, de bisexuels, de lesbiennes, de transgenres qui s'aident à mieux vivre leur situation, et cherchent à se libérer des diverses contraintes psychologiques ou sociales liées à celle-ci.

Femmes qui se sont regroupées à cause des nombreuses formes de discrimination dont elles souffrent dans la société actuelle, souvent pour des raisons particulières : lutte contre le viol, apprentissage de l'autodéfense, prise en charge de leur santé, mères d'enfants en bas âge désireuses de sortir de chez elles, etc.

Groupes orientés principalement vers une action sociale précise : changement des lois, exercice de pressions pour obtenir des fonds de recherche, création de nouveaux services ou amélioration des services existants (groupes de locataires, de travailleurs accidentés, de chômeurs, etc.).

Groupes de personnes venant de subir une séparation traumatisante : veuves ou veufs, gens divorcés, par exemple.

Autres **exemples** de catégories : personnes aux prises avec une problème d'obésité, ex-criminels, personnes devant se réadapter à la vie après une opération chirurgicale grave.

Modalités de fonctionnement des groupes d'entraide

Les membres des groupes d'entraide peuvent se réunir selon différentes modalités :

- en personne,
- via le téléphone ou l'internet (dans le cadre de forums de discussion).

Un groupe d'entraide peut être animé par un de ses membres ou par un animateur professionnel.

Certains groupes ont un caractère éducatif et structuré. Par exemple, une personne ressource telle qu'un médecin, un psychologue, une infirmière ou un travailleur social pourra être invitée à faire une présentation sur un sujet d'intérêt pour le groupe.

D'autres groupes mettent davantage l'accent sur le soutien émotionnel et le partage d'expériences.

Sources :

Cap Santé Outaouais. (s.d.). *Catégories de groupes d'entraide*. Repéré à : http://www.capsante-outaouais.org/content/cat%C3%A9gories-de-groupes-dentraide

Forcier, M., sous la direction de C. Briand. (2011). *Le soutien des pairs aidants en santé mentale sur un forum internet : quels rôles peuvents-ils jouer?* Projet d'intégration présenté à la Faculté des études supérieures et post-doctorales en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences (ergothérapie). Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine : Université de Montréal.

Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas. O. (2010). *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients.* [Note de synthèse].

Mayo Clinic. *Support groups : Make connections, get help*. Repéré à http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/support-groups/art-20044655

Romeder, J. M., Bathalzar, H., Farquharson, A. et Lavoie, F. (1989). *Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités*. Ottawa et Montréal; Conseil canadien de Développement social.

Intervenant

Personne qui dispense des soins de santé ou des services sociaux, qu'elle soit ou non un professionnel. Cette personne reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habiliter progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. L'intervenant respecte le patient dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe.

Sources :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : Engagement et leadership. Montréal*, Québec : Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Intervenant en gestion de cas

Intervenant dûment formé, expert en suivi de clientèle complexe nécessitant une coordination intensive. Ses fonctions sont les suivantes :

- Évaluer la situation et les besoins
- Identifier les problèmes et facteurs de risques de rupture d'équilibre
- Planifier l'intervention et les services
- Concerter les professionnels et partenaires concernés
- Orchestrer la contribution des différents partenaires concernés :
  - coordonner les services,
  - veiller à la cohésion et à la cohérence de leur mise en œuvre et
  - suivre les besoins non comblés.
- Porter la parole du patient et défendre ses droits
- Poser des actes professionnels (disciplinaires), selon une intensité à définir.
- Monitorer et évaluer la satisfaction du patient : s'assurer que l'expérience de soin et de service soit satisfaisante.
- Soutenir le développement de l'intégration des services.

Sources :

Bonin, L. (2012). *Pratiques et partage des fonctions cliniques de coordination de services pour divers programmes-services actuellement au Québec.* [Résumé]. Document inédit.

Bonin, L. (2013). *Pratique de gestion de cas*. [Document de travail inédit].

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

Direction des orientations des services aux aînés. (2015). *Orientations ministérielles en gestion de cas*. Québec **:** Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Intervenant de liaison

C'est l'intervenant désigné par un établissement pour servir de relais d'information pour le suivi des dossiers entre les départements d'une même organisation ou entre les organisations offrant des services à un même type de clientèle pour un territoire distinct.

Sa première responsabilité est d'assurer de bonnes transitions d'un établissement à l'autre.

Source :

Centre universitaire de santé McGill. (2016). *Le rôle de l'infirmier/infirmière de liaison. Informations à l'intention des patients*. Repéré à http://www.educationdespatientscusm.ca/DATA/GUIDE/413_fr~v~le-role-de-linfirmier-infirmiere-de-liaison-non-realise-par-loffice-deducation-des-patients-du-cusm-.pdf

Intervenant pivot

En CLSC, c'est l'intervenant désigné ou principal qui assure le suivi d'un patient dans un service donné.

En déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et troubles du spectre de l'autisme (TSA), c'est l'intervenant responsable de coordonner les services pour une personne et sa famille.

On distingue:

- **l'intervenant pivot de l'établissement :** interlocuteur principal pour la personne et sa famille;
  - il permet d'assurer l'intégration des interventions et des services au sein de son établissement; et
- **l'intervenant pivot du réseau**
  - s'assure que la personne et ses proches sont accompagnés et soutenus dans le processus d'obtention des soins et des services **au sein du réseau local de services**. Il leur évite de se retrouver seuls dans les nombreuses démarches à faire et il coordonne le PSI ;
  - assure la communication de l'information entre la personne et sa famille, et les prestataires de soins et de services. En ce sens, il maintient des liens étroits avec les intervenants pivots désignés par les différents établissements pour coordonner les interventions sous leur responsabilité.

Sources :

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2011). *Cadre de référence régional sur l'intervenant pivot. Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.* Repéré à www.santelaurentides.qc.ca

Bonin, L. (2012). *Pratiques et partage des fonctions cliniques de coordination de services pour divers programmes-services actuellement au Québec*. [Résumé]. Document inédit.

Intervenant pivot en oncologie

C'est un spécialiste intégré à une équipe interdisciplinaire *(sic)* de la lutte contre le cancer, qui possède les compétences nécessaires pour évaluer l'ensemble des besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches. Il place la famille au cœur de ses interventions. Sa contribution au sein de l'équipe est essentielle étant donné son rôle de coordination des soins et services.

Ses rôles et responsabilités :

- Évaluer
- Enseigner et informer
- Soutenir/Accompagner
- Coordonner

Pour le patient et sa famille, il devient une personne clé qui assure, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire (s*ic*), une **continuité de soins personnalisés interservices et interétablissements.**

Source :

Direction de la lutte contre le cancer, MSSS. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*.

Leader

Selon les écrits, un *leader* manifeste des qualités telles que la passion, la détermination, l'humilité, les capacités à se représenter le futur, à soutenir et à inspirer les autres, à penser les systèmes, à requestionner les pratiques existantes et à développer une pensée stratégique. Le développement actuel de la notion de *leadership* s'éloigne d'une conception du *leader* fondée sur ses capacités de contrôle et de gestion du risque. Le *leader* développe des relations clés à l'intérieur et à l'extérieur des organisations et crée de nouvelles façons de travailler ensemble. Afin de susciter une dynamique de changement au sein de son organisation, il doit également en connaître les traditions. Certaines études ont montré qu'un *leader* charismatique pouvait améliorer la motivation, la performance et la satisfaction des personnes et implanter une vision qui suscite l'enthousiasme. Toutefois, on n'a pas pu identifier de traits ni de comportements universels qui assureraient un *leadership* performant.

Sources :

Arweiler, D., Noyeau, É., Charlin, B., Millette, B. et Hodges, B. (2010). Le *leadership* comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, *11*(4), 239-253. doi : 10.1051/pmed/2011011

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : Engagement et leadership. Montréal*, Québec : Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Leader de collaboration en établissement de santé et de services sociaux

Intervenant ou gestionnaire qui occupe une place centrale dans le déploiement de la démarche d'amélioration continue (DAC) du Programme Partenaires de soins (PPS). Véritable agent de changement, il est garant du respect des processus menant à la réalisation et la pérennisation de la démarche. Il adhère totalement aux valeurs véhiculées par le partenariat patient de soins et de services sociaux. De plus, il reconnaît la valeur de la contribution des patients partenaires dans l'amélioration des pratiques en santé et services sociaux. Il s'engage directement auprès des équipes et les accompagne à chacune des phases de la DAC.

Sources :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide d'entrevue pour le recrutement des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide pratique des Leaders de collaboration en établissement (LCE).* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences et fonctions du tandem de collaboration et partenariat patient.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Leadership

Le leadership est la capacité d'exercer une influence sur les autres. Exercer un leadership collaboratif, c'est prendre sa place, au jour le jour, dans l'exécution et la prestation des soins et des services. Le leadership émerge partout où se présentent des problèmes à résoudre et des défis à relever. Le leadership d'une personne s'exerce de façon positive lorsqu'il favorise la participation des autres membres de l'équipe et suscite les interactions qui alimentent un rendement optimal.

Il peut être défini comme étant un processus permettant d'identifier les buts et les finalités à atteindre, de motiver les pairs à agir et de leur offrir du soutien afin de négocier les objectifs en groupe.

Le leadership se réalise autant dans une approche formelle qu'informelle. Ainsi, lorsqu'il s'exerce de manière informelle (en dehors des structures de gestion), le leadership réfère à des pouvoirs personnels qui reposent sur l'expertise, la réputation, la capacité de concertation et de créer un climat de confiance.

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

- **Leadership du patient**
  - Le patient assume un leadership en précisant graduellement ses besoins et attentes au regard des soins et services qui lui sont offerts et en prenant une part grandissante dans les actions, décisions et interventions qui le concernent. Il fait valoir ses savoirs expérientiels tout en reconnaissant ses forces et ses limites dans l'exercice de ses compétences de soins.

- **Leadership des intervenants**
  - Les intervenants partagent et font la promotion de la vision et des valeurs du partenariat patient en santé et services sociaux. Ils mettent à profit leur expérience clinique et leur expertise afin que les besoins du patient et son projet de vie soient au cœur des objectifs et de la prestation de soins et de services. Les intervenants s'assurent, de façon continue, d'appliquer les meilleures pratiques dans leur champ d'exercice. En assumant pleinement le rôle qui leur revient, dans le respect de celui des autres, ils exercent, individuellement et de façon concertée, un leadership qui mène vers une prestation optimale de soins de santé et de services sociaux.

- **Leadership des gestionnaires cliniques**
  - Dans le respect de l'approche de partenariat patient en santé et services sociaux, les gestionnaires cliniques mettent en œuvre une démarche structurée qui vise à renforcer la cohésion de l'équipe en veillant à une meilleure définition de sa mission, de ses objectifs, de ses valeurs clés, des processus et des structures, des responsabilités et des synergies de chacun.

- **Leadership transformationnel du partenariat patient en santé et services sociaux**
  - Forme de leadership qui transforme les représentations, les pratiques et les comportements sous-tendant la relation entre patients et intervenants du système de santé. Ce leadership vise à favoriser l'adoption des grands principes qui guident le partenariat en santé à savoir : la compassion, la dignité des personnes, le respect mutuel et le partage des responsabilités sur la base de la reconnaissance des complémentarités et des interdépendances.

Sources :

Arweiler, D., Noyeau, É., Charlin, B., Millette, B. et Hodges, B. (2010). Le *leadership* comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, *11*(4), 239-253. doi : 10.1051/pmed/2011011

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : Engagement et leadership. Montréal*, Québec : Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Denis, J.-L. et coll. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances.* Montréal, Québec : AQESSS. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/partenariat-medico-administratif/revue_de_litterature-Partenariat_medico-administratif-Fevrier-2012.pdf

Eagly, A. H., Johannesen-Schmidt, M. C. et van Engen, M. L. (2003). Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men. *Psychological Bulletin*, *129*(4), 569-591. doi : 10.1037/0033-2909.129.4.569

Jonas S., McCay L. et Keogh B. (2011). The Importance of Clinical Leadership dans T. Swanwick et J. McKimm (dir.), *ABC of Clinical Leadership* (1re éd. p. 1-3). Chichester, West Sussex, UK : John Wiley & Sons.

Littératie

La littératie réfère à l'ensemble des habiletés nécessaires pour trouver, comprendre, utiliser et communiquer l'information dans différents domaines.

Source :

Giroux, M. T. (2014). *Une meilleure littératie pour l'autonomie des usagers et un juste accès aux services.* Colloque sur la littératie en santé « Comprendre l'incompréhension: la communication avec l'usager ». Québec, Québec : Université Laval.

Littératie en santé

La littératie en santé est la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capables de composer avec les divers contextes de santé afin de promouvoir la santé tout au long de leur vie.

La littératie en santé est aussi la capacité d'une personne à identifier son besoin d'information, à obtenir cette information et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées en lien avec sa santé.

Alors que la littératie réfère aux habiletés requises pour fonctionner dans la société actuelle, la littératie en matière de santé requiert ces habiletés de base, mais aussi les habiletés de :

- trouver l'information portant sur la santé et l'évaluer;
- distinguer entre les informations provenant de sources variées;
- connaître la base du vocabulaire utilisé dans le domaine de la santé, et la culture du système de santé;
- communiquer ses besoins;
- prendre des décisions relatives à sa santé.

Sources :

Bernèche, F., Traoré I. et Perron, B. (2012, février). Littératie en santé : Compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003. Institut de la statistique du Québec. *Zoom SANTÉ* (35). Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf

Bouffard, M. (2014). *Littératie en santé et développement professionnel: vers un modèle articulant le formel et l'informel* [Thèse de doctorat en cours inédite]. Université de Montréal.

Mentor de rétablissement [voir Pair aidant salarié]

Modèle des niveaux de l'engagement patient en soins de santé et services sociaux

Le modèle de l'engagement en santé et services sociaux proposé s'inspire du modèle du continuum de l'engagement du patient de Carman et al. (2012). Cet engagement des usagers/patients, proches aidants, intervenants et gestionnaires peut prendre différentes formes, selon la nature des interactions entre les différents acteurs : information, consultation, concertation et co-construction. L'engagement peut s'exercer sur trois niveaux du système de santé et de services sociaux, soient les niveaux clinique, organisationnel (opérationnel et stratégique) et politique. Il est aussi soumis à l'influence de facteurs individuels, organisationnels et sociétaux (Pomey et al, 2015a, 2015b).

1. Les niveaux de l'engagement

1.1 Le niveau clinique

Réfère aux interactions entre les intervenants, les gestionnaires et les usagers/patients, proches aidants (UPPA). Les interactions peuvent se faire dans le cadre d'une relation à deux entre un

UPPA et un intervenant, qu'il soit un professionnel ou non, mais également au sein d'une équipe de soins de santé et de services sociaux, incluant les UPPA au même titre que les intervenants.

1.1.1 Information

À ce niveau, le plus souvent les UPPA reçoivent de l'information verbale et, très souvent, de la documentation de la part des intervenants. Cette documentation prend des formes diverses, selon l'interface proposée : fiches santé, livres, dépliants ou, encore, vidéos, séances d'information, webinaires, sites internet ou applications sur des appareils électroniques. L'information communiquée doit être intelligible (pour tenir compte des divers niveaux de littératie et de littératie en santé), attirante (illustrée, dynamique et parlante par l'emploi judicieux de schémas, figures ou photos à l'esthétisme soigné) et facilement accessible en temps opportun. C'est un mode de participation passif pour les UPPA qui mobilise des outils de communication et de transfert de connaissances. Toutefois, ces outils d'information peuvent être réalisés en consultation, en concertation, voire en co-construction avec les UPPA. De manière réciproque, les UPPA peuvent transmettre de l'information aux intervenants : liste de questions, liste de médicaments, données de santé (p.ex. poids, glycémies, mesures de tension artérielle, symptômes divers, etc.

1.1.2 Consultation

L'intervenant de l'équipe de soins et de services sollicite de la part de l'UPPA de l'information sur ses valeurs, ses préférences, ses attitudes, ses habitudes, son projet de vie, etc. L'intervenant ou l'équipe prend la décision, en tenant compte des informations recueillies.

1.1.3 Concertation

Les UPPA et les intervenants discutent ensemble afin de comprendre et de confronter leurs points de vue. La concertation permet aussi de mettre en lumière les convergences et divergences, d'influer sur la prise de décision, de débattre de solutions ou de formuler des recommandations. *In fine*, la prise de décision est partagée. C'est un moyen de participation plus mobilisateur, lequel a un impact plus grand sur le processus décisionnel.

1.1.4 Co-construction

Finalement, la *co-construction* permet aux UPPA et aux intervenants de débattre ensemble, de manière égalitaire, des différentes options possibles, chacun apportant une expertise reconnue par l'autre, celle des savoirs expérientiels (voire scientifiques dans certains cas) des UPPA et celle des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels des intervenants. Ce processus permet aux UPPA de prendre une décision libre et éclairée concernant les soins de santé et les services sociaux qui leur seront dispensés, en accord avec leur projet de vie et avec le soutien de l'intervenant ou de l'équipe.

1.2 Le niveau organisationnel

L'engagement des UPPA peut aussi se faire dans le cadre de l'organisation des soins de santé et des services sociaux (opérationnel) et sur le plan des décisions stratégiques des établissements de santé et de services sociaux. Les organisations auxquelles on fait référence ici sont les centres hospitaliers universitaires (CHU), les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les Groupes de médecine de famille (GMF), etc. Les décisions stratégiques concernent le conseil

d'administration ou la direction générale de l'établissement et engagent l'établissement sur des actions à long terme. Les décisions opérationnelles sont les décisions prises par les cadres intermédiaires des établissements, décisions à court ou moyen termes afin d'optimiser les ressources et atteindre ainsi les objectifs fixés.

1.2.1 Information

À ce niveau, cela concerne les renseignements que l'on fournit aux UPPA afin qu'ils comprennent l'organisation des soins de santé et des services sociaux et puissent ainsi mieux les utiliser ou, encore, afin qu'ils saisissent la prise de certaines décisions stratégiques. Les vecteurs informationnels présentés au niveau clinique peuvent être utilisés.

1.2.2 Consultation

L'expérience des UPPA relativement à l'utilisation des soins de santé et des services sociaux est mise à profit afin d'évaluer différentes dimensions de la qualité comme l'accessibilité, l'intégration et la continuité des soins et des services. À partir de cette information, les intervenants et les gestionnaires proposent des améliorations sans que les UPPA ne soient pour autant impliqués dans la création des solutions. Les méthodes de consultation employées peuvent prendre la forme d'entretiens, de questionnaires, de groupes de discussion, de sondages en ligne ou autres et ces consultations peuvent se faire pour des décisions opérationnelles ou stratégiques. Au niveau stratégique, les comités des usagers peuvent être consultés.

1.2.3 Concertation

Les différents comités d'amélioration continue de la qualité (ACQ) intègrent des UPPA et sollicitent leur participation pour identifier des solutions à des problèmes. Les décisions prises sont la résultante des différents points de vue qui sont amenés. Le plus souvent, ces comités ou groupes d'ACQ accueillent 1 ou 2 UPPA.

1.2.4 Co-construction

On s'appuie sur la recherche de solutions où UPPA, intervenants et gestionnaires travaillent de manière égalitaire. Les patients « co-dirigent » avec les intervenants les différentes étapes de conduite d'un projet (diagnostic, solutions, implantation du changement, transfert d'expertise et d'outils, réévaluation et ajustement) pour améliorer la qualité des soins et des services. Ils peuvent aussi co-construire au niveau stratégique, notamment par la réalisation d'un plan stratégique. Dans ce type de démarche, on retrouve idéalement un nombre équivalent d'UPPA et d'intervenants.

1.3 Le niveau des politiques

L'engagement peut concerner aussi le développement, l'implantation et l'évaluation des politiques et programmes, l'établissement des priorités de santé ou l'allocation de ressources mises en œuvre par les instances de règlementation ou le ministère chargé de la santé et des services sociaux. A ce niveau, l'engagement peut être individuel ou collectif par le truchement d'associations de patients ou de personnes ou groupes de personnes qui représentent des intérêts spécifiques ou l'ensemble de la population.

1.3.1 Information

On retrouve ici l'information que l'on peut fournir à la population afin qu'elle comprenne les décisions politiques. Les méthodes utilisées peuvent être les communiqués de presse, les articles, les déclarations ministérielles, etc.

1.3.2 Consultation

Il s'agit ici de mettre à profit l'expérience vécue par les UPPA dans le système de santé et de services sociaux afin d'évaluer les différentes dimensions de la qualité ou, encore, de consulter des associations de patients ou des associations citoyennes sur des problématiques de santé. À partir de cette information, les politiciens ou leurs représentants proposent des réformes du système de santé et de services sociaux sans que les patients/usagers/citoyens ou les associations ne soient impliqués. Les méthodes employées peuvent être des sondages, des forums citoyens, des commissions parlementaires, des référendums, etc.

1.3.3 Concertation

Des regroupements ou des associations de patients ou de citoyens aident le gouvernement à trouver des solutions à des problèmes sociosanitaires. Les décisions prises sont éclairées par le point de vue des UPPA ou des citoyens. Les méthodes employées peuvent être des auditions publiques, des forums citoyens, des commissions parlementaires, des référendums, etc.

1.3.4 Co-construction

La co-construction s'appuie sur la recherche de solutions où les UPPA/citoyens et les politiciens travaillent de manière égalitaire. Les UPPA/citoyens « co-dirigent » avec les politiciens ou leurs représentants les différentes étapes d'élaboration des politiques publiques. Les méthodes employées sont plus complexes à mettre en œuvre. Toutefois certaines expériences ont été menées par exemple en Islande où des citoyens ont été désignés pour rédiger une nouvelle constitution (Dion et Laurent, 2016).

2. Les facteurs de réussite de l'engagement

L'engagement des UPPA, voire des citoyens, aux différents niveaux du système de soins de santé et de services sociaux et à différents moments du continuum de soins et de services dépend de trois catégories de facteurs généraux, communs à toutes les formes de l'engagement (Carman et al., 2012).

Les caractéristiques de la personne : ses valeurs, ses connaissances, ses attitudes, ses croyances et ses expériences antérieures sont autant de facteurs qui influencent le degré de son engagement, tout comme son niveau de scolarité, son état de santé, sa confiance en soi et son statut social.

Les organisations de santé et de services sociaux : l'engagement des UPPA dépend de la culture institutionnelle, selon qu'elle est plus ou moins ouverte et réceptive aux points de vue de l'usager/patient et de ses proches aidants. Aussi, selon les politiques et les pratiques, les organisations peuvent rendre plus ou moins facile l'engagement actif des UPPA.

Les normes sociales : elles peuvent aussi être plus ou moins favorables à cet engagement et avoir un impact sur la perception de sa valeur ajoutée aux différents niveaux de gouvernance. De plus, les modalités de rémunération des professionnels, des établissements et des UPPA peuvent favoriser ou non leur engagement.

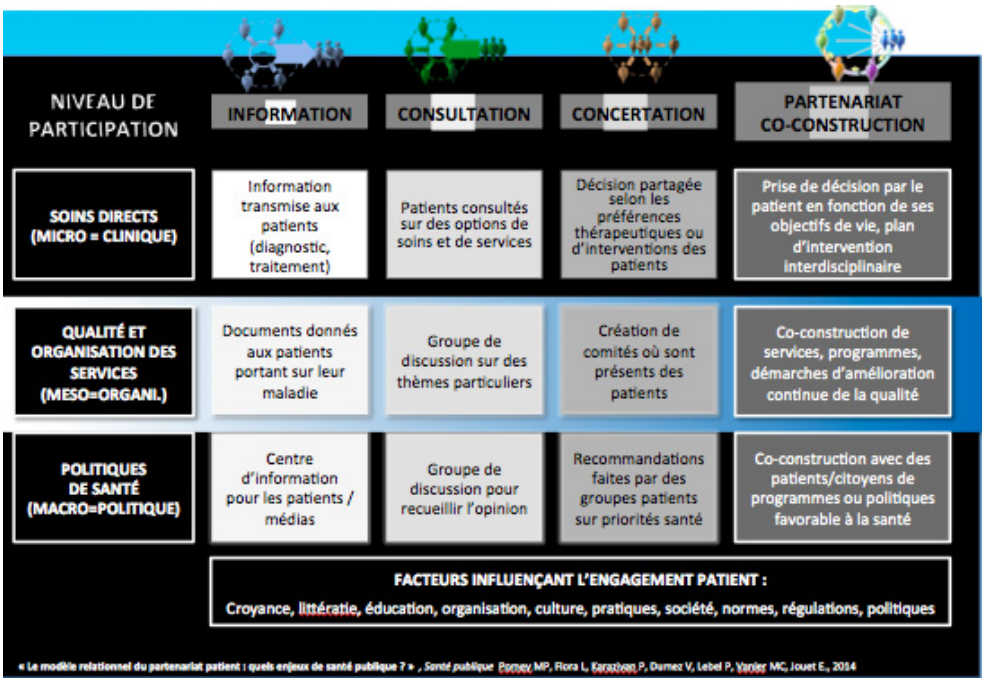


Figure 5 - Niveaux d'implication des patients dans le système de santé

Sources :

Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et al. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood) 32*(2):223-31. doi : 10.1377/hlthaff.2012.1133

Dion, C. et Laurent, M. (2015). *Demain* [Film documentaire]. France : Mars Distribution.

Pomey, M.-P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., Néron, A. et Dumez, V. (2015a). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*, *2*(1), 29-42. Repéré à http://pxjournal.org/journal/vol2/iss1/6

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., … Jouet, E. (2015b). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, *S1*(HS), 41-50. Repéré à http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm

Objectif SMART

L'acronyme SMART est utilisé pour représenter les divers critères d'un objectif formulé par une équipe ou un intervenant de la santé et des services sociaux (comité d'amélioration continue, équipe de soins et de services dans le cadre de l'élaboration d'un PII). Les lettres qui le composent représentent les mots suivants :

- **S** spécifique : décrivant précisément ce qui doit changer
- **M** mesurable : permettant de porter un jugement objectif sur leur atteinte; indice de mesure
- **A** attirant, atteignable
- **R** réaliste : en fonction des moyens disponibles
- **T** situé dans le temps : échéancier précis avec une durée ou une fréquence déterminée

Source :

Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. (s.d.). *La méthode SMART*. Repéré à http://www.collegept.org/Assets/qualitymanagement/QM%20Resources%20FRENCH/SMART_LearningGoals_FR.pdf

Observance

Observance thérapeutique/observance du traitement/fidélité au traitement /respect du traitement/assiduité au traitement.

Fait, pour une personne, de suivre rigoureusement le traitement prescrit par un professionnel de la santé, notamment en ce qui a trait au respect des directives concernant les médicaments.

L'observance s'applique à la posologie, le mode d'administration, les indications de conservation du médicament et les contre-indications.

Source :

Office québécois de la langue française. (2007). *Observance : Fiche terminologique*. Repéré à http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8365028

Pair aidant salarié [pair aidant spécialiste ou mentor de rétablissement]

C'est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires. D'après Repper, J. et Carter, T. (2010).

De façon générale, il a pour rôle de

- redonner espoir à ses pairs puisqu'il a lui-même affronté et franchi les obstacles reliés à la maladie mentale et adopté des stratégies facilitant son rétablissement;
- de soutenir et de responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement;
- apporter son expertise et de maintenir au cœur des préoccupations de l'équipe la réduction de la stigmatisation et la nécessité d'assurer la pleine participation des personnes au choix des services.

Source :

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s.d.) *Rôle du pair aidant*. Repéré à http://aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau/role-du-pair-aidant/

Pair aidant spécialiste [voir Pair aidant salarié]

Partenariat patient en santé

Relation entre les patients et les intervenants de différents domaines qui favorise, par le partage des expertises et des savoirs respectifs, l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes, des populations, des patients et des proches aidants.

Les différents domaines du partenariat en santé sont : la santé publique, les soins et les services de santé à la population, l'enseignement et la recherche.

Sources :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Partenariat patient en santé et services sociaux

Relation de collaboration égalitaire entre les partenaires que sont le patient, ses proches aidants et les intervenants, les gestionnaires et les décideurs des services de santé et des services sociaux.

Cette relation s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'autodétermination du patient (choix de santé libres et éclairés) et l'atteinte de résultats optimaux en fonction du contexte spécifique du patient.

Figure 6 - Travailler en partenariat

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

Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, de reconnaissance mutuelle des savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre sa situation de santé en main. En ce sens, patient et intervenant forment une équipe.

Sources :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., … Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, *90*(4), 437-441. doi : 10.1097/ACM.0000000000000603

Pomey, M.-P., Dumez, V., Boivin, A., Hihat, H. et Lebel, P. (2015a). Le partenariat de soins et de services : une voix/voie pour donner un sens à la loi 10? *Le Point en santé et services sociaux, 11*(1) : 38-42. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29517.pdf

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., … Jouet, E. (2015b). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, *S1*(HS), 41-50. Repéré à http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm

Patient

Les termes « usager », « client », « bénéficiaire », « personne », « malade » sont d'usage courant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Dans le contexte du partenariat patient de soins et de services, nous lui préférons celui de « patient », soit une personne qui a (eu) recours aux soins et services de santé ou aux services sociaux, expérience au cours de laquelle elle développe des savoirs expérientiels.

Source :

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

Patient accompagnateur [voir Patient partenaire au profil coach]

Patient partenaire au profil coach [patient accompagnateur]

Son rôle est d'accompagner et de soutenir les patients partenaires dans l'exercice de leur mandat, et ce, en plus de les recruter et de les former. Les patients coachs peuvent ainsi être amenés à accompagner les différents types de patients partenaires dans l'accomplissement de leur mission : enseignement (patients formateurs), soins et services (patients ressources) et recherche (patients co-chercheurs**).**

Le patient coach représente la vision du partenariat patient en santé et services sociaux. En ce sens, il est porteur du changement de culture dans les milieux (leadership transformationnel).

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Patient partenaire au profil co-chercheur – Recherche

Le patient co-chercheur contribue à la production, à la formalisation et au partage des connaissances en santé et services sociaux à partir de ses savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie. Il participe ainsi à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets des organisations et groupes de recherche.

- **Co-design**
  - Contribue à la réflexion sur les orientations des organisations et des groupes de recherche ainsi qu'à l'élaboration des protocoles des projets de recherche.

- **Recherche-action**
  - Contribue à la structure de gestion des projets de recherche sur le terrain et s'implique aux étapes clés des processus de recherche.

- **Captation d'expérience**
  - Contribue à la cueillette et au traitement des données issues de l'expérience des patients et des interactions qu'elles génèrent lors de la réalisation de projets de recherche.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Patient expert

Le terme « patient expert » est réservé aux seuls membres du Comité des patients experts de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il désigne un patient ou un proche aidant partenaire qui participe à la réflexion stratégique et tactique sur le « Partenariat patient en santé et services sociaux » et sur le rôle du patient dans le système de soins de santé et de services sociaux.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Patient partenaire au profil formateur – Enseignement

Le patient partenaire au profil formateur contribue à faire prendre conscience de la nécessaire complémentarité des savoirs scientifiques et cliniques en santé et services sociaux et des savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie, dans le cadre de la formation des étudiants en sciences de la santé et en sciences psychosociales ainsi que du développement professionnel continu. Sa

contribution s'étend également à la formation continue des intervenants, des gestionnaires, des formateurs et des chercheurs de la santé et des services sociaux. Il participe ainsi au développement de la capacité de tous ces apprenants à imprégner leurs actions et leurs décisions de l'approche de partenariat patient en santé et services sociaux.

» **Ingénierie**
- Contribue à la réflexion sur les orientations stratégiques des établissements d'enseignement en santé et services sociaux ainsi qu'à la conception et à la transformation des programmes de formation.

» **Formation**
- Contribue au développement, chez les étudiants en sciences de la santé et en sciences psychosociales, des compétences nécessaires pour favoriser l'émergence et le maintien de solides partenariats de soins et de services avec leurs futurs patients.

» **Mentorat**
- Contribue au développement, chez les étudiants, d'une lecture critique du partenariat patient en santé et services sociaux et d'une capacité réflexive sur les impacts de cette approche.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Patient partenaire

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

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

Plusieurs profils de patients partenaires existent, selon qu'ils interviennent dans le domaine des soins et services, de l'enseignement ou de la recherche : patient partenaire au profil coach, profil co-chercheur, profil formateur, profil ressource.

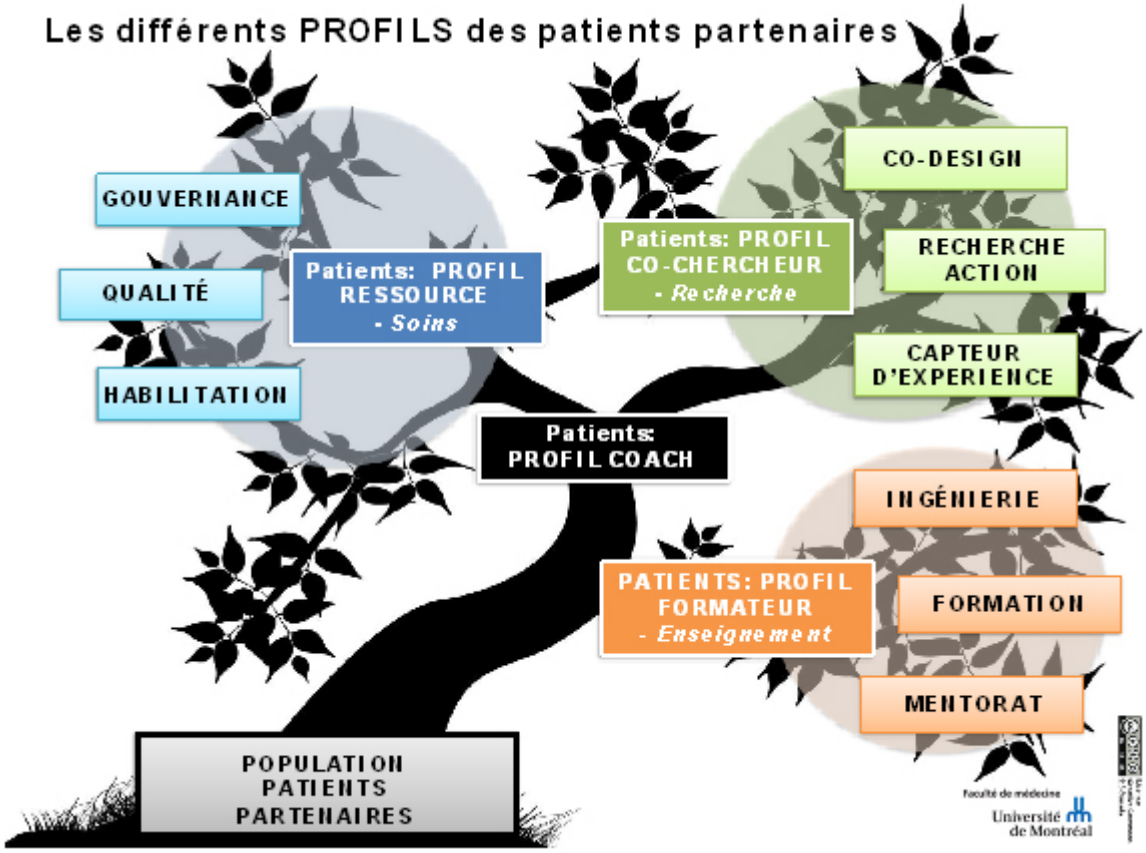


Figure 7 - Les différents profils des patients partenaires

Sources :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des patients.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Lebel, P., Flora, L., Dumez V., Berkesse, A., Néron, A., Débarges, B. et Trempe-Martineau, J. (2014). Le partenariat en santé : pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants par la co-construction. *Vie et Vieillissement*, *12*(11), 15-20.

Patient partenaire au profil ressource

Mission de soins et d'amélioration des services de santé et des services sociaux

Le patient ressource contribue à l'amélioration de l'expérience des patients en milieux de soins et à leur qualité de vie par le partage de ses savoirs expérientiels et la promotion d'un partenariat dans les soins et services. Il participe ainsi aux initiatives propices à la co-construction, à la collaboration et à l'apprentissage, tant sur le plan clinique que sur celui de la gouvernance.

- **Gouvernance**
  - Contribue à la réflexion sur les orientations stratégiques des établissements de santé ainsi qu'à leurs processus décisionnels et de transformation organisationnelle.

- **Qualité**
  - Contribue à l'évaluation et à l'amélioration des processus et outils de gestion des établissements de santé pour favoriser la qualité et l'efficacité des soins et services offerts.

- **Habilitation**
  - Contribue à faciliter les relations et les dynamiques de soins et de services pour renforcer le partenariat avec les patients et participer à l'apprentissage et l'éducation thérapeutique de ses pairs.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Guide du patient coach.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Plan d'intervention disciplinaire

Le **plan d'intervention disciplinaire (PID)** est réalisé avec le patient et un intervenant d'une profession donnée. Chaque intervenant élabore avec le patient le plan d'intervention (PI) spécifique à sa profession, avec des outils qui lui sont propres. À titre d'exemple, un médecin, une infirmière, un pharmacien ou un travailleur social qui interviennent auprès d'un même patient élaborent avec le patient, de façon individuelle et parallèle, un plan d'intervention (PI).

Source :

Bonin, L., Lebel, P. et coll. (2005). *Cadre de référence sur la planification des services.* Rapport du Groupe de travail sur la planification des services, présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Plan d'intervention interdisciplinaire

Le **plan d'intervention interdisciplinaire (PII)** est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale du patient nécessite de mobiliser et de concerter les actions d'intervenants de plusieurs professions avec le patient, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. L'élaboration du PII nécessite la tenue d'**une réunion d'équipe formelle** (en présence, au téléphone, par d'autres moyens de communication) incluant le patient comme membre à part entière de l'équipe et tous les intervenants visés. Avant la tenue de cette réunion, les intervenants auront échangé de l'information à partir du dossier médical du patient, par téléphone, ou au moyen de rencontres informelles. En plus d'éviter des duplications, des incohérences dans les actions des différents partenaires, la rencontre de PII se veut une occasion de favoriser le développement de l'autodétermination du patient en tenant compte de ses capacités et en lui offrant des choix d'interventions. Dans certains cas, un intervenant pivot ou un gestionnaire de cas assure la coordination des interventions.

Les objectifs d'un PII sont multiples :

- Synthétiser l'information essentielle recueillie par le patient et les intervenants.
- Constituer un outil (version numérique ou papier) à consulter par le patient et les intervenants pour le suivi des interventions.
- Structurer les discussions du patient et des intervenants afin d'en arriver à une évaluation globale des besoins du patient, en tenant compte de son projet de vie.
- Fixer des objectifs communs à atteindre, selon la liste des besoins/problèmes jugés prioritaires.
- Convenir ensemble des interventions les plus réalistes, pertinentes et adaptées aux besoins du patient, en s'appuyant sur ses forces et sur ses savoirs expérientiels et en tenant compte de sa vulnérabilité et de ses limites.
- Répartir les tâches et les responsabilités entre le patient et les intervenants.

Le processus entourant le PII comprend quatre grandes étapes qui appellent une contribution particulière et différente du patient, des intervenants et des gestionnaires cliniques :

- la préparation,
- l'élaboration,
- la mise en œuvre,
- le suivi.

Sources :

Bonin, L., Lebel, P. et coll. (2005). *Cadre de référence sur la planification des services.* Rapport du Groupe de travail sur la planification des services, présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2014). *Procédurier pour l'élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avec le patient et ses proches.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Plan de services individualisé ou plan de services individualisé et intersectoriel

Un **plan de services individualisé (PSI)** ou un **plan de services individualisé et intersectoriel (PSII)** peut également être élaboré lorsque plusieurs établissements de santé et de services sociaux sont mobilisés autour du patient (p. ex. CISSS et CHU) ou lorsque des partenaires d'autres secteurs sont mis à contribution avec le secteur de la santé et des services sociaux : secteurs de l'éducation (p. ex. écoles), de la justice (p. ex. DPJ), du travail (p.ex. entreprises et CNESST), de l'habitation (p. ex. HLM), des municipalités (p. ex. loisirs), etc.

Il s'agit de coordonner la prestation des services entre les intervenants de ces différents établissements ou organisations et avec le patient : fréquence et horaire de prestation des services, répartition des rôles et des responsabilités, etc. Il arrive que le patient vive une transition de soins et de services à l'intérieur d'un même établissement ou d'un établissement à un autre. Dans ces cas, **des soins et des services de transition doivent être planifiés** afin d'assurer la qualité et la sécurité des interventions auprès du patient au cours de cette période. Par exemple, le congé hospitalier doit être planifié avec le patient, les proches aidants, les intervenants du centre hospitalier et de la communauté, dont le médecin de famille.

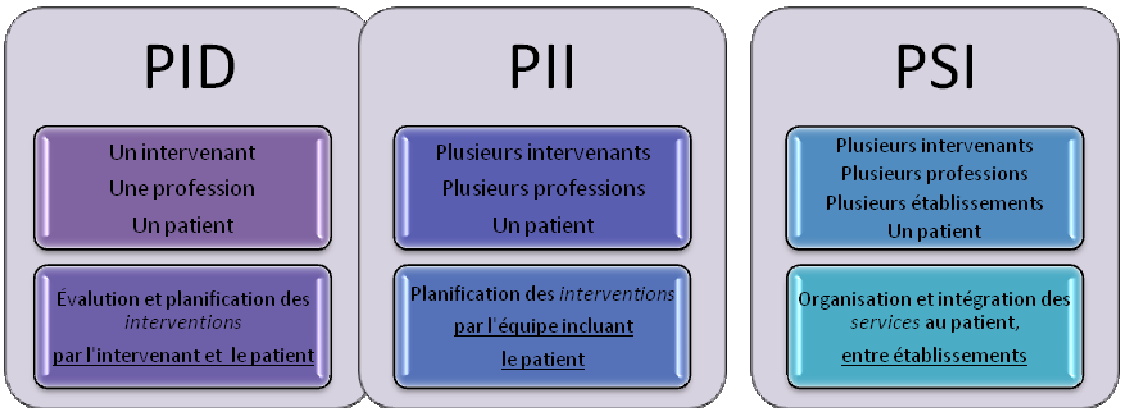


Figure 8 - PID, PII et PSI

Sources :

Bonin, L., Lebel, P. et coll. (2005). *Cadre de référence sur la planification des services.* Rapport du Groupe de travail sur la planification des services, présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Gouvernement du Québec. (2006). *Le plan de services individualisé et intersectoriel : rapport déposé au Comité national de concertation de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la*

santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Repéré à http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/56712

Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., et Blanchard, F. (2004). Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (Ed.). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, (p. 281-299). Québec : Edisem. Repéré à http://www.prismaquebec.ca/documents/document/Prisma.livre.pdf

Pratique collaborative

Processus dynamique d'interactions sous forme d'échanges d'information, d'éducation, de prise de décisions partagées. Pratique qui interpelle toute l'équipe de soins et de services engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrés et continus. Les objectifs visés sont d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie du patient et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

Source :

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

Proche aidant

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

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

Le proche aidant possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour l'équipe, entre autres, une expertise « biographique » du patient (ses habitudes de vie, ses expériences antérieures, ses valeurs et croyances, etc.).

Source :

Couture, M., Ducharme, F. et Lamontagne, J. (2012). The Role of Health Care Professionals in the Decision-Making Process of Family Caregivers Regarding Placement of a Cognitively Impaired Elderly Relative. *Home Health Care Management & Practice*, 24(6), 282-290. doi : 10.1177/1084822312442675

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Ducharme, F. (2012). Prendre soin d'un parent âgé vulnérable, une réflexion sur le concept de « proche aidant » et de ses attributs. *Les cahiers de l'année gérontologique*, *4*(2), 74-78. doi : 10.1007/s12612-012-0266-x

Professionnel

Ce terme désigne les professionnels de la santé membres de l'équipe de soins et de services. Selon le contexte, ce terme inclut ou n'inclut pas les médecins.

Source :

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

Programme

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, un programme est un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programme : les programmes-services et les programmes-soutien.

- Un **programme-services** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.
- Un **programme-soutien** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

Source :

Unité des politiques et des orientations stratégiques. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Projet de vie

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

Le projet de vie oriente le comportement de la personne à différents moments et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie.

Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie (p. ex. permettre une fin de vie dans la dignité, selon la volonté de la personne). Le projet de vie peut différer selon qu'il s'agit du point de vue du patient ou de celui du proche aidant, mais dans une telle situation, c'est toujours le point de vue du patient qui primera conformément à la loi.

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

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

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Référentiel de compétences

Ensemble de ***compétences*** communes à un groupe d'individus, décliné en ***capacités*** et en ***manifestations*** observables de ces compétences.

Compétence

Ensemble de **savoirs (savoir, savoir être, savoir faire),** d'habiletés et d'attitudes qui, lorsqu'ils sont mobilisés dans un contexte spécifique et couplés à un bon jugement, permettent d'exercer ses rôles et responsabilités de façon autonome, d'améliorer ses actions et de s'adapter à un environnement en constante mutation.

Capacité

Action modérément complexe, comportement ou tâche. Le terme décrit une composante majeure ou une action impliquée dans la compétence. Chaque capacité doit être distinctive et servir à nuancer la description de la compétence.

Manifestation (comportement observable)

Description plus simple d'actions ou de tâches rattachées à la capacité. Un ensemble de manifestations devrait constituer la façon appropriée d'exécuter ou d'appliquer la capacité.

Source :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux

Ensemble de compétences acquises ou à développer par les patients, les proches aidants, les intervenants et les gestionnaires cliniques afin d'agir comme partenaires de soins et de services.

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

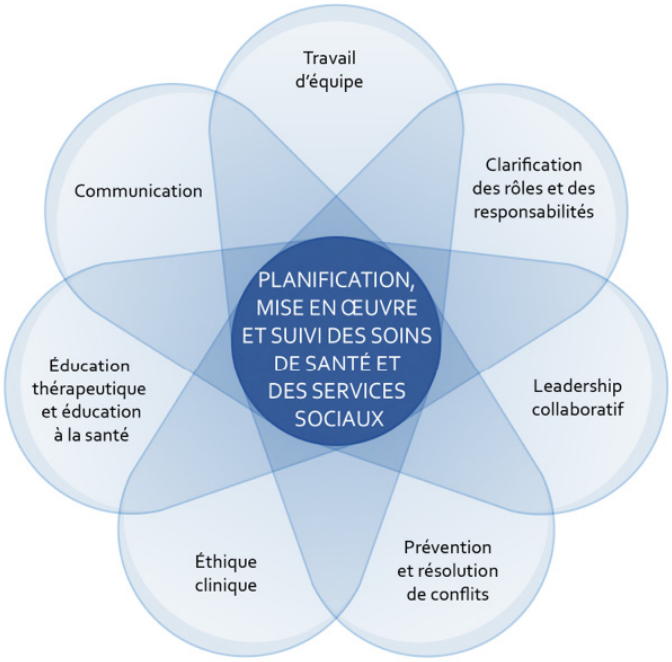


Figure 9 - Pratique collaborative et Partenariat patient en santé et services sociaux (CIO, 2014, CPIS, 2010 et CRMCC, 2005)

Description des compétences :

- **Clarification des rôles et des responsabilités**
  - Patient et intervenants comprennent les rôles et les responsabilités de chacun. Ceci leur permet d'atteindre ensemble les objectifs de santé et de bien-être visés pour le patient. Ils sont en mesure d'expliquer ou de clarifier leurs rôles et responsabilités dans différents contextes de soins de santé et de services sociaux.

- **Communication**
  - Patient et intervenants de l'équipe communiquent ensemble en temps opportun, de façon efficace et dans un esprit de respect, d'ouverture et de collaboration. Ils précisent les moyens de communication les plus appropriés selon la nature de l'information à partager, le temps disponible et les personnes concernées. Ils sont soucieux du choix et de l'aménagement d'un environnement physique propice aux discussions et le respect de la confidentialité. Ils clarifient tout vocabulaire professionnel ou technique pouvant nuire à la compréhension de l'information échangée. Ils adaptent leur niveau de langage à celui de leurs différents interlocuteurs. Ils sont sensibles à l'expression des émotions et y répondent avec tact. Le patient participe activement aux échanges qui le concernent, y compris dans les situations d'apprentissage avec des stagiaires et des résidents.

- **Éducation thérapeutique**
  - Patient et intervenants s'engagent dans une démarche continue d'apprentissage, par laquelle le patient développe sa compréhension de son état de santé et de ses maladies. Ensemble, ils explorent périodiquement les besoins du patient, évaluent où il en est, conviennent de ce qui pourrait mieux l'aider à prendre soin de lui. Ils co-construisent des solutions adaptées et acceptables pour chacun. Ainsi, le patient devient progressivement autonome dans la gestion de son état de santé et partie prenante de l'équipe. Cette démarche a pour but ultime de permettre au patient d'améliorer sa qualité de vie et de mener son projet de vie de façon optimale.

Attention

- *Bien qu'elle puisse s'exercer dans tous les contextes de soins et de services, la compétence **d'éducation thérapeutique** s'exerce en particulier dans le suivi des maladies chroniques. L'éducation thérapeutique sera optimale dans la mesure où la continuité des soins et des services sera assurée par un même intervenant ou par une même équipe d'intervenants afin qu'une relation de confiance se mette en place entre patient et intervenants.*
- *Pour ce qui est de la compétence d'**éducation à la santé** proposée dans le cadre de ce référentiel, elle réfère plutôt aux interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé (p. ex., l'allaitement, l'activité physique, la protection en matière d'infections transmises sexuellement et par le sang, la vaccination, etc.). Elle s'exerce dans le contexte où une personne consulte un intervenant ou une équipe de soins et de services et elle se distingue de l'approche populationnelle, qui est du ressort des équipes de santé publique.*

» **Éthique clinique**

- Face à un problème éthique, patient et intervenants s'engagent de bonne foi dans un dialogue afin d'assurer que le patient soit accompagné au long d'un processus de prise de décision libre et éclairée. Une fois clairement explicitée, leur démarche consiste à identifier les éléments du problème, à l'analyser, à le résoudre en tenant compte des besoins collectifs et des ressources disponibles. Par la suite, un bilan réflexif sur la démarche est effectué par l'ensemble des partenaires en cause.
- Des problèmes sur le plan de l'éthique clinique peuvent se passer dans des situations humaines complexes et concerner les partenaires de soins et de services (patient, intervenants, gestionnaires cliniques et d'établissement). Par exemple, les situations suivantes peuvent causer des tensions entre les partenaires : différences de perceptions d'une situation, divergences quant aux valeurs des partenaires ou au choix du niveau d'intervention médicale, accessibilité limitée ou inexistante aux ressources (spécialisées, technologiques, physiques, matérielles, médicamenteuses ou autres).

» **Leadership collaboratif**

- Patient et intervenants contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et de services. Ils participent au développement de l'équipe et à l'amélioration de la qualité des soins et des services sociaux. Agissant à la fois avec détermination, enthousiasme et humilité, ils soutiennent et inspirent leurs partenaires de soins et de services. Ils questionnent les pratiques de façon constructive et orientent l'équipe vers des éléments de solution, de façon stratégique, en tenant compte du contexte.

» **Planification et mise en œuvre des soins et services (compétence centrale:**

- En tant que partenaires de soins et de services, le patient et les intervenants collaborent afin de planifier et de coordonner leurs actions en réponse aux besoins, aux problèmes de santé et à la situation psychosociale du patient en tenant compte de son projet de vie. Ils interviennent de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue.
- Fondée sur la reconnaissance mutuelle de la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels, la relation qui se développe ainsi entre les partenaires de soins et de services s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, d'échanges d'informations en vue de prises de décisions libres et éclairées par le patient. Patient et intervenants se partagent les responsabilités de façon synergique afin d'obtenir des résultats de santé optimaux en fonction du contexte spécifique du patient.
- La planification des soins de santé et des services sociaux se réalise à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention ou de services. Quatre outils sont utilisés à cette fin : le plan d'intervention disciplinaire (PID), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), le plan de services individualisé (PSI) et le plan de services individualisé et intersectoriel (PSII).

» **Prévention et résolution des conflits**

- Patient et intervenants de l'équipe s'engagent activement dans la prévention et la gestion efficace des conflits au sein de l'équipe dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte. Les intervenants de l'équipe évitent de faire vivre au

patient des tensions inutiles par des relations tendues entre eux; ils se doivent de résoudre rapidement ces tensions.

- **Travail d'équipe**
  - Patient et intervenants de l'équipe mettent en œuvre les processus d'équipe et de dynamique de groupe pour atteindre un fonctionnement optimal. L'équipe comprend le patient, et, selon le contexte, des intervenants des services communautaires, des soins et des services de première ligne ou spécialisés. Elle peut également comprendre des intervenants de l'ensemble du continuum de soins et de services sociaux.

Sources :

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005). *Cadre de compétence CanMEDS 2005*. Repéré à http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-professional-f

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient.* Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.* 37 p. Repéré à http://www.cihc.ca

DCPP et CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal.

Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Stevenson, K., Wagner, S. J., Weinberg, L., … Sawatsky-Girling, B. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver : Canadian Interprofessional Health Collaborative. Repéré à http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:DiVA.org:hj-16004

Référentiel de compétences des patients : L'expertise de vivre avec la maladie

Ensemble des compétences acquises ou à développer par le patient au cours de ses expériences de vie avec la maladie, qui lui permettent d'agir comme partenaire à différents niveaux : le système de services de santé et de services sociaux, la recherche et la formation des étudiants en sciences de la santé et en sciences psychosociales, en :

- s'impliquant comme **partenaire de ses soins**;
- transmettant ses expériences à titre de **patient ressource**;
- assumant un leadership transformationnel en tant que **patient coach**.

/Figure 10 - L'expertise de vivre avec la maladie

Sources :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences du patient partenaire : l'expertise de vivre avec la maladie.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Flora, L. (2015). *Un référentiel de compétences de patient : pourquoi faire? Du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégré : l'exemple du modèle de Montréal.* Sarrebruck, Allemagne : Presses Académiques Francophones.

Relation d'aide

Une relation d'aide est plus formelle qu'une relation d'entraide et suppose une relation, la plupart du temps, entre deux personnes, dans laquelle une seule reçoit de l'aide et du soutien pour une situation problématique. **Elle repose sur le statut « professionnel » d'une personne qui offre son aide et d'une autre qui la reçoit.** L'une des deux personnes se situe donc dans un rôle d'aidant et l'autre d'aidé. Ces rôles demeurent les mêmes durant toute la relation.

Dans les travaux de Carl Rogers, la relation d'aide consiste, dans un cadre d'optimisme, à aider une personne en difficulté à mobiliser ses propres ressources plutôt qu'à lui imposer des solutions venant de l'extérieur. L'auteur part du principe que la personne a en elle de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive sa façon d'être et de se comporter. La considération positive inconditionnelle du professionnel aide alors la personne à accéder à ses propres ressources.

Selon Carl Rogers (1942), la relation d'aide serait favorisée par quatre attitudes non directives de l'accompagnant : l'empathie, une bonne communication, la congruence et le non-jugement

Sources :

de la Tribonnière, X. (2016). Pratiquer *l'éducation thérapeutique : L'équipe et les patients*. Paris: Elsevier Masson SAS.

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2011). *Promouvoir l'entraide selon une approche alternative : ailleurs … autrement … et au-delà.* Montréal, Québec : RRASMQ.

Rogers, C.R. (1942) *Counseling and psychotherapy, Newer Councept and practice.* Boston : Houghton Mifflin, Co.

Relation d'entraide

Une relation d'entraide est une **relation réciproque d'aide** entre deux ou plusieurs personnes basée sur le partage dans un **rapport d'égalité**. Elle repose sur l'expérience personnelle et l**e vécu** selon un principe de r**éciprocité.** L'entraide fait appel à la notion de groupe où tout le monde peut être en interaction avec tous et où il y a une alternance des rôles d'aidant. Même le groupe peut être aidant pour la personne.

L'entraide au sein d'un groupe peut être :

- **personnelle,** c'est-à-dire de personne à personne; elle est centrée sur les difficultés de comportement, d'émotions ou d'attitudes qu'éprouve une personne;
- **collective**, c'est-à-dire le partage des tâches dans le cadre d'une action ou de la réalisation d'un projet commun.

Dans la majorité des groupes, on pratique des activités d'entraide personnelle et collective. C'est cependant **l'entraide personnelle** qui fait la spécificité des groupes d'entraide et constitue leur activité primordiale.

Sources :

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2011). *Promouvoir l'entraide selon une approche alternative : ailleurs … autrement … et au-delà.* Montréal, Québec : RRASMQ.

Romeder, J. M., Bathalzar, H., Farquharson, A., Lavoie, F. (1989). *Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités*. Ottawa et Montréal; Conseil canadien de Développement social.

Services de santé et services sociaux

Ensemble des services qui consistent à dispenser des interventions préventives, curatives, de réadaptation et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques des individus et des populations.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences des leaders de collaboration en établissement.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Savoirs expérientiels du patient [voir Expertise de vivre avec la maladie]

Tandem clinico-administratif

Tandem de gestion clinique formé du gestionnaire clinico-administratif et d'un intervenant de la santé ou des services sociaux désigné à titre de gestionnaire. Dans certains milieux, le tandem est formé du gestionnaire clinico-administratif et du chef ou responsable médical.

Source :

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : Engagement et leadership. Montréal*, Québec : Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Tandem Collaboration et partenariat patient (TCPP)

Le TCPP est composée d'un patient et d'un intervenant de la santé ou des services sociaux (ou d'un gestionnaire) porteurs de la collaboration et du partenariat patient au sein de l'organisation. Le tandem est désigné par la haute direction, reçoit son mandat de celle-ci et est responsable, dans une dynamique de co-leadership, de la structuration et du déploiement de la collaboration et du partenariat patient de soins et de services au sein de l'établissement. Le TCPP assume également le recrutement des patients partenaires.

Source :

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2015). *Référentiel de compétences et fonctions du tandem de collaboration et partenariat patient.* Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Crédits

Direction collaboration et partenariat patient (DCPP)
Université de Montréal
Faculté de médecine
2900, boul. Édouard-Montpetit, bureau Y-201-48
Montréal QC H3T 1J4

Adresse postale :

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal QC H3C 3J7
Téléphone : 514-343-6111, poste 39260
Site web : http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/

Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM)

Adresse postale :

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal QC H3C 3J7
Site web : http://cio.partenarires-de-soins.ca

Direction scientifique

Vincent Dumez, M.Sc., co-directeur, DCPP, Université de Montréal (UdeM); co-directeur de l'Unité SOUTIEN de la stratégie de recherche axée sur le patient du Québec

Paule Lebel, M.D., M.Sc., médecin spécialiste en médecine préventive ; professeure agrégée, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, et co-directrice, DCPP, UdeM; médecin conseil, Direction de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal

Marie-Claude Vanier, B. Pharm., professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, UdeM; présidente du CIO-UdeM

Coordination de la rédaction et révision linguistique

Paule Lebel, M.D., M.Sc., médecin spécialiste en médecine préventive; professeure agrégée, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, et co-directrice, DCPP, UdeM; médecin conseil, Direction de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal

Luce Gosselin, M.O.A., conseillère pédagogique, CIO-UdeM

Contribution à la rédaction ou à la révision du document

Alexandre Berkesse, M.Sc., Ph.D. Phil(c), conseiller sénior, DCPP, UdeM

Antoine Boivin, M.D. Ph.D., médecin de famille ; professeur adjoint, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, UdeM ; titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et le public

Lucie Bonin, médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique (MD, MSc, FRCP) à la Direction de santé publique du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, membre de l'équipe Vieillissement en santé (VES) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), membre de l'équipe du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Maud Bouffard, EAO, MA, Doctorante en andragogie, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal

Marie-Ève Bouthillier, Ph.D., chef du Centre d'éthique Direction qualité, évaluation, performance et éthique, Hôpital Cité de la santé du CISSS de Laval ; professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, et membre exécutif, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, UdeM

Isabelle Brault, Ph.D., professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, UdeM ; vice-présidente-programmes, CIO-UdeM

Catherine Briand, PhD, OT, Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal. Chercheure, Centre d'étude sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS)

François Chiocchio, PhD, professeur agrégé, professeur de Gestion des ressources humaines et du Comportement organisationnel à l'École de gestion Telfer de l'Université d'Ottawa.

Julie Cousineau, avocate, LL.M., D.C.L. ; professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, et coordonnatrice, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, UdeM ; professeure associée, Faculté de droit, UdeM

Bernard Deschênes, Ps.éd., consultant senior contractuel, DCPP, UdeM

Francine Ducharme, PhD, professeure titulaire, doyenne de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et chercheure-boursière nationale FRSQ

Vincent Dumez, M.Sc., co-directeur, DCPP, UdeM

Hélène Essiembre, PhD, psychologue

Nicolas Fernandez, PhD en éducation, professeur adjoint, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal

Luigi Flora, Docteur en sciences de l'éducation, Chercheur associé du laboratoire interuniversitaire EXPERICE et du Centre d'Étude des SOLidarités sociales (CESOL), Concepteur de programmes et dispositifs d'apprentissages en santé, Chercheur en Sciences de l'Éducation, France

André Néron, directeur associé, DCPP, UdeM; vice-président patients, CIO-UdeM

Philippe Karazivan, MD, MEd, médecin de famille, codirecteur de la maîtrise en pédagogie universitaire des sciences de la santé, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal

Valérie Lemieux, MSc, coordonnatrice professionnelle, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Ile-de-Montréal

Jean-François Pelletier, PhD en sciences politiques, Chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Professeur sous-octroi adjoint, département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Marie-Pascale Pomey, MD, PhD, Département d'administration de la santé, École de santé publique. Directrice de la maîtrise en gestion de la qualité et de la sécurité des patients (QUÉOPS).

Marie-Claude Vanier, B. Pharm, M.Sc., professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, UdeM ; présidente, CIO-UdeM, et pharmacienne, CISSS de Laval

Christian Voirol, PhD, Professeur, HES-SO // University of applied sciences Western Switzerland, Haute Ecole Arc Santé

Infographie

Yolaine Chénard, M.S.I. (c)

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site internet de l'École du Partenariat en santé : https://ecoledupartenariat.org/fr/

Le contenu de ce document peut être cité, à condition d'en mentionner la source :

DCPP et CIO-UdeM. (2016). Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec : Université de Montréal

ISBN : 978-2-9815127-8-9

Dépôt légal- Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

© Direction collaboration et partenariat patient. Université de Montréal. Tous droits réservés.

© CIO-UdeM. Tous droits réservés.

Licence Creative Commons 2.5 Canada

View publication stats