

Référentiel

PRATIQUE COLLABORATIVE ET PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

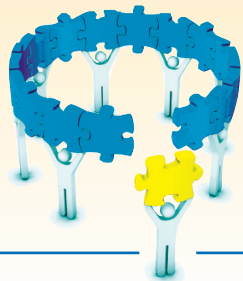


TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| CRÉDITS | 3 |
| LISTE DES ACRONYMES | 4 |
| PRÉAMBULE | 5 |
| Un référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux..... | 5 |
| En quoi ce référentiel représente-t-il une innovation significative? | 6 |
| À qui le référentiel s'adresse-t-il?..... | 6 |
| Dans quelles circonstances le référentiel peut-il être utilisé? | 6 |
| COMPÉTENCES, CAPACITÉS ET MANIFESTATIONS | 7 |
| 1. Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux | 7 |
| 2. Travail d'équipe | 9 |
| 3. Clarification des rôles et des responsabilités..... | 11 |
| 4. Communication | 12 |
| 5. Leadership collaboratif | 13 |
| 6. Éducation thérapeutique et éducation à la santé..... | 14 |
| 7. Éthique clinique..... | 16 |
| 8. Prévention et résolution des conflits..... | 17 |
| PRINCIPALES SOURCES DOCUMENTAIRES | 18 |
| ANNEXE 1 : Notions à préciser sur les plans d'intervention et de services | 24 |
| ANNEXE 2 : Vue d'ensemble des compétences reliées à la Pratique collaborative et au Partenariat patient en santé et services sociaux | 25 |

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

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

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.



ISBN : 978-2-9815127-7-2

Dépôt légal - 4^e trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

© Direction collaboration et partenariat patient. Tous droits réservés.

© CIO-UdeM. Tous droits réservés.

Mise à jour: 28 octobre 2016

Pour alléger le texte du présent document, la notion de « patient » inclut systématiquement le proche aidant.

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.

Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, d'égalité, de reconnaissance mutuelle 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.

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

DIRECTION COLLABORATION
ET PARTENARIAT PATIENT
Faculté de médecine



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 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.partenaires-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'Île-de-Montréal

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

Marie-Ève Bouthillier, Ph.D., chef du Centre d'éthique, Direction qualité, évaluation, performance et éthique, Hôpital Cité de la santé du CIUSSS 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

Jean-Paul Cadieux, patient partenaire, DCPP, UdeM

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 contractuel, DCPP, UdeM

Annie Descoteaux, M.Ed.(c), gestionnaire de projet, DCPP, UdeM

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

Nicolas Fernandez, Ph.D. (sciences de l'éducation), professeur adjoint, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, UdeM; patient partenaire, DCPP, UdeM

Édith Fournier, patiente partenaire, DCPP, UdeM

Andrée Gilbert, M.D., médecin-conseil, Direction de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Félix Girard, D.M.D., M.Sc., Département de santé buccale, Faculté de médecine dentaire, UdeM

Josée Lambert-Chan, patiente partenaire, DCPP, UdeM

Kateri Leclerc, patiente partenaire, DCPP, UdeM

André Néron, directeur associé DCPP, UdeM; président du comité des patients experts, Faculté de médecine, UdeM; vice-président (patient), CIO-UdeM

Martine Richard, patiente partenaire, DCPP, UdeM

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

Infographie

Yolaine Chénard, M.S.I.(c)

LISTE DES ACRONYMES

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec le public et les patients

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIHC / CPIS : Canadian Interprofessional Health Collaborative / Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

CIO-UdeM : Comité interfacultaire opérationnel de 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

CNESST : Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

CSS : Cours Collaboration en sciences de la santé

DCPP : Direction collaboration et partenariat patient

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

EPS : École du partenariat en santé

HLM : Habitation à loyer modique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PI : Plan d'intervention

PID : Plan d'intervention disciplinaire

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

PSI : Plan de services individualisé

PSII : Plan de services individualisé et intersectoriel

SMART : Spécifique, Mesurable, Attirant/Atteignable, Réaliste, situé dans le Temps

UdeM : Université de Montréal

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

POURQUOI?

Dans une approche de pratique collaborative et de partenariat patient, la prestation de soins de santé et de services sociaux optimaux passe inévitablement par le développement et le maintien de compétences et par une adaptation des comportements, tant chez l'intervenant que chez le patient.

Le présent document a pour but de présenter ces compétences. Il s'inspire de plusieurs travaux sur le sujet :

- ▶ le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CIHC, 2010);
- ▶ les travaux du Conseil central des compétences de la Faculté de médecine de l'UdeM pour ce qui est de l'adaptation du Cadre des compétences des médecins *CanMEDS 2005* (2013);
- ▶ le référentiel de compétences *CanMEDs 2015* pour les médecins;
- ▶ le Référentiel de compétences des patients (DCPP, 2015); et
- ▶ les contenus des cours CSS (1900-2900-3900) de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient, offerts aux étudiants du premier cycle en sciences de la santé et en sciences psychosociales de l'UdeM.

QUELLES COMPÉTENCES?

Une **compétence** comprend un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsque couplés à un bon jugement et mobilisés dans un contexte spécifique de soins de santé et de services sociaux, permettent aux patients et aux intervenants d'obtenir des résultats de santé optimaux.

Le référentiel de compétences proposé est constitué d'une compétence centrale et de compétences transversales que les patients et les intervenants de la santé et des services sociaux développent ensemble au fil du temps, en exerçant leurs rôles et responsabilités, dans différents contextes.

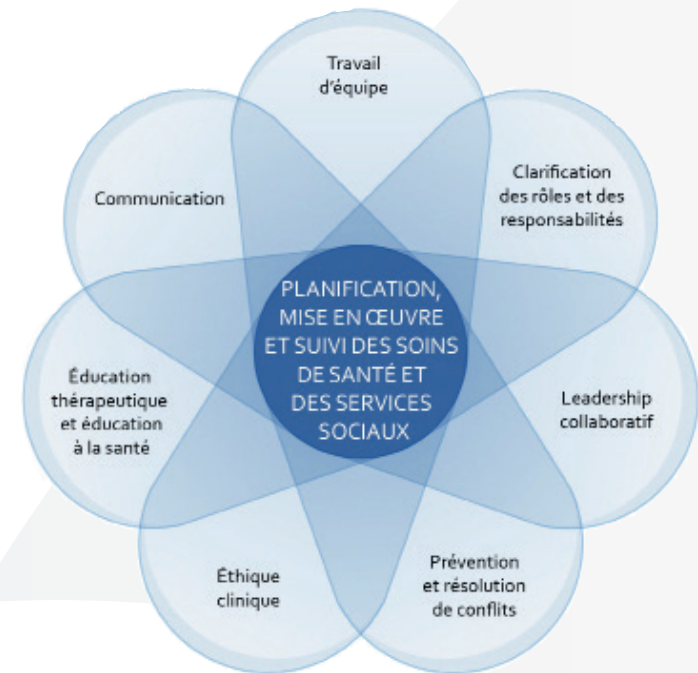
Chaque compétence se décline en un ensemble de **capacités**, c'est-à-dire d'actions, de comportements ou de tâches modérément complexes. Chacune de ces capacités se décline à son tour en manifestations qui sont un ensemble d'actions ou de tâches observables, à savoir des comportements verbaux ou non verbaux **propres au contexte de soins et de services**.

Ainsi, la **compétence centrale** de la *planification, de la mise en œuvre et du suivi des soins de santé et des services sociaux* fait appel à sept compétences transversales, qui seront mobilisées à des degrés divers selon la situation. Ces compétences se développeront à plus ou

moins brève échéance, selon le niveau d'apprentissage, de pratique ou d'expérience des personnes en cause et selon la complexité des situations. L'implication des patients partenaires en enseignement, en recherche, dans les milieux de soins et de services a mené à la définition de différents profils de patients partenaires. Veuillez vous référer au document Terminologie de la DCPP.

Ces compétences transversales sont les suivantes :

- ▶ le travail d'équipe;
- ▶ la clarification des rôles et des responsabilités;
- ▶ la communication;
- ▶ le leadership collaboratif;
- ▶ l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé;
- ▶ l'éthique clinique;
- ▶ la prévention et la résolution des conflits.



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

Référentiel de compétences

En quoi ce référentiel représente-t-il une innovation significative?

▶ Ce référentiel est co-construit

Patients et proches aidants, éducateurs, professionnels, gestionnaires, chercheurs de la santé et des services sociaux ont travaillé ensemble à sa construction.

▶ Le patient et les intervenants développent ensemble leurs compétences

Dans la perspective de l'inclusion du patient comme partenaire à part entière de son équipe, ce dernier est appelé, au même titre que les intervenants, à développer, à son rythme, les différentes compétences. Les processus pour développer ces compétences, ainsi que l'expression de ces compétences, peuvent différer pour l'intervenant et pour le patient, selon le contexte.

▶ Des apprentissages dans l'action

Le développement de ces compétences se réalise dans l'action, aux moments où le patient et les intervenants sont engagés dans les soins de santé et les services sociaux. Il se consolide par une rétroaction réciproque à des moments propices (réflexion sur l'action). Les intervenants accompagnent le patient pour faciliter le développement de ses compétences et le patient enrichit la vision et les savoirs des intervenants de ses savoirs expérientiels.

À qui le référentiel s'adresse-t-il?

Ce référentiel de compétences s'adresse aux publics suivants :

- ▶ le grand public (version abrégée)
- ▶ les patients et les proches aidants
- ▶ les intervenants et les étudiants des soins de santé et des services sociaux
- ▶ les gestionnaires et les décideurs des soins de santé et des services sociaux
- ▶ les chercheurs de la santé et des services sociaux
- ▶ les enseignants des domaines des sciences de la santé et des sciences psychosociales
- ▶ les gestionnaires et décideurs de l'éducation en sciences de la santé et en sciences psychosociales
- ▶ les chercheurs de l'éducation en sciences de la santé et en sciences psychosociales.

Dans quelles circonstances le référentiel peut-il être utilisé?

Le référentiel se révélera particulièrement utile dans les circonstances suivantes :

- ▶ l'éducation populaire à la santé destinée au grand public
- ▶ la formation des étudiants, des stagiaires et des résidents en sciences de la santé et en sciences psychosociales
- ▶ le développement professionnel continu des intervenants de la santé et des services sociaux
- ▶ les formations de formateurs
- ▶ la consolidation de la pratique collaborative et du partenariat patient au sein d'équipes
- ▶ l'évaluation de la qualité des pratiques collaboratives et du partenariat patient au sein des établissements de santé et de services sociaux, d'enseignement et de recherche
- ▶ le recrutement des intervenants au sein des établissements de santé et de services sociaux
- ▶ le recrutement de patients partenaires au sein des établissements de santé et de services sociaux, d'enseignement ou de recherche.



COMPÉTENCES, CAPACITÉS ET MANIFESTATIONS

1. PLANIFICATION, MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Description de la compétence

En tant que partenaires de soins de santé et de services sociaux, 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 et 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 s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, d'échanges d'information 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 service individualisé (PSI) et le plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). (Voir la description de ces outils à l'Annexe 1.)

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|--|
| | <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> |
| 1.1 Se préparer à l'élaboration du plan d'intervention (PID ou PII, selon le cas) | <p>A) Précisent le projet de vie du patient, ses besoins, ses problèmes de santé et psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilisent des outils* qui leur sont propres pour colliger l'information pertinente concernant l'état de santé, la situation psychosociale, le projet de vie, les attentes et les préoccupations du patient ▶ Mettent en commun et valident l'information provenant de différentes sources ▶ Identifient le projet de vie du patient ainsi que ses besoins, attentes et préoccupations ▶ Dressent la liste des problèmes de santé et des problèmes liés à la situation psychosociale du patient ▶ Évaluent le désir et la capacité du patient de s'impliquer dans la planification de ses soins et de ses services et en tiennent compte dans les étapes suivantes. <p>* Patient : journal de bord, grilles d'observation, outils en ligne (télésanté), etc.</p> <p>* Intervenants : canevas de PID spécifiques à leur profession, questionnaires validés, dossier clinique informatisé, guides de pratiques, etc.</p> |
| | <p>B) Se préparent aux étapes de planification des soins et des services, en particulier à la rencontre d'équipe pour élaborer le plan d'intervention interdisciplinaire (PII)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilisent des outils qui leur sont propres pour préparer l'information qui sera présentée lors de la réunion d'élaboration du PII avec le soutien d'intervenants désignés pour accompagner le patient dans cette démarche ▶ Établissent ensemble les forces du patient et ses savoirs expérientiels afin de les mettre à profit dans le PII ▶ Précisent ensemble, s'il y a lieu, le membre de la famille ou du réseau du patient qui l'accompagnera dans la démarche de planification des soins et des services. |

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|---|---|
| | <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> |
| 1.2 Élaborer un plan d'intervention (PID ou PII) ou de services (PSI/PSII) | <p>A) <i>Cernent les besoins prioritaires du patient et les objectifs visés en vue d'élaborer le PID (patient et intervenant) ou le PII (patient et intervenants de l'équipe)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Échangent de l'information et partagent leurs savoirs en vue d'habiliter le patient à faire des choix libres et éclairés ▶ Sélectionnent, si nécessaire, les besoins et les problèmes prioritaires sur lesquels porteront les objectifs du PID/PII, en tenant compte du projet de vie du patient, de ses désirs et de ses attentes ▶ Formulent des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable/Attirant, Réaliste, situé dans le Temps) pour chacun des problèmes prioritaires. <p>B) <i>Planifient les interventions pour chacun des objectifs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Déterminent les interventions appropriées pour chacun des objectifs SMART, en analysant les différentes options possibles (avantages, risques et difficultés potentielles) et en s'assurant de la compréhension de tous ▶ Spécifient la fréquence, la durée, la séquence et l'échéancier de chacune des interventions ▶ Clarifient les rôles et responsabilités du patient et des intervenants pour chacune des interventions ▶ Déterminent les modalités de suivi des interventions et la date de révision du plan d'intervention (PID/PII). <p>C) <i>Planifient les services dispensés par différentes ressources (PSI ou PSII)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Coordonnent les services en fonction du contexte de vie du patient ▶ Déterminent le type, la fréquence, la séquence, la durée prévisible, l'horaire des services alloués en tenant compte de l'état de santé et de la situation psychosociale du patient ▶ Précisent les besoins non comblés par les ressources allouées et proposent des solutions de remplacement ▶ Précisent les rôles et les responsabilités de chacun, y compris ceux du patient et de ses proches aidants. |
| 1.3 Mettre en œuvre et assurer le suivi du plan d'intervention (PID, PII) ou de services (PSI/PSII) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réalisent de façon concertée les différentes interventions prévues au plan d'intervention (PID/PII) ou dispensent les services alloués en fonction du PSI/PSII ▶ Évaluent, à un moment préétabli, et, si nécessaire, à des moments subséquents : <ul style="list-style-type: none"> » si les objectifs visés par le plan d'intervention (PID ou PII) ont été atteints ou sont en voie d'être atteints » si les services alloués ont été rendus conformément au plan de services (PSI/PSII) ▶ Analysent, le cas échéant, les raisons qui ont fait obstacle à l'atteinte des objectifs (PID ou PII) ou à la prestation des services alloués (PSI/PSII), et rajustent en conséquence les objectifs, les interventions ou les services. |
| 1.4 Assurer la continuité des soins et des services lors d'une transition vers une autre étape de soins et de services | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Planifient, verbalement et par écrit, une transition sécuritaire, à l'intérieur d'un même établissement, entre des points de services ou avec la communauté (incluant le domicile du patient) ou, encore, vers un autre secteur (éducation, travail, etc.) ▶ Préparent le patient à cette transition ▶ S'assurent que le transfert du patient s'est bien déroulé et que la continuité des soins et des services est maintenue. |

2. TRAVAIL D'ÉQUIPE

Description de la compétence

Patient partenaire 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 partenaire, et, selon le contexte, des intervenants des services communautaires, des soins et services de première ligne ou spécialisés. Elle peut également comprendre des intervenants de l'ensemble du continuum de soins de santé et de services sociaux.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|---|---|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| 2.1 Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconnaissent et valorisent les contributions des autres membres de l'équipe, y compris celles du patient ▶ Établissent une relation de confiance avec les autres membres de l'équipe ▶ Facilitent l'intégration d'un nouveau membre au sein de l'équipe ▶ Se montrent solidaires des décisions prises par l'ensemble de l'équipe ▶ Reconnaissent les membres de l'équipe en difficulté, les soutiennent et leur offrent de l'aide, dans la mesure de leurs capacités ▶ Manifestent leur désaccord de façon constructive lorsqu'ils sont témoins d'un manque de respect d'un membre de l'équipe envers un autre. |
| 2.2 Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Prennent part à l'organisation de l'équipe et adhèrent à ses règles et procédures de fonctionnement ▶ Contribuent à l'identification des mécanismes de communication les plus efficaces au sein de l'équipe ainsi qu'à la gestion du temps ▶ Agissent en synergie pour l'atteinte des résultats ▶ Recherchent l'information nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe ▶ Contribuent à l'identification des difficultés lors des prises de décisions portant sur le mandat et les cibles communes et participent à l'élaboration des solutions appropriées ▶ Participent à l'identification des facteurs qui peuvent nuire au fonctionnement de l'équipe et aux relations entre ses membres ▶ Représentent aux membres de l'équipe, d'une manière constructive et respectueuse, tout désaccord qui en perturbe le fonctionnement ▶ Font preuve de souplesse face aux changements destinés à améliorer l'efficacité des services. |
| 2.3 Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tiennent compte, dans leurs relations, des rôles et des responsabilités, ainsi que de l'expérience et de l'expertise des autres membres de l'équipe ▶ S'assurent que les décisions se prennent dans un contexte où chaque membre de l'équipe peut s'exprimer sans pression indue ▶ Respectent l'opinion des autres et manifestent de l'ouverture face à leurs spécificités personnelles ou professionnelles ▶ Développent une vision critique des différents points de vue exprimés par leurs pairs ▶ Manifestent de l'engagement face aux décisions qui sont prises. |

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|--|
| | <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> |
| 2.4 Participer au développement et à l'évaluation de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Participent à l'apprentissage collectif en vue de l'amélioration continue de leurs compétences et à l'amélioration des pratiques de l'équipe ▶ Participent à l'autoévaluation de l'équipe et à la mise en place d'améliorations ▶ Participent à l'identification des difficultés lors des prises de décisions de l'équipe ▶ Utilisent des outils de travail collaboratif (p. ex. PII) ▶ Participent à un processus d'amélioration de la qualité des soins et services dispensés par l'équipe ▶ Contribuent à la tenue périodique d'une rétroaction sur le fonctionnement de l'équipe. |

3. CLARIFICATION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

Description de la compétence

Patient partenaire et intervenants de l'équipe 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 partenaire. Ils sont en mesure d'expliquer ou de clarifier leurs rôles et responsabilités dans différents contextes de soins de santé et de services sociaux.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|--|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| 3.1 Favoriser le plein exercice des rôles et des responsabilités de chacun au sein de l'équipe -- le gestionnaire clinique, les intervenants et, en particulier, le patient | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconnaissent l'importance des rôles et responsabilités de chacun au sein de l'équipe et laissent au patient le temps et la place nécessaires pour assumer ses propres rôles et responsabilités ▶ Font en sorte que chacun mobilise ses forces et tienne compte de ses limites dans l'exercice de ses rôles et responsabilités au sein de l'équipe ▶ Précisent ensemble les besoins du patient afin qu'il puisse s'acquitter de son rôle au sein de l'équipe de façon optimale ▶ Identifient ensemble les ressources d'aide que le patient peut solliciter pour le soutenir dans l'exercice de ses rôles et responsabilités au sein de l'équipe. |
| 3.2 Exercer leurs rôles et leurs responsabilités au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Clarifient leurs rôles et responsabilités auprès des autres membres de l'équipe, plus particulièrement auprès du patient ▶ Accomplissent les tâches inhérentes à leurs rôles, avec un esprit de complémentarité ▶ Assument leurs responsabilités en s'acquittant de l'ensemble des tâches qui leur sont dévolues, dans un délai raisonnable ▶ Mettent à profit la connaissance des rôles et des responsabilités des autres membres de l'équipe pour évaluer de façon optimale les besoins du patient et y répondre en tenant compte du projet de vie du patient et de ses priorités ▶ Adaptent leurs rôles aux contextes et aux contraintes des différents milieux de soins de santé et de services sociaux. |
| 3.3 Identifier les zones de chevauchement (zones grises) de rôles et responsabilités entre les membres de l'équipe et partager les tâches de façon optimale | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisent les limites de leurs rôles aux autres membres de l'équipe ▶ Agissent en tenant compte du champ d'action des autres membres de l'équipe ▶ Acceptent le soutien apporté par des membres de l'équipe qui possèdent des expertises et des forces complémentaires ▶ Soutiennent les membres de l'équipe dans l'exercice de leurs rôles et responsabilités ▶ Partagent les tâches en tenant compte de la complexité, de la nature et de l'urgence de la situation, ainsi que de la disponibilité, des contraintes et des responsabilités des membres de l'équipe ▶ Utilisent les outils formels disponibles pour le partage des responsabilités et des interventions, notamment le PII. |

4. COMMUNICATION

Description de la compétence

Patient partenaire 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 pour les 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 partenaire participe activement aux échanges qui le concernent, y compris dans les situations d'apprentissage avec des stagiaires et des résidents.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|---|
| | <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> |
| 4.1 Favoriser un climat d'ouverture, de respect et de confiance | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuent à créer un climat de confiance propice à des échanges ouverts, respectueux et honnêtes entre les membres de l'équipe ▶ Communiquent d'égal à égal ▶ Entretiennent avec les membres de l'équipe des échanges exempts de jugements de valeur et adaptés aux caractéristiques démographiques et socioculturelles de chacun, en particulier du patient ▶ Optimisent l'environnement physique afin d'assurer le confort et la sécurité de tous et des échanges en partenariat, dans le respect de la dignité et de la vie privée du patient ▶ Favorisent l'expression des émotions et des préoccupations des membres de l'équipe et y réagissent de façon appropriée ▶ Mesurent l'impact de leurs propos sur leurs interlocuteurs et s'ajustent en conséquence. |
| 4.2 Établir et maintenir une communication fluide, diligente et opportune | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifient le mode de communication à privilégier avec chacun des membres de l'équipe ▶ Tiennent compte de la réceptivité, de la disponibilité et des contraintes des membres de l'équipe au moment où ils leur communiquent de l'information ▶ Répondent aux comportements non verbaux des membres de l'équipe afin d'optimiser la communication. |
| 4.3 Partager l'information pertinente de façon claire, concise et sécuritaire | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Emploient un langage commun à tous et qui soit compréhensible et adapté au patient ▶ Fournissent des informations et des explications claires, exactes et en temps opportun, et s'assurent qu'elles sont comprises de tous, en particulier du patient ▶ Obtiennent, résumant et communiquent toute information pertinente, avec le consentement du patient ▶ Synthétisent à l'intention des membres de l'équipe, aux moments appropriés, l'information pertinente sur l'évolution de la situation du patient, selon leurs perspectives propres ▶ Utilisent de façon appropriée les diverses technologies de l'information et de la communication pour faciliter leurs échanges. |

5. LEADERSHIP COLLABORATIF

Description de la compétence

Patient partenaire et intervenants de l'équipe 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. 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.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|--|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| 5.1 Exercer son leadership dans le respect de celui des autres membres de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Prennent de leur propre initiative la place qui leur revient dans l'équipe ▶ Affirment leurs convictions, dans le respect de celles des autres ▶ Suscitent des opinions ou des suggestions de la part des autres membres de l'équipe ▶ Expriment leurs questionnements face à une décision en voie d'être adoptée ▶ Se montrent tolérants face à l'ambiguïté dans la mesure où la situation ne nuit pas au bien-être, à la santé et aux besoins du patient ▶ Reconnaittent les situations où le leadership d'autres membres de l'équipe doit être favorisé ▶ Soutiennent activement les membres de leur équipe et valorisent leur contribution ▶ Utilisent judicieusement les ressources humaines et matérielles disponibles. |
| 5.2 Mettre à profit ses acquis (scientifiques, professionnels et expérientiels) dans l'exercice de son leadership au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Expriment leurs intentions clairement et avec conviction ▶ Inspirent le respect et l'attention lorsqu'ils prennent la parole ▶ Créent des occasions d'échange et de partage avec les membres de l'équipe sur les connaissances et expériences de leur domaine d'expertise, dont les savoirs expérientiels du patient reliés à la vie avec la maladie ▶ Utilisent une argumentation efficace qui stimule l'intérêt des membres de l'équipe ▶ Adaptent leurs stratégies de persuasion et d'influence en fonction de leurs interlocuteurs. |
| 5.3 Soutenir l'équipe vers l'atteinte de sa mission et de ses objectifs | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Questionnent l'équipe sur sa mission et ses objectifs lorsqu'elle s'en éloigne ▶ Aident l'équipe à structurer ses actions ▶ Initient des actions qui permettent à l'équipe d'atteindre ses objectifs ▶ Suscitent la réflexion de l'équipe pour approfondir la compréhension d'une situation complexe ▶ Initient le questionnement de l'équipe sur son fonctionnement lorsqu'une situation nécessite un ajustement. |

6. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ÉDUCATION À LA SANTÉ

Description de la compétence

Patient partenaire et intervenants de l'équipe 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 évaluent périodiquement les besoins du patient et 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 intégrante de l'équipe. Cette démarche a pour but ultime de permettre au patient partenaire d'améliorer sa qualité de vie et de mener son projet de vie de façon optimale.

N.B.

Bien qu'elle puisse s'exercer dans tous les contextes de soins de santé et de services sociaux, 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 partenaire 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). Elle s'exerce dans le contexte où une personne consulte un intervenant ou une équipe et elle se distingue de l'approche populationnelle, qui est du ressort des équipes de santé publique.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|---|---|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| <p>6.1 Partager une compréhension globale de la situation du patient, de ses maladies et de ses facteurs de risque de maladie et préciser ses besoins prioritaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorent les caractéristiques personnelles, familiales, psychosociales et environnementales du patient ainsi que les facteurs biologiques et génétiques susceptibles d'influencer son état de santé (déterminants de la santé) : <ul style="list-style-type: none"> » besoins » valeurs, croyances » culture, religion, vie spirituelle » revenu, travail » littératie générale et littératie en santé » intérêts et loisirs » environnement de vie et de travail » réseau de soutien familial, social et communautaire ▶ Précisent les forces et les savoirs expérientiels du patient liés à la vie avec la maladie ▶ Clarifient les réactions émotionnelles du patient face à sa situation de santé ▶ Échangent l'information pertinente sur la situation de santé, les maladies du patient et ses facteurs de risque de maladie en s'assurant d'une compréhension réciproque ▶ Identifient le projet de vie du patient et l'impact de sa situation de santé sur la réalisation de ce projet de vie ▶ Identifient ce qui nuit au bien-être du patient et à la réalisation de son projet de vie ▶ Conviennent des besoins prioritaires dans le respect du choix libre et éclairé du patient. |

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|---|---|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| 6.2 Explorer les options thérapeutiques potentielles et préciser les objectifs éducatifs | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Précisent les comportements et attitudes favorables au bien-être physique et émotionnel du patient ▶ Examinent les différentes options thérapeutiques disponibles en fonction du contexte de vie et du réseau de soutien du patient, de même que de ses ressources matérielles et financières ▶ Retiennent les options acceptables et déterminent des objectifs éducatifs en conséquence. |
| 6.3 Planifier et mettre en œuvre un programme éducatif personnalisé | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Formulent un programme personnalisé en se partageant les responsabilités ▶ Développent des stratégies thérapeutiques que le patient peut mettre en œuvre dans son quotidien et qui tiennent compte de ses forces et de ses limites, ainsi que de ses émotions face à sa situation de santé et aux impacts qui en découlent ▶ Identifient les ressources de soutien à mobiliser dans la mise en œuvre du programme ▶ Utilisent des outils personnalisés d'information et de suivi ▶ Intègrent le vécu et l'expérience du patient dans le processus éducatif ▶ Ajustent les interventions éducatives de façon progressive et périodique en fonction du chemin parcouru (les acquis et les difficultés du patient). |
| 6.4 Bâtir progressivement une relation de confiance à travers une continuité informationnelle réciproque | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconnassent la complémentarité de leurs savoirs respectifs ▶ Expriment leurs attentes, leurs besoins et sollicitent l'aide nécessaire ▶ Pratiquent une écoute active et s'ajustent aux résistances de l'autre ▶ Font valoir leurs savoirs dans la communication de l'information (leadership collaboratif) ▶ Créent et maintiennent une dynamique relationnelle qui soutient le développement de la confiance en soi et en l'autre ▶ Assurent un suivi étroit dans les moments critiques de la maladie ▶ Développent la capacité du patient à communiquer l'information pertinente à son milieu familial, social et professionnel sur la maladie et ses impacts. |
| 6.5 Créer une dynamique réflexive face à leur démarche commune | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créent un contexte d'échanges propice pour aider le patient à adapter son projet de vie à sa situation de santé ▶ Se questionnent périodiquement sur les modalités de leur démarche éducative et rajustent leurs interactions en conséquence ▶ Identifient les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre des stratégies ciblées et s'appuient sur les facteurs favorables pour trouver des solutions de rechange. |

7. ÉTHIQUE CLINIQUE

Description de la compétence

Face à un problème éthique, patient partenaire et intervenants de l'équipe 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 peuvent se poser 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).

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|--|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe, face à une situation humaine complexe qui engendre un problème sur le plan éthique :</i> | |
| 7.1 Participer à l'identification des éléments de la situation | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Conviennent de la complexité de la situation et initient une démarche de résolution du problème ▶ Identifient les acteurs concernés par le problème ▶ Décrivent les faits et les émotions liés à la situation et valident les perceptions de chacun ▶ Reconnaissent le pluralisme des valeurs en cause et leur influence sur les perceptions et les comportements de chacun. |
| 7.2 Participer à l'analyse de la situation | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifient les problèmes qui découlent de la description de la situation ▶ Précisent les motivations et les intentions de chacun ▶ Tiennent compte du contexte général, des exigences scientifiques, professionnelles et déontologiques, organisationnelles et gouvernementales (p. ex. lois et normes : consentement libre et éclairé, confidentialité), ainsi que des ressources disponibles dans le choix d'actions pour résoudre la situation ▶ Explicitent les convergences et les divergences de valeurs, de perceptions et d'options de tous les partenaires (patient, intervenants, gestionnaires cliniques, établissement de santé et de services sociaux) ▶ Expriment leurs limites respectives dans le contexte. |
| 7.3 Participer à la résolution de la situation | <ul style="list-style-type: none"> ▶ À partir de l'évaluation des différentes options possibles, s'assurent que le patient choisit celle qui lui semble la plus appropriée dans la situation, et ce, de façon libre et éclairée ▶ Adaptent leurs actions aux préférences du patient, de même qu'à son projet de vie, à ses besoins et à son état de santé ▶ Déterminent si la situation a été résolue dans le meilleur intérêt du patient, avec la participation de tous les partenaires en cause, et dans le respect de la décision qu'il a prise ▶ Si nécessaire, rajustent leurs actions pour la résolution optimale de la situation. |
| 7.4 Participer à un bilan réflexif sur leur démarche | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifient les points forts et les écueils de leur démarche ▶ Participent à une autoévaluation de leurs propres actions et du fonctionnement d'équipe de l'ensemble des partenaires ▶ Si un enjeu récurrent est identifié au moyen de cette situation particulière, identifient les possibilités de faire évoluer le système de santé et de services sociaux ▶ Précisent les apprentissages réalisés de part et d'autre. |

8. PRÉVENTION ET RÉOLUTION DES CONFLITS

Description de la compétence

Patient partenaire et intervenants de l'équipe s'engagent activement dans la prévention et la résolution efficaces 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.

| CAPACITÉS reliées à la compétence | EXEMPLES DE MANIFESTATIONS (comportements et attitudes observables) |
|--|---|
| <i>Patient partenaire et intervenants d'une équipe :</i> | |
| 8.1 Établir et maintenir des relations harmonieuses | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pratiquent l'écoute active et font preuve d'empathie envers les membres de l'équipe, tout en respectant leurs points de vue respectifs ▶ Interagissent de façon constructive et avec tact ▶ Démontrent une ouverture face aux commentaires qui leur sont formulés concernant leurs comportements ou attitudes ▶ Expriment à un membre de l'équipe, <i>s'il y a lieu</i>, leur inconfort face à ses comportements envers eux, en énonçant les faits sans jugement de valeur ▶ Reconnassent et gèrent leurs émotions de façon appropriée en situation de tension ou de désaccord. |
| 8.2 Déceler et désamorcer les situations qui peuvent créer des tensions | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifient, seuls ou en équipe, les tensions ou comportements perturbateurs au sein de l'équipe ▶ Participent à l'analyse de la nature et des sources de ces tensions ▶ Interviennent rapidement et avec tact devant un comportement perturbateur d'un membre de l'équipe ▶ Reconnassent, le cas échéant, leur part de responsabilité dans une situation de tension ▶ Proposent des moyens d'atténuer les tensions lors de différends dans l'équipe ou avec un autre partenaire de soins et de services ▶ Sollicitent, au besoin, l'aide d'une tierce personne pour régler un problème avant qu'il ne dégénère. |
| 8.3 Participer à la résolution des conflits en équipe | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifient leur stratégie naturelle de résolution de conflits ▶ Adaptent leur stratégie de résolution de conflits aux différents contextes ▶ Participent à la description du conflit à résoudre ▶ Départagent les similitudes et les différences entre les points de vue des membres de l'équipe, avec un souci de compréhension mutuelle ▶ Se mobilisent pour rechercher activement et proposer des solutions appropriées à la situation ▶ Participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action pour résoudre le conflit ▶ Se réfèrent à la personne en autorité ou à toute personne ressource appropriée, en cas d'échec du plan d'action dans une situation conflictuelle complexe. |

PRINCIPALES SOURCES DOCUMENTAIRES

RÉFÉRENTIELS DE COMPÉTENCES

- Boucher, A., Ste-Marie, L.-G. (2013). *Pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences : cadre de formation*. Montréal, Québec : Les Presses du CPASS, Université de Montréal.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Le référentiel de compétences CanMeds 2015 pour les médecins* (Série IV). Repéré à http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). *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 sur l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Direction collaboration et partenariat patient. (2015). *Référentiel de compétences des patients*. Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Englander, R., Cameron, T., Ballard, A. J., Dodge, J., Bull, J. et Aschenbrenner, C. A. (2013). Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(8), 1088-1094. [doi:10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b)
- Frank, J.R. et Brien, S. (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. (2008). *Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa, Ontario : Institut canadien pour la sécurité des patients. Repéré à <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C. : Interprofessional Education Collaborative. Repéré à www.aacp.org/resources/education/Documents/10-242IPECFullReportfinal.pdf
- Nagels, M. et Moutet, A. L. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches & éducations*, (9), 99-115. Repéré à <http://rechercheseducations.revues.org/1768>
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). *Medical leadership competency framework: Enhancing engagement in medical leadership* (3^eéd.). NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, Coventry : University of Warwick.

CLARIFICATION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

Baxter, S. K. et Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 239-251.

[doi:10.1080/13561820802054655](https://doi.org/10.1080/13561820802054655)

Berlin, J. W. et Lexa, F. J. (2007). Negotiation techniques for health care professionals. *Journal of the American College of Radiology*, 4(7), 487-491.

[doi:10.1016/j.jacr.2006.12.015](https://doi.org/10.1016/j.jacr.2006.12.015)

Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., ... Beaulieu. (2014). Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study, *Nursing Research and Practice*, 2014, e170514. [doi:10.1155/2014/170514](https://doi.org/10.1155/2014/170514)

Lebel, P. et Massé-Thibaudeau, G. (1999). *Programme de formation à l'interdisciplinarité - Cahier de formation pour les formateurs*. Montréal, Québec : Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Macdonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E. et Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238-242. [doi:10.1016/j.nepr.2009.11.012](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012)

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51. [doi:10.1080/13561820802338579](https://doi.org/10.1080/13561820802338579)

COMMUNICATION

Haute Autorité de Santé. (2014). *Guide « Saed : ça aide à communiquer » : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé*. Sécurité du patient. Saint-Denis La Plaine, France : HAS.

Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

Richard, C. et Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé*. (2^e éd.). Montréal, Québec : Pearson Erpi.

Ruszniewski, M. et Rabier, G. (2015). *L'annonce : dire la maladie grave. Pour une parole qui accompagne*. Paris, France : Dunod.

Saint-Arnaud, Y. (1989). *Les petits groupes, participation et communication* (2^e éd.). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal, Les Éditions du CIM.

Saint-Arnaud, Y. (1995). *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ÉDUCATION À LA SANTÉ

de la Tribonnière, X. (dir.). (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique en équipe*. Paris, France : Masson Elsevier.

- Direction collaboration et partenariat patient. (2015). *Référentiel de compétences des patients*. Montréal, Québec : Faculté de médecine, Université de Montréal.
- d'Ivernois, J.-F., Gagnayre, R. et les membres du groupe de travail de l'IPCEM. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 3(2), S201-S205. doi:10.1051/tpe/2011103
- Foucaud, J., Balcou-Debussche, M. (dir.). (2008). *Former à l'éducation du patient : quelles compétences? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis, France : INPES, coll. Séminaires. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1151.pdf>
- Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou-Debussche, M., Eymard, C. (dir.). (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis, France : Inpes, coll. Santé en action. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Mieux vivre avec votre asthme. L'éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/mieux_vivre_avec_son_asthme_2008-07-15_15-59-23_222.pdf
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique*, 19(4), 271-282. doi : 10.3917/spub.074.0271
- Organisation mondiale de la santé – Bureau régional pour l'Europe. (1998). *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé? *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 38-43. doi : MMM-02-2010-4-1-1957-2557-101019-201000092

ÉTHIQUE CLINIQUE

- Cousineau, J. et Payot, A. (2014). Développement de l'éthique clinique au Québec. Dans M. Bourassa-Forcier et A.-M. Savard (dir.), *Droit et politiques de la santé* (p. 433-474). Montréal, Québec : Lexis Nexis Canada Inc. Repéré à <http://www.lexisnexis.com/ca/legal/results/renderTocBrowse.do?rand=1455639040579&csi=424279&pap=srkdir>
- Farmer, Y., Bouthillier, M.-È. et Roigt, D. (dir.). (2013). *La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Payot, A., Janvier, A. et Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (2015). *Éthique clinique: un guide pour aborder la pratique*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé: guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

LEADERSHIP COLLABORATIF

Arroliga, A. C., Huber, C., Myers, J. D., Dieckert, J. P. et Wesson, D. (2014). Leadership in Health Care for the 21st Century: Challenges and Opportunities. *The American Journal of Medicine*, 127(3), 246–249. doi:10.1016/j.amjmed.2013.11.004

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

Blais, A.-R. et Sinclair-Desgagné, B. (2002). *Le leadership en 3C : Capacités, conduite, circonstances (CIRANO Burgundy Reports)*. CIRANO.
Repéré à <http://econpapers.repec.org/paper/circirbur/2002rb-04.htm>

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : engagement et leadership*. Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Rapport_engagement_et_leadership.pdf

Denis, J.-L. et coll. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances*. Montréal, Québec : AQESSS.

Jonas, S., McCay, L. et Keogh, B. (2011). The Importance of Clinical Leadership. Dans T. Swanwick et J. McKimm (dir.). *ABC of Clinical Leadership*. Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell, BMJ Books.

Luc, É. (2004). *Le leadership partagé : modèle d'apprentissage et d'actualisation*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/Doc?id=10176837>

Markiewicz, L. et West, M. (2011). Leading and Improving Clinical Services. Dans T. Swanwick et J. McKimm (dir.). *ABC of Clinical Leadership*. Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell, BMJ Books.

Rosenman, E. D., Shandro, J. R., Ilgen, J. S., Harper, A. L. et Fernandez, R. (2014). Leadership Training in Health Care Action Teams: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 89(9), 1295-1306. doi:10.1097/ACM.0000000000000413

PLANIFICATION, MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DES SOINS DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

- Berger, P. (2003). *La problématique du plan de services de la personne: état de situation*. Drummondville, Québec: Office des personnes handicapées du Québec.
- Bonin, L., Lebel, P., Somme, D. et coll. (2005). *Cadre de référence sur la planification des services*. Québec, Québec: Rapport du Groupe de travail du comité scientifique OÉMC du MSSS.
- 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). *Caractéristiques des différents types de plans: aide-mémoire*. Québec, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Comité avisé sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-703.pdf>

TRAVAIL D'ÉQUIPE

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf
- Solar, C. (2001). *Équipes de travail efficaces: savoirs et temps d'actions*. Montréal, Québec: Les éditions LOGIQUES.
- Lebel, P. et Massé-Thibaudeau, G. (2006). *Programme de formation à l'interdisciplinarité – Cahier de formation pour les formateurs*. Montréal, Québec: Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Mickan, S. M. et Rodger, S. A. (2005). Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 358–370. [doi:10.1080/13561820500165142](https://doi.org/10.1080/13561820500165142)
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). [doi:10.1186/1478-4491-11-19](https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19)

PRÉVENTION ET RÉOLUTION DES CONFLITS

Audétat, M.-C. et Voirol, C. (1998). *Attitudes dans les conflits*. Neuchatel, Suisse : Psynergie.

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). *Pratique collaborative : engagement et leadership*. Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Rapport_engagement_et_leadership.pdf

Carré, C. (2009). *50 exercices pour résoudre les conflits sans violence*. Paris, France : Groupe Eyrolles.

Conseilrh.ca. (s.d.). *Un milieu de travail convivial. Résolution de conflits*. Repéré à <http://hrcouncil.ca/info-rh/milieux-de-travail-conflits.cfm>

Couzon, É. et Dorn, F. (2005). *Apprivoisez les conflits pour améliorer votre vie*. Collection Guid'Utile, Paris, France : Librairie Vuibert.

ANNEXE 1 : NOTIONS À PRÉCISER SUR LES PLANS D'INTERVENTION ET DE SERVICES

La planification des soins et des services se réalise à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention ou de services par le patient partenaire et les intervenants.

A. 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).

B. 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 celles du 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 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 et 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 expérimentiels 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 :

1. la préparation
2. l'élaboration
3. la mise en œuvre
4. le suivi

C. 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). 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 vers une autre étape de soins et de services. Dans ce 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.



ANNEXE 2 : VUE D'ENSEMBLE DES COMPÉTENCES RELIÉES À LA PRATIQUE COLLABORATIVE ET AU PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Patient partenaire et intervenants d'une équipe développent les compétences et les capacités suivantes :

