



Éducation à la
collaboration interprofessionnelle
centrée sur le patient

Université 
de Montréal

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE


CHUM CENTRE HOSPITALIER DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

 **Hôpital Maisonneuve-Rosemont**
Centre affilié à l'Université de Montréal

Vers la création de milieux exemplaires d'apprentissage et de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients atteints de maladies chroniques par la mise en place de communautés de pratique.

**Rapport Final soumis à Santé Canada :
Phase I du projet ECIP**

**Soubhi H, Lebel P, Lefebvre H, Poissant L,
Bouchard JF, Rioux S, Bouchard L**

Novembre 2008

Remerciements

Nous tenons à remercier, pour leur contribution financière, leur expertise et leurs efforts dans le développement de nouvelles connaissances dans la formation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient, les organisations suivantes :

- l'Université de Montréal
- l'Université de Sherbrooke
- le Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- le Centre de santé et des services sociaux de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent
- l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- le Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA), Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal
- la Fondation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Ce projet a été rendu possible grâce à une contribution financière du *Programme de contribution dans le cadre des politiques et des stratégies en matière de soins de santé* de Santé Canada.

Un remerciement particulier est adressé aux patients et aux proches des milieux cliniques ayant participé au projet, pour la générosité avec laquelle ils nous ont fait part de leurs expériences vécues de maladies chroniques.

Liste des personnes ayant contribué au projet

Université de Montréal

Centre d'études et de formation en enseignement supérieur

André Laflamme, technopédagogue

Faculté de médecine

Marie-Dominique Beaulieu, professeure, département de médecine familiale

Jean-François Bouchard, coordonnateur général ECIP

Luc Bouchard, agent de recherche ECIP

Andrée Boucher, professeure, département de médecine; présidente du Conseil central des compétences, CPASS

Christine Colin, vice-doyenne secteurs santé publique, sciences de la santé et relations internationales

Serge Daneault, professeur, département de médecine familiale

Élisabeth Dutil, professeure, École de réadaptation

Driss Kazi Tani, coordonnateur des nouvelles technologies de l'éducation, CPASS

Raymond Lalande, ex-vice-doyen aux études médicales de premier cycle, à la formation professionnelle continue et au développement de l'enseignement

Michèle Lalonde, professionnelle de recherche ECIP

Faculté de pharmacie

Johanne Collin, professeure

Claude Mailhot, ex-vice doyenne aux études

Paule Lebel, professeure, département de médecine familiale; ex-directrice de la formation pédagogique, CPASS

Marielle Ledoux, professeure, département de nutrition

Lise Poissant, professeure, École de réadaptation

Richard Ratelle, professeur, département de chirurgie; directeur du Secteur « Technologies et outils d'enseignement et apprentissage », CPASS

Lorraine Riopel, informationniste ECIP

Sonia Rioux, professionnelle de recherche ECIP

Jean Rouleau, doyen

Évelyne Sauvé, agente de recherche ECIP

Louise St-Denis, responsable de formation clinique, département de nutrition

Monika Szpotowicz, agente de recherche ECIP

Robert Thivierge, professeur, département de pédiatrie; ex-vice doyen adjoint à la formation professionnelle continue

Louise Mallet, professeure

Pierre Moreau, doyen

Huy Ong, ex-doyen par intérim

Chantal Pharand, vice-doyenne aux études

Faculté des arts et des sciences

Claude Larivière, professeur, École de service social

Sylvie Normandeau, ex-vice-doyenne aux études

Faculté des sciences infirmières

Danielle D'Amour, professeure

Francine Gratton, vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche

Girard Francine, doyenne

Hélène Lefebvre, professeure

Johanne Goudreau, vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue

Marie-Josée Levert, agente de recherche et chargée d'enseignement

Céline Goulet, ex-doyenne

Jacinthe Pépin, ex-vice-doyenne aux études

Vice-rectorat

Nicole Maestracci, ex-vice-rectrice adjointe aux affaires institutionnelles

Maryse Rinfret-Raynor, ex-Provost et vice-rectrice – Affaires académiques

Université de Sherbrooke

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Hassan Soubhi, professeur, département de médecine de famille

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

André Allard, adjoint aux ressources pédagogiques

Julie Cloutier, infirmière soignante

Joseph Ayoub, ex-directeur de l'enseignement

Marie-Josée Dupuis, directrice de l'enseignement

Audrée-Anne Belhumeur, physiothérapeute

Josée Filion, gériatre

Sophie Bergeron, ergothérapeute

Linda Gariépy, infirmière clinicienne

Lucie Boucher, gériatre et coordonnatrice locale ECIP

Lucie Iasenza, infirmière de suivi clientèle âgée

Lina Bruneau, infirmière clinicienne

Catherine Kissel, gériatre

Sylvie Lafrenière, infirmière spécialisée en clientèle âgée

Esther Lalonde, nutritionniste

Chantal Laporte, préposée aux bénéficiaires

Judith Latour, gériatre, chef du service de gériatrie

Serge Leblanc, directeur général par intérim

Nathalie Lepage, infirmière de suivi clientèle âgée

Brigitte Maheux, ergothérapeute

Linda Mailhot, infirmière chef

Nicole Mercier, infirmière chef

Renée Monette, diététiste

Sylvie Morin, travailleuse sociale

Francine Ouimet, infirmière de suivi clientèle âgée et coordonnatrice locale ECIP

Luce Pepin, infirmière de suivi clientèle âgée

Tu Pham, pharmacienne

Cynthia Prince, travailleuse sociale

Christine Roberge, adjointe à la directrice de l'enseignement

Janik Robidoux, neuropsychologue

Denis Roy, ex-directeur général

Monique Saint-Martin, gériatre

Chantal Simard, travailleuse sociale

Mariejo Simard, pharmacienne

Christiane Turcotte, infirmière

Carine Vadeboncoeur, infirmière chef

Thien Tuong Minh Vu, gériatre

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Monique Bernard, infirmière clinicienne

Jacques Bernier, directeur de l'enseignement

Donald Breton, endocrinologue

Daniel Caron, endocrinologue, chef du service d'endocrinologie

Louise Châteauvert, directrice des soins infirmiers

Rose-Myrlande Derose, agente administrative

Carole Deschambault, directrice générale

Louis Deschamps, chef clinico-administratif du programme-clientèle de médecine

Paul Dubé, ex-adjoint au directeur de l'enseignement

Carole Dulude, chef d'unité 9 CD et centre de diabétologie

Céline Durocher, diététiste

Monique Lascelle, infirmière et ex-coordonnatrice locale ECIP

Hélène Lauzon, chef bibliothécaire, informationniste

Odette Roy, adjointe à la Direction des soins infirmiers, volets clinique et recherche

Manon Sarrazin, infirmière clinicienne

Maryse St-Onge, directrice des services multidisciplinaires

Stéphane Tardif, infirmier clinicien

Pascale Therrien, pharmacienne

Guylaine Tremblay, adjointe au directeur de l'enseignement

Isabelle Tremblay, pharmacienne et coordonnatrice locale ECIP

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Michel Bichai, médecin omnipraticien

Suzie Savard, gestionnaire de l'information électronique

Louise Bourbonnais, bibliothécaire

Michèle Sirois, responsable des productions audiovisuelles

André Gamache, responsable des services multimédia

Vuk Stojanovic, agent administratif

Luce Gosselin, chargée de projet technopédagogique

Monika Szpotowicz, agente de recherche ECIP

Paule Lebel, directrice du Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants

Bénévoles

Nicole Blain, patiente bénévole

Jean-Paul Czitrom, médecin omnipraticien

René Blain, proche bénévole

Dolfino Lago, comédien bénévole

Consultants

Jean-François Cabana, graphiste-intégrateur Web, Dygytall Productions

Jean Lefrançois, réalisateur vidéo

Jean-François Hamelin, monteur vidéo, Les films Reverber

Marie-Josée Paquette, consultante en communauté de pratique

Table des matières

PRINCIPAUX MESSAGES	12
SYNTHÈSE	13
Contexte	16
Les maladies chroniques : un défi interprofessionnel, organisationnel, et éducatif	16
L'intégration de l'apprentissage à la pratique clinique : une solution à développer	16
Objectifs généraux du projet	17
Approche	17
Phases de développement et d'évaluation du projet	17
Milieux cliniques partenaires du projet	19
Partenariat des CdeP	21
Méthodologie de collecte des données	21
Difficultés pour organiser et mener l'évaluation, et solutions apportées	22
Résultats clés et leçons apprises	22
Résultats selon les dimensions de l'interprofessionalité dans les CdeP	23
Thème mobilisateur et Entreprise commune	23
Formalisation et apprentissage émergent de la pratique	23
Valeurs et prédispositions	24
Gestion des connaissances	24
Leadership	25
Coordination relationnelle	25
Confiance et cohésion	26
Autres leçons apprises	26
CdeP comme innovation dans le système de soins	26
Avantages pour le système de soins	27
Expérience des dispensateurs de soins	27
Expérience des patients	28
Partenariat avec les patients et les proches	28
Changement de paradigme dans la formation : vers le patient-partenaire	30
Expérience des formateurs	30
Avantages inattendus	33

Communication et diffusion de l'information.....	35
Communication interne	35
Communication externe	35
Activités de communication et de diffusion en développement.....	38
Pour une pérennité	38
Efforts engagés pour augmenter les chances de pérennité.....	38
Vision d'avenir pour le projet ECIP et ses suites	39
Recommandations.....	40
Références	42
Documents disponibles sur demande	44

Liste des tableaux

Tableau I. Méthodologie de collecte des données	21
Tableau II. Changements apportés à la stratégie de développement des CdeP au fur et à mesure du déroulement du projet	31
Tableau III. Recommandations issues de l'évaluation de la phase I du projet ECIP.....	40

Liste des figures

Figure 1 : Séquence des phases de développement et d'évaluation du projet ECIP 18

Liste des abréviations

CESPA	Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants
CPASS	Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CdeP	Communauté de pratique
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
ECIP	Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
GMF	Groupe de médecine familiale
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UMF	Unité de médecine familiale
UdeM	Université de Montréal

PRINCIPAUX MESSAGES

Les communautés de pratique (CdeP) dans les milieux cliniques peuvent devenir un outil majeur de développement professionnel continu, de formation des futurs professionnels de la santé, et d'amélioration de la qualité des services centrés sur les patients et les proches. Nos données de recherche évaluative de la Phase I du projet ECIP montrent les faits suivants :

1. Il est possible d'intégrer une démarche évaluative formative à l'action des cliniciens.
2. Le développement de CdeP peut apporter un changement dans la structure de l'équipe de soins et dans la dispensation des soins.
3. L'approche CdeP favorise le travail des équipes cliniques sur des problèmes jugés prioritaires pour les cliniciens, pour les patients et leurs proches et pour les gestionnaires. De ce fait, elle favorise un développement professionnel continu plus près des réalités de la pratique.
4. Du fait de la décentralisation de la prise de décision clinique et organisationnelle, cette approche est susceptible de favoriser l'imputabilité des équipes et faciliter un mouvement de partenariat avec les patients et les proches, essentiel dans la gestion des maladies chroniques.
5. Une approche réflexive solide dans une CdeP peut amener les cliniciens à se questionner sur les meilleurs outils à développer et favoriser l'intégration de données probantes dans la pratique clinique. Elle permet de ce fait l'émergence de nouveaux savoirs et modes de soins suite à la mise en œuvre d'une pratique réflexive régulière.
6. La mise en place de processus de coordination relationnelle et de gestion des connaissances parmi les professionnels est essentielle.
7. La fonction d'informationniste devrait être développée et testée en milieu clinique.
8. Par l'augmentation de la satisfaction des professionnels et de leur capacité à développer leur pratique, cette approche pourrait favoriser la rétention des professionnels.
9. Les professionnels doivent être formés à l'approche centrée sur le patient et ses proches (formation initiale et continue) qui diffère de l'approche bio-médicale et doit inclure l'éducation thérapeutique.
10. Il est possible d'impliquer des gestionnaires de niveau intermédiaire dans le suivi du travail et de la valeur ajoutée d'une CdeP.
11. Le modèle CdeP pourrait être adopté par plusieurs équipes cliniques d'un même établissement. Il faut cependant faire l'effort d'identifier les noyaux motivés de professionnels et leur donner les ressources requises.

SYNTHÈSE

Deux milieux cliniques ont participé à la Phase I du projet ECIP et ont accepté chacun de développer une CdeP : l'équipe de gériatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre de diabétologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Au terme de la Phase I, l'évaluation formative du projet nous permet de retenir les conclusions suivantes :

Le développement de CdeP peut apporter un changement dans la structure de l'équipe de soins et dans la dispensation des soins. Durant le projet, les membres des CdeP se sont appliqués à des *rencontres mensuelles de pratique réflexive, des séances de formation à la collaboration intégrée au développement de la CdeP, des ateliers de travail réguliers en sous groupes, et des séances de retours d'évaluation formative*. Ces séances utilisaient les résultats d'analyse de données qualitatives et quantitatives, collectées auprès des participants et ont permis de suivre les changements des pratiques interprofessionnelles.

Le développement de CdeP a été tributaire du **choix d'une thématique de travail jugée prioritaire** pour le groupe de professionnels, les patients, et les gestionnaires. Les participants étaient nombreux à relater qu'un projet-cible réellement centré sur la personne et ses proches favorise l'implication des membres et que ce but commun rallie les professionnels et facilite la confiance aux co-équipiers.

Nos observations révèlent qu'en début de ralliement en CdeP, la hiérarchie semble menacer l'expression de tous. Toutefois, un projet-cible rassembleur permet de dépasser ce frein majeur et stimuler l'échange d'idées et de points de vue. En fait, autant les observations que les propos recueillis auprès des participants démontrent que l'implication de membres figurant au bas de la hiérarchie professionnelle (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, agente de bureau) semble donner tout son sens au travail en CdeP dans le domaine de la santé.

Parmi les facteurs qui ont facilité le développement de CdeP figurent des valeurs qui doivent être partagées par les membres : confiance, tolérance, et respect. L'importance de la mise en commun de l'expérience (observations – actions) de chaque profil professionnel est fréquemment mentionnée du fait qu'elle représente une source de motivation à la collaboration.

D'autres facteurs qui ont facilité le projet incluent **des aspects contingents aux équipes cliniques**. Ainsi, l'équipe du CHUM travaillant dans le domaine de la gériatrie, bénéficiait d'une formation antérieure à l'interdisciplinarité et d'un leadership médical très présent qui croyait dans l'efficacité de l'approche du projet. À HMR, le projet a bénéficié de la présence de personnes-ressources disponibles qui croyaient également au projet. Un obstacle important est à noter pour HMR : le leadership médical ne s'est pas exprimé de façon optimale, mais ceci n'a pas empêché le développement très fructueux de la CdeP et l'atteinte de la priorité de travail qu'elle s'était fixée.

Des facteurs organisationnels ont été également essentiels au succès du projet. Dans les deux établissements, des orientations stratégiques appuyaient le développement de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes des « programmes clientèles », l'approche centrée sur le patient, et l'amélioration continue de la qualité et la sécurité du patient. De plus, dès l'étape de préparation du projet, les responsables universitaires ont entretenu, de par la nature éducative du projet, des liens étroits avec les directions de l'enseignement, les chefs de programme, les bibliothèques des milieux cliniques participant au développement de CdeP. Le travail

d'information et d'organisation amorcé avec ces cadres supérieurs (directeurs de l'enseignement, gestionnaires administratifs et cliniques) s'est concrétisé lorsque les hôpitaux impliqués dans le projet ont accepté de dégager à mi-temps la professionnelle qui assumerait le rôle de coordination locale. Finalement, tout au long du projet, un suivi continu fut exercé auprès des directeurs de l'enseignement et des gestionnaires, ce qui permit non seulement de gérer efficacement les différentes situations de crise, mais aussi d'entamer un travail en profondeur pour envisager le développement et l'évaluation de CdeP additionnelles dans d'autres services cliniques du CHUM et de HMR.

La mise en place de processus de coordination relationnelle et de gestion des savoirs et connaissances des professionnels est essentielle. Les propos des participants révèlent plusieurs éléments déterminants eu égard à ces processus :

- La tenue de rencontres de pratique réflexive régulières facilite la gestion des connaissances. Ces rencontres offrent la possibilité aux divers professionnels d'exprimer leurs différences de vision ainsi que les craintes de duplication des efforts et de perte de monopole sur une action. Toutefois, il paraît difficile d'y parler de problèmes et de conflits quand ils surviennent; d'y exprimer les irritants lorsqu'ils se présentent. Un besoin de soutien paraît essentiel pour ce faire. De plus, la communication en petits groupes ($n < 8$) paraît nettement plus facile et s'avère très appréciée comparativement à la communication en grand groupe ($n > 8$) qui nécessite plus d'effort de coordination. Enfin, le besoin d'organisation et de structure dans les échanges de groupe révèle l'importance de bien définir les rôles d'informationniste, de coordonnateur et de leader et que ceux-ci soient bien assumés par des personnes différentes. Un animateur du travail réflexif de groupe semble essentiel. Cette personne permet de garder le focus, stimule le groupe, et s'assure de transmettre les connaissances essentielles.
- Une plate-forme Web présentant un espace « bibliothèque » rassemblant des articles scientifiques bien classés et résumés (pour ceux qui manquent de temps) est fortement appréciée. Le besoin d'articles scientifiques s'adressant à des profils professionnels autres qu'infirmières ou médecins est important lorsqu'il s'agit de CdeP aux profils professionnels diversifiés.
- Le forum d'échanges en ligne (virtuel) est apprécié et utilisé lorsque les membres de la CdeP évoluent sur plus d'un site géographique. Somme toute apprécié, le forum d'échanges demeure une ressource exigeante (l'écrit et non le parlé, le caractère réfléchi plutôt que spontané) qui de sûr croit requiert parfois une formation préalable, notamment pour les membres n'étant pas familiers avec les technologies de l'information et de la communication (TIC). Soulignons à cet effet que s'ajoutant à l'inexpérience avec les TIC, la difficile gestion du temps qui prévaut dans le domaine de la santé nécessite un forum d'échanges à l'interface conviviale, où tout est accessible en peu de clics, où les différents niveaux d'échanges (en réponse à :) sont facilement repérables, et où l'expéditeur et le récepteur sont facilement identifiables.
- Une formation arrimée au développement de la thématique de travail prioritaire paraît mieux adaptée aux besoins des intervenants du milieu hospitalier qu'une formation préalable aux concepts de la collaboration interprofessionnelle. Les contenus de la formation viendraient ainsi répondre aux réalités de la pratique (contenu répondant à une difficulté rencontrée, illustrant une étape accomplie, répondant à un besoin de connaissance

émérgent, etc.). Ultiment, l'apprentissage de la CdeP se concrétise dans les outils développés. De plus, l'élaboration d'outils pour aider la transmission des informations entre divers professionnels ou entre les professionnels et les proches d'un patient paraît stimulante et rassembleuse, en plus d'être perçue rassurante et utile.

- Enfin, des activités rassembleuses à caractère social sont souhaitées afin de faire connaissance préalablement à la collaboration. L'interdépendance entre les intervenants est de plus en plus admise au fur et à mesure de l'éclosion de la CdeP et plusieurs membres estiment avoir développé de nouvelles alliances.

Comme innovation dans le système de soins, l'intégration au fonctionnement en CdeP de l'approche réflexive et de l'approche centrée sur le patient semble essentielle. Elle doit comporter un encadrement des équipes pour implanter ce mode de fonctionnement de manière durable. Par exemple, par la prise en charge de la pratique réflexive dans les équipes par un leader – possiblement un leadership émergent et changeant en fonction de la tâche choisie.

Spécifique au projet, cette innovation aura notamment favorisé **l'implantation accélérée du curriculum interfacultaire sur la collaboration interprofessionnelle et les maladies chroniques au sein des facultés des sciences de la santé de l'Université de Montréal.** Le projet a suscité chez les doyens des facultés de médecine (qui regroupe médecine, réadaptation, nutrition, orthophonie et audiologie), de sciences infirmières et de pharmacie un vif intérêt pour la formation interprofessionnelle interfacultaire. Leur appui inconditionnel, basé sur les succès du projet ECIP et des travaux du Conseil interfacultaire de collaboration, a permis de formuler une demande conjointe des trois facultés au vice-rectorat aux affaires académiques de l'UdeM afin d'adapter le contenu de la formation en ligne ECIP pour l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient et ses proches.

Vision d'avenir pour le projet ECIP et ses suites

Les directeurs du projet comptent déposer de nouvelles demandes de fonds aux organismes subventionnaires pour ainsi entamer la Phase II du projet ECIP telle que présentée dans le protocole déposé à Santé Canada à l'été 2005. Cette phase comprendrait le déploiement de CdeP dans des services de première ligne, ainsi que des activités de formation clinique interprofessionnelle, dans de nouveaux milieux (par exemple : au CSSS Sud de Lanaudière et à l'Agence de santé et des services sociaux de Chicoutimi). Dans un horizon de cinq ans, nous envisageons des CdeP implantées de façon durable dans les réseaux de services intégrés. En plus de rassembler des cliniciens et des gestionnaires, nous prévoyons des CdeP centrées sur le patient et ses proches, qui intègrent en leur sein des patients experts (patients-partenaires), capables de partager leur expérience personnelle des soins de maladies chroniques et ainsi d'alimenter la réflexion des professionnels de la santé sur les aspirations et les besoins réels des patients.

Contexte

Les maladies chroniques : un défi interprofessionnel, organisationnel, et éducatif

Les maladies chroniques constituent la principale cause de l'utilisation des services de santé, d'invalidité et de décès au niveau mondial.¹ Les patients atteints de maladies chroniques sont de plus en plus âgés, d'origine culturelle variée et souffrent de maladies à forte détermination sociale, comportementale et environnementale.²

Pour gérer la complexité des soins de maladies chroniques, plusieurs auteurs préconisent une approche interprofessionnelle visant à : 1) mieux connaître le patient, ses caractéristiques, son environnement et ses stratégies d'auto-soins;^{3 4} 2) élaborer des plans de soins interprofessionnels guidés par des objectifs spécifiques décidés de commun accord avec le patient et/ou ses proches ;^{5 6 7} et 3) développer des stratégies de changement progressif permettant de travailler de façon graduelle et continue à l'amélioration des services en s'appuyant sur des outils et des méthodes spécifiques de changement.⁸⁻¹⁰

De nombreux efforts inspirés de cette approche ont été mis en œuvre ces dernières années.^{2 11 12} Cependant, peu d'efforts sont consacrés à leur intégration dans la formation initiale et dans la formation continue.^{13 14 15 16} La formation des professionnels et la structuration des services de santé demeurent en fait inadéquates pour répondre aux besoins grandissants de patients atteints de maladies chroniques qui doivent vivre avec leurs maladies pour plusieurs décennies voire l'entièreté de leurs vies.¹⁷⁻¹⁹

L'intégration de l'apprentissage à la pratique clinique : une solution à développer

Une approche privilégiée pour l'atteinte des objectifs d'intégration de l'apprentissage et de la pratique est celle du développement et de l'implantation de **CdeP**.^{20 21} Wenger définit une CdeP comme un groupe de personnes qui partagent un intérêt dans un domaine d'activité humaine et qui s'engagent ensemble dans un processus d'apprentissage collectif qui permet de créer des liens entre eux.²¹

Une CdeP se structure autour de trois composantes : un **groupe** d'individus reliés entre eux (par ex. médecins, infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, nutritionnistes), un **domaine** d'activité (par ex. maladies chroniques), et une **pratique** commune — effort conjoint pour explorer des problématiques communes, partager des solutions à des problèmes quotidiens et rechercher des opportunités pour élever les standards de service (e.g. soins des maladies chroniques centrées sur le patient).²¹ Dans la pratique, le modèle typique de CdeP définit une équipe de professionnels au travail où se joignent à la fois l'organisation du travail et l'apprentissage interprofessionnel continu (personnel et collectif) de ces mêmes professionnels.^{21 22} La présence d'un informationniste²³ facilite la circulation de l'information et la gestion des connaissances (*knowledge management*) à l'intérieur du groupe ; de plus, une approche de pratique réflexive²⁴ animée par un coordonnateur désigné par le groupe amène toute l'équipe vers une démarche d'ajustement constant des pratiques cliniques ainsi que vers la construction d'une solide mémoire collective. Un important apport des échanges entre les membres, à la fois au niveau des connaissances tant explicites que tacites ainsi qu'au niveau des expertises, est facilité par un environnement Web spécifique²⁵ qui est animé par l'informationniste.

Ce modèle opérationnel de CdeP implique un cycle où chaque membre est invité à inscrire (papier-crayon ou Web) les enjeux/items qui interpellent sa pratique au quotidien (niveau clinique, niveau de l'équipe, niveau organisationnel), créant ainsi un répertoire actif de la vie au travail de l'équipe interprofessionnelle. L'informationniste enrichit le processus de réflexion du groupe dont le coordonnateur désigné assure la gouverne à travers des réunions formelles et informelles et les interactions dans l'espace virtuel. Dans son ensemble, le groupe maintient le cap sur des priorités collectivement identifiées. Le portail Web de la CdeP (type intranet) offre un collecticiel (*groupware*) comportant trois éléments de base : 1- zone de communication (type *whiteboard*) ; 2- bibliothèque commune du groupe (références et répertoire des protocoles cliniques ajustés par le groupe); 3- calendrier collectif des activités de l'équipe.

En résumé, le modèle CdeP constitue une intervention au niveau organisationnel et de fonctionnement des équipes²⁶ qui commence actuellement à trouver application dans les services de santé. Dans la réalité de la pratique quotidienne, les professionnels sont rassemblés afin de partager et d'apprendre les uns des autres en face à face et à travers une structure virtuelle. Chacun des groupes ainsi créés se constitue un portefeuille d'activités ou de capacités à développer relatives à des problèmes récurrents, au développement d'outils cliniques génériques, ou à des activités menées conjointement avec d'autres structures ou équipes de l'organisation hospitalière qui les abrite. Conduits par leur intérêt pour l'amélioration des soins de leurs clientèles spécifiques, ces professionnels sont encouragés à partager leurs problèmes, expériences, modèles, outils, et meilleures pratiques. À travers leurs interactions continues, ces professionnels peuvent ainsi développer leur solidarité et confiance mutuelle, de meilleures pratiques collaboratives, et approfondir leurs connaissances et compétences.^{21 27} Un tel modèle de pratique favorise l'intégration des soins interprofessionnels et pourrait permettre de centrer la démarche globale de ces soins sur le patient.²⁸ Il pourrait également faciliter l'évaluation et le développement de mesures d'impact des ajustements de pratique institués dans un souci constant de maintien de la qualité.

Objectifs généraux du projet

- Développer parmi un groupe d'universitaires, de professionnels de milieux cliniques et d'étudiants de deuxième et troisième cycles des compétences à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient dans le domaine des maladies chroniques;
- Développer, implanter et évaluer des CdeP en milieu clinique;
- Identifier et évaluer les composantes efficaces des CdeP afin d'implanter et d'évaluer le modèle des CdeP dans d'autres équipes cliniques dans le domaine de la gestion des maladies chroniques.

Approche

Phases de développement et d'évaluation du projet

Du fait de sa complexité, l'intervention proposée dans ce projet doit être évaluée de manière méthodique et rigoureuse pour pouvoir la développer, la documenter, la reproduire, et l'appliquer

dans la pratique clinique²⁹⁻³¹ L'évaluation du projet ECIP poursuit ainsi deux buts : un premier but formatif, qui vise à favoriser le développement et l'implantation dans des milieux cliniques de CdeP dédiées à l'apprentissage et au développement de pratiques collaboratives interprofessionnelles. Le second but, à plus long terme, vise à poursuivre l'évaluation du modèle de CdeP qui sera implanté dans d'autres milieux cliniques à la phase II (Figure 1). Cette évaluation suivra les différentes phases du modèle d'évaluation des interventions complexes www.mrc.ac.uk³⁰

Figure 1 : Séquence des phases de développement et d'évaluation du projet ECIP

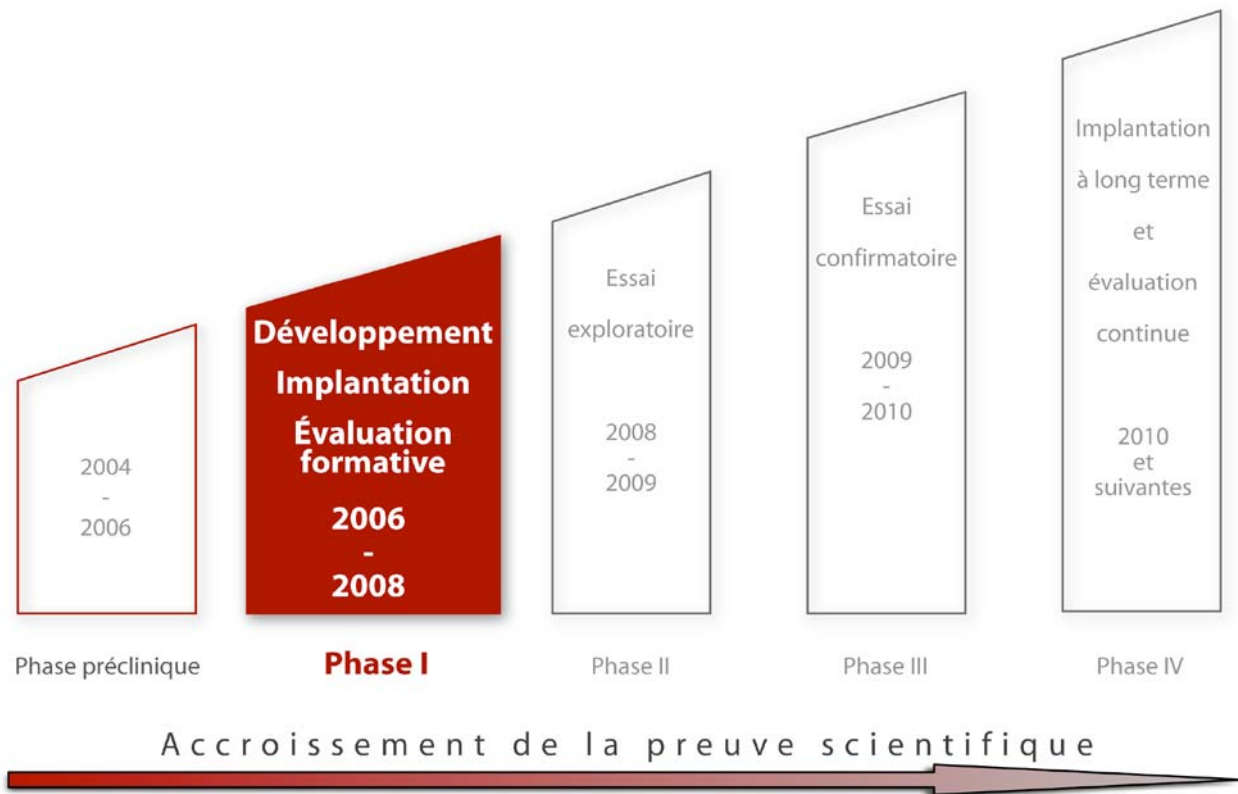


Figure adaptée de Campbell, M. et al. BMJ 2000; 321 : 694-696⁽³⁰⁾

Dans sa Phase I courante, le projet a été mis en oeuvre selon trois étapes — une étape de développement, une étape d'implantation et une étape de transition — consolidées par un devis évolutif d'évaluation formative.^{8 10 32-35} Chacune des étapes avaient ses propres objectifs spécifiques :

Étape de développement :

1. Préciser, par les patients, leurs proches et les professionnels des équipes cliniques, les pratiques cliniques à améliorer afin d'en tirer les thématiques prioritaires sur lesquelles se pencheront les CdeP.

2. Développer des modalités de fonctionnement de CdeP clinique pour l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient atteint de maladies chroniques grâce à la participation des cliniciens, des universitaires, des étudiants et des patients.
3. Former les participants aux CdeP à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient, à la gestion des maladies chroniques et au fonctionnement en CdeP.

Étape d'implantation et d'évaluation formative :

1. Implanter les CdeP selon les modalités et les pratiques cliniques identifiées à l'étape de développement
2. Évaluer la participation des membres au travail en CdeP
3. Évaluer les résultats en termes d'apprentissage et de développement des pratiques collaboratives centrées sur le patient

Étape de transition, de synthèse, et de production du rapport final :

1. Faciliter la transition des CdeP du projet ECIP aux ressources locales
2. Réaliser une synthèse de l'ensemble des données d'évaluation formative et des autres équipes thématiques pour proposer un modèle de CdeP d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient
3. Diffuser les résultats

Milieus cliniques partenaires du projet

Deux milieux cliniques ont participé à la Phase I du projet ECIP et ont accepté chacun de développer une CdeP : L'équipe de gériatrie du CHUM et le Centre de diabétologie de HMR.

Le service de gériatrie du CHUM est composé de deux unités de courte durée gériatriques (UCDG) aux sites Notre-Dame et Saint-Luc pour un total de 34 lits, ainsi que des cliniques externes de gériatrie et de mémoire. Chaque site possède un service de consultation; l'Hôpital Saint-Luc dispose également d'un centre ambulatoire interdisciplinaire d'évaluation d'un jour. Les objectifs du service sont d'évaluer et de traiter, en mode ambulatoire ou en hospitalisation, une clientèle âgée fragile, dont la moyenne d'âge est de 82 ans, présentant des syndromes gériatriques et des incapacités fonctionnelles potentiellement réversibles. L'équipe clinique est composée des professionnels suivants : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, pharmacien, travailleur social. Le service a également une vocation d'enseignement et reçoit des étudiants de toutes les disciplines de formation initiale et de 2^e cycle.

Le centre de diabétologie de HMR est composé d'un noyau de professionnels habitués à travailler en équipe regroupant médecins, infirmières, nutritionniste et pharmacien. Le centre dessert une clientèle de patients âgés de 18 ans et plus, majoritairement francophone. Il offre des activités de soins et d'enseignement pour les patients, et privilégie l'implication des proches dans ces soins.

Durant l'étape de développement, les membres des CdeP se sont appliqués aux activités suivantes :

- *Rencontres mensuelles de pratique réflexive*
- *Séances de formation à la collaboration intégrée au développement de la CdeP (voir la table des matières des modules de formation en ligne)*
- *Ateliers de travail réguliers en sous groupes*

Ces ateliers de travail étaient très attendus et convoités du fait qu'ils permettaient une plus grande implication individuelle de chacun(e), ce qui rendait le travail collaboratif fructueux.

- *Séances de retours d'évaluation formative*

Ces séances utilisaient les résultats d'analyse de données qualitatives et quantitatives, collectées auprès des participants et ont permis de suivre les changements des pratiques interprofessionnelles. Des sources diverses de données ont permis de recueillir les perceptions, attentes et suggestions des participants :

- la tenue d'entretiens individuels en début et fin de projet;
- la réalisation de séances d'observation mensuelles des ateliers réflexifs tenus par chacune des CdeP;
- la tenue de « retours formatifs » à portée réflexive au début, à la moitié et en fin de projet, permettant le croisement des perceptions des enseignants-chercheurs et des divers intervenants cliniques.

Parmi les facteurs qui ont facilité le projet figurent des aspects contingents aux équipes cliniques. Ainsi, l'équipe du CHUM travaillant dans le domaine de la gériatrie, bénéficiait d'une formation antérieure à l'interdisciplinarité et d'un leadership médical très présent qui croyait dans l'efficacité de l'approche du projet.

À HMR, le projet a bénéficié de la présence de personnes-ressources disponibles qui croyaient également au projet : le directeur de l'enseignement; l'infirmière, chef d'unité et du Centre de diabétologie; le chef clinique et administratif du programme-clientèle de médecine; l'adjointe à la direction des soins infirmiers – volet clinique et recherche; et la pharmacienne de l'équipe, coordonnatrice locale de la CdeP.

Un obstacle important est à noter pour HMR : le leadership médical ne s'est pas exprimé de façon optimale, mais ceci n'a pas empêché le développement très fructueux de la CdeP et l'atteinte de la cible qu'elle s'était fixée.

Par ailleurs, des facteurs organisationnels ont également influencé positivement le projet dans les milieux cliniques. En effet, dans les deux établissements, des orientations stratégiques appuyaient : le développement de la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes des « programmes clientèles »; l'approche centrée sur le patient; l'amélioration continue de la qualité et la sécurité du patient.

Partenariat des CdeP

Chacune des CdeP a exploité et mis en place des partenariats qui ont facilité la réalisation de leur projet.

Au CHUM, des échanges ont pris place entre certains membres de la CdeP et des professionnels de la santé de la première ligne. Ces interactions, favorisées par le développement du projet de la CdeP ont encouragé la participation et l'implication de partenaires extérieurs à la CdeP dans le but de mieux répondre aux besoins des patients présentant un delirium.

À HMR, des partenariats à l'intérieur de l'organisation ont émergé au fil du projet. Ainsi, la bibliothécaire est devenue un partenaire important, voire essentiel, à la CdeP laissant même envisager sa participation plus assidue aux activités de la CdeP. L'appui et l'implication de différents gestionnaires de HMR et du CHUM témoignent du désir d'établir des partenariats gestionnaires – équipes de soins allant au-delà des lignes de communication établies dans les organisations de santé.

Méthodologie de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en trois temps, chacun se distinguant par les modes de collecte employés et le moment correspondant dans le développement du projet ECIP.

Tableau I. Méthodologie de collecte des données

Temps de collecte	Moment correspondant dans le développement du projet ECIP	Modes de collecte de données utilisés
Temps 1	Fin de la formation (sur l'interprofessionalité et le fonctionnement en CdeP) et identification récente d'un projet-cible	<ul style="list-style-type: none">• Observation d'ateliers réflexifs• Réalisation d'entretiens individuels auprès des membres de la CdeP• Analyse de sources documentaires• Analyse des forums d'échanges
Temps 2	Mi-chemin entre l'identification d'un projet-cible et la fin du projet ECIP	<ul style="list-style-type: none">• Observation d'ateliers réflexifs• Réalisation d'entretiens individuels auprès des gestionnaires de l'établissement• Analyse de sources documentaires• Analyse des forums d'échanges
Temps 3	Fin du projet ECIP	<ul style="list-style-type: none">• Observation d'ateliers réflexifs• Réalisation d'entretiens individuels auprès des membres de la CdeP• Analyse de sources documentaires• Analyse des forums d'échanges

Au terme de chacun de ces temps de collecte de données, un « retour formatif » était dispensé, visant à présenter aux membres des CdeP une synthèse des résultats obtenus et à discuter des

moyens pour bonifier et consolider la collaboration interprofessionnelle, le projet-cible qui lui est associé, ainsi que la collaboration chercheurs-cliniciens.

Difficultés pour organiser et mener l'évaluation, et solutions apportées

La complexité de l'objet de recherche ainsi que des milieux à l'étude a nécessité le recours à plusieurs méthodes de collectes de données. La rigueur avec laquelle les instruments de collecte de données allaient être construits représentait ainsi le principal défi. À cet effet, la production d'une grille de collecte de données détaillée a permis de guider et de faciliter le développement de chacun des instruments.

De plus, la collecte de données s'échelonnant sur 3 temps distincts, l'un des défis consistait à bonifier les instruments de collecte de données en tenant compte de l'avancement du processus d'opérationnalisation du modèle théorique sous jacent à notre recherche évaluative de Phase I.

Dans la perspective formative du processus d'évaluation, un autre défi tenait à assurer un suivi (retour formatif) auprès des milieux cliniques tout en réaffirmant la volonté de l'équipe de recherche de répondre aux besoins spécifiques de chacune des CdeP. Cette activité se voulait l'occasion de faire un bilan de l'implantation des CdeP et de mettre en lumière certains éléments saillants qui sont ressortis suite à l'analyse des données. La réalisation d'ateliers réflexifs laissant place à la discussion ente chercheurs et intervenants s'est avérée fructueuse en termes de leçons à retenir et à appliquer et ce, autant pour les chercheurs que pour l'équipe clinique.

Enfin, soulignons que dans le cadre du volet qualitatif de la recherche, la collecte des données, via les entretiens individuels notamment, s'avérait tributaire de la disponibilité des participants. Compte tenu de l'emploi du temps très serré des professionnels de la santé, nous anticipions une disponibilité limitée des principaux concernés et une difficulté de recrutement. Or, leur engagement sérieux dans le processus de recherche ainsi que l'intérêt et la curiosité qu'ils ont manifesté eu égard au dispositif de recherche évaluative a contribué au franc succès de la collecte des données. Cet engagement total des participants, s'ajoutant à un dispositif rigoureux d'invitation récidivé lorsque nécessaire, a permis d'interviewer la totalité des participants des deux CdeP au Temps 1 de l'évaluation et de réaliser 33 entrevues sur 35 potentielles au Temps 3, ce qui s'avère un très fort taux de participation. Par ailleurs, l'engagement des membres des CdeP a amené ces derniers à accepter unanimement la présence d'un observateur aux ateliers réflexifs tenus mensuellement par leur CdeP et ce, au cours des trois temps de collecte de données.

Résultats clés et leçons apprises

Les résultats et leçons apprises qui suivent illustrent les apprentissages réalisés par les milieux cliniques de même que par l'équipe de recherche évaluative et l'ensemble des directeurs du projet.

Résultats selon les dimensions de l'interprofessionalité dans les CdeP

Les résultats qui suivent sont organisés selon les huit dimensions de notre modèle théorique de l'interprofessionalité au sein des CdeP.^{8 10} Lorsqu'il y a lieu, ces résultats sont explicitement attribués à la CdeP concernée. Autrement, les résultats sont attribuables autant à la CdeP du CHUM qu'à celle de HMR.

Thème mobilisateur et Entreprise commune

Les membres des CdeP confirment que le réel démarrage d'une CdeP nécessite la définition d'un projet-cible (thème mobilisateur) concret et rassembleur, ce qui permet le passage progressif de l'intra-professionnel à l'interprofessionnel. Ainsi, le delirium au CHUM et le « redesign » d'une formation offerte aux patients diabétiques à HMR ont représenté des thématiques rassembleuses et fécondes.

Le choix du projet-cible s'avère la phase essentielle du développement des CdeP, car c'est le thème mobilisateur qui lui est inhérent qui doit créer la CdeP et non l'inverse. Ainsi, aux dires des membres du CHUM notamment, le projet commun à valoriser importe d'être identifié dès le départ. Toujours selon plusieurs participants rattachés au CHUM, la dispersion des membres de la CdeP sur des sites géographiquement éloignés (Hôpital Notre-Dame et Hôpital St-Luc) génère encore plus le besoin de renforcer le sentiment d'entreprise commune et de collaboration sous-jacente.

La dimension pragmatique de la collaboration, en particulier l'entreprise commune, se développe progressivement, faisant de plus en plus de place à l'intégration des connaissances professionnelles. En fait, les participants étaient nombreux à relater qu'un projet-cible réellement centré sur la personne et ses proches favorise l'implication des membres et que ce but commun facilite la confiance aux co-équipiers et rallie les professionnels (« *On regarde tous dans la même direction* », « *le patient c'est notre raison d'être là!* »). En fait, les propos recueillis révèlent que plus le thème est centré sur la personne et ses proches, moins il est centré sur les professionnels, plus il est susceptible d'être rassembleur. En outre, plus le thème rassembleur nécessite la réification, c'est-à-dire le développement d'outils visant à soutenir l'action des divers intervenants impliqués, ainsi que les proches des patients, plus cela génère une entreprise commune répondant à l'intention d'une action concrète et efficace de collaboration interprofessionnelle. Ainsi, une entreprise commune basée sur le développement d'objets soutenant l'action professionnelle stimule le souhait de faire rayonner ces outils et leurs fondements au-delà de la CdeP : autres unités de l'établissement, CSSS, etc.

Formalisation et apprentissage émergent de la pratique

Des règles de fonctionnement, de mise en commun des idées, du cheminement réflexif et du travail à réaliser étaient souhaitées par plusieurs. L'incertitude sur l'apport personnel potentiel au projet peut être source d'inquiétude, ce qui implique de favoriser et de soutenir une réflexion préalable à cet effet. À ce registre de mode de fonctionnement, il appert qu'une animation des ateliers réflexifs en grand groupe est préconisée afin d'assurer l'expression partagée des points de vue et de faire avancer le travail.

Soulignons qu'un véritable désir de changement de pratique est valorisé mais les pratiques sont perçues comme toute assez rigides. Aux yeux des participants, le changement requiert une solide préparation.

De plus, le peu de formalisation des pratiques (cf. eu égard au delirium) favorise le ralliement des professionnels dans une perspective ancrée dans la réalité : comment améliorer la communication entre professionnels tout en tenant compte des stratégies de soins et préoccupations de chacun(e).

De plus, l'approche réflexive semble faciliter la genèse de questions de recherche clinique et favoriser l'intégration de données probantes dans la pratique clinique. Au CHUM par exemple, les membres de la CdeP se sont questionnés sur « le meilleur outil » de dépistage du delirium, ce qui les a amenés à effectuer une revue de littérature à ce sujet et à faire un comparatif entre différents outils.

Enfin, l'intégration du patient au projet-cible de la CdeP est souhaitée mais la méconnaissance de la méthode appropriée et la crainte associée freinent fortement l'intention.

Valeurs et prédispositions

De la confiance à la tolérance, en passant par le respect : voilà les principaux ingrédients perçus essentiels à ce qu'une CdeP advienne selon les participants. Toujours selon eux, l'expression des désaccords et la négociation des intentions sont facilement respectées, écoutées, tolérées, mais plus difficilement prises en compte. Enfin, l'importance de la mise en commun de l'expérience (observations – actions) de chaque profil professionnel est fréquemment mentionnée du fait qu'elle représente une source de motivation à la collaboration.

Gestion des connaissances

Les propos des participants révèlent plusieurs éléments déterminants eu égard à la gestion et au partage des connaissances :

- La tenue de rencontres régulières facilite la gestion des connaissances.
- Une formation arrimée au développement du projet-cible paraît mieux adaptée aux besoins des intervenants du milieu hospitalier qu'une formation préalable aux concepts de la collaboration interprofessionnelle. Les contenus de la formation viendraient ainsi répondre aux réalités de la pratique (contenu répondant à une difficulté rencontrée, illustrant une étape accomplie, répondant à un besoin de connaissance émergent, etc.). Ainsi, les propos recueillis démontrent qu'une formation préalable au déploiement d'un projet-cible (comme cela a été le cas dans le cadre du projet ECIP) complique manifestement l'intégration des concepts théoriques relatifs à la collaboration interprofessionnelle, du fait notamment que les contenus à l'étude sont détachés de l'expérience concrète de CdeP. Dans cette veine, la formation initiale instaurée par le projet ECIP, avait pris une résonance trop théorique, trop détachée de la pratique. L'apprentissage de la CdeP se concrétise dans les outils développés.
- L'élaboration d'outils pour aider la transmission des informations entre divers professionnels ou entre les professionnels et les proches d'un patient paraît stimulante

et rassembleuse, en plus d'être perçue rassurante : « *on produit quelque chose de palpable* », et utile (soutenir le personnel face à des réalités parfois difficiles, informer et ainsi rassurer des proches).

- Le besoin d'articles scientifiques s'adressant à des profils professionnels autres qu'infirmières ou médecins est important lorsqu'il s'agit de CdeP aux profils professionnels étendus.
- Une plate-forme Web présentant un espace « bibliothèque » rassemblant des articles scientifiques bien classés et résumés (pour ceux qui manquent de temps) est fortement appréciée : « *tout est là, il n'en tient qu'à moi!* ». Bien qu'exigeante, la plateforme s'avère une ressource valorisée.
- Un animateur du travail réflexif de groupe est essentiel. Cette personne permet de garder le focus, s'assure de transmettre les connaissances essentielles et stimule le groupe.
- Enfin, soulignons qu'en cours de processus de développement des CdeP, les participants aux ateliers réflexifs réfèrent de plus en plus fréquemment à des exemples issus de leur pratique afin d'expliquer leur position ou leur vision. Il semble que cela pourrait représenter un signal d'apprentissage (à tout le moins individuel) et un signal de partage d'expériences en vue de s'appuyer sur des référents communs.

Leadership

La hiérarchie en vigueur dans le domaine médical, basée sur la fonction professionnelle, est fréquemment observée et souvent désapprouvée, même par ceux qui en sont favorisés. Cette hiérarchie basée sur la fonction professionnelle existe et génère une organisation d'équipe où certains ont un rôle central : les médecins, les infirmières chef, les infirmières au suivi clientèle, alors que d'autres sont plus périphériques : neuropsychologue, infirmière clinicienne. Précisons toutefois que cette hiérarchie professionnelle offre tout de même une ouverture à l'opinion des autres. Dans cette perspective, un leadership « attentif » voire même « partagé » est valorisé, afin de niveler la hiérarchie et viser l'expression de tous. (« *Il faut apporter du leadership, pas de la domination.* »).

Coordination relationnelle

Nos observations ont révélé qu'en début de ralliement en CdeP, la hiérarchie semble véritablement menacer l'expression de tous. Toutefois, un projet-cible rassembleur paraît permettre de dépasser ce frein majeur et stimuler l'échange d'idées et de points de vue. En fait, autant les observations que les propos recueillis auprès des participants démontrent que l'implication de membres figurant au bas de la hiérarchie professionnelle (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, agente de bureau) semble donner tout son sens au travail en CdeP dans le domaine de la santé car : « *Rares sont les occasions qui permettent une telle interprofessionalité alors que souvent, il s'agit d'intervenants au plus près du patient et de ses proches.* » De plus, la communication en petits groupes ($n < 8$) paraît nettement plus facile et s'avère très appréciée comparativement à la communication en grand groupe ($n > 8$) qui nécessite

plus d'effort de coordination. Enfin, le besoin d'organisation et de structure dans les échanges de groupe révèle l'importance de bien définir les rôles d'informationniste, de coordonnateur et de leader et que ceux-ci soient bien assumés par des personnes différentes. En effet, une organisation défaillante ne favorise pas la participation des membres qui, trop laissés à eux-mêmes, perdent leur motivation.

Quant aux ateliers réflexifs, ils offrent la possibilité aux divers professionnels d'exprimer leurs différences de vision ainsi que les craintes de duplication des efforts et de perte de monopole sur une action. Toutefois, il paraît difficile d'y parler de problèmes et de conflits quand ils surviennent; d'y exprimer les irritants lorsqu'ils se présentent. Un besoin de soutien paraît essentiel pour ce faire.

Le forum d'échanges en ligne (virtuel) est apprécié et utilisé lorsque les membres de la CdeP évoluent sur plus d'un site géographique. Somme toute apprécié, le forum d'échanges demeure une ressource exigeante (l'écrit et non le parlé, le caractère réfléchi plutôt que spontané) qui de sûr croit requiert parfois une formation préalable, notamment pour les membres n'étant pas familiers avec les TIC. Soulignons à cet effet que s'ajoutant à l'inexpérience avec les TIC, la difficile gestion du temps qui prévaut dans le domaine de la santé nécessite un forum d'échanges à l'interface conviviale, où tout est accessible en peu de clics, où les différents niveaux d'échanges (en réponse à :) sont facilement repérables, et où l'expéditeur et le récepteur sont facilement identifiables.

Enfin, il importe de mentionner que des activités rassembleuses à caractère social sont souhaitées afin de faire connaissance préalablement à la collaboration. L'interdépendance entre les intervenants est de plus en plus admise au fur et à mesure de l'éclosion de la CdeP et plusieurs membres estiment avoir développé de nouvelles alliances avec des personnes de l'autre site, ce qui facilite la communication entre les deux hôpitaux (CHUM).

Confiance et cohésion

Les entretiens réalisés auprès des membres des CdeP nous révèlent que la confiance aux membres de sa CdeP semble directement liée au respect ressenti des idées exprimées ainsi qu'au droit à l'erreur, à l'incertitude, à l'inexpérience. Ainsi, la prise en compte des idées et le soutien face au doute ou à l'inexpérience consolident la confiance et permettent une meilleure cohésion.

Autres leçons apprises

D'autres leçons apprises ont trait à l'innovation que représente notre approche de CdeP, aux avantages pour le système de santé, l'expérience de formation continue des dispensateurs de soins des deux CdeP, l'expérience des patients, et enfin l'expérience des formateurs.

CdeP comme innovation dans le système de soins

La combinaison particulière regroupant : l'approche réflexive + le fonctionnement en CdeP + l'approche centrée sur le patient, doit comporter un encadrement des équipes pour implanter ce

mode de fonctionnement de manière durable, par exemple par la prise en charge de la pratique réflexive dans les équipes par un leader – possiblement un leadership émergent et changeant en fonction de la tâche choisie.

L'approche réflexive a eu pour apport important de sortir l'équipe de son quotidien, amener de nouvelles habitudes de réflexion sur la pratique, permettre la fusion des connaissances (reconnaissance des compétences des professionnels, confiance, liens entre différentes informations/connaissances pour la création de nouvelles connaissances).

Il serait essentiel d'intégrer le plus tôt possible les patients, les étudiants, et les gestionnaires dans la réflexion.

Avantages pour le système de soins

Les CdeP qui travaillent sur la gestion des maladies chroniques gagneraient à inclure la participation de membres de la première ligne et de services spécialisés. Les CdeP deviendraient ainsi un important levier de consolidation des réseaux intégrés récemment mis en place par les Agences et le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Il pourrait également être favorable d'avoir un coordonnateur qui chevauche différentes structures (première ligne, milieu spécialisé). Ceci offrirait la possibilité de développer non seulement la collaboration interprofessionnelle mais aussi la collaboration inter-établissement. La présence de coordonnateurs de CdeP inter-établissements, financés à même les ressources fusionnées des organismes participants, constituerait un levier du continuum de soins en maladies chroniques.

Finalement, comme le montre l'évaluation formative, la présence d'une informationniste semble un atout important pour surmonter l'obstacle « temps » en ce qui a trait à la recherche d'information.

Expérience des dispensateurs de soins

- **Définition collective d'une thématique mobilisatrice commune** : soulignons la satisfaction quasi généralisée face au projet-cible retenu et ce, dans le cadre de chacune des CdeP à l'étude.
- **Des périodes de travail en sous-groupes interprofessionnels autour d'activités prédéfinies par la CdeP** : Cette modalité de travail s'est avérée propice à l'implication et à l'expression des points de vue de la grande majorité des membres de la CdeP.
- **Des ateliers réflexifs en grand groupe** : Ces ateliers ont permis aux membres de s'exprimer relativement à des décisions perçues défavorables ou trop favorables à un profil professionnel particulier.
- **Accroissement des conversations spontanées et informelles portant précisément sur le développement du projet-cible ainsi que sur le déroulement des ateliers réflexifs**. Lors des entretiens individuels, les participants étaient nombreux à relater l'émergence fréquente de conversations informelles portant sur leur projet-cible ou sur le déroulement des ateliers réflexifs.

- **Des espaces d'expression ouverts à des profils professionnels rarement sollicités** : Les ateliers réflexifs et ateliers de travail en sous-groupes ont permis l'intégration réelle (droit d'expression) d'intervenants habituellement marginalisés ou défavorisés à cet égard : en l'occurrence un préposé aux bénéficiaires et un agent de bureau. Les participants quasi unanimement en expriment leur satisfaction. Soulignons que les intervenants concernés évoquaient leur étonnement et leur satisfaction de pouvoir exprimer leur vision face aux propos tenus par des professionnels hiérarchiquement supérieurs à eux dans le quotidien.
- **Le partage des problématiques cliniques est valorisé.** Les participants étaient nombreux à souhaiter un espace virtuel de discussion de cas cliniques qui leur posent problème dans la réalité de leur pratique quotidienne liée à la thématique du projet-cible de la CdeP.

Expérience des patients

Du côté du CHUM, les patients ou leur proches ont été consultés dans le but d'obtenir leur perception des outils sur le delirium. Les membres de la CdeP du CHUM ont également produit un document d'explication du delirium aux proches de patients. Plusieurs professionnels ont expérimenté la remise d'un exemplaire de ce document à un proche désarçonné devant la condition de son parent ou ami. L'adéquation et le soulagement conséquent, et réciproque, autant pour l'intervenant qui s'est alors senti professionnellement approprié que pour le proche ainsi soulagé face à ces informations éclairantes, ont été maintes fois commentés.

Dans cette même CdeP (CHUM), les membres sont nombreux à exprimer avoir agi auprès du patient conformément aux pratiques partagées par leurs collègues lors des ateliers réflexifs ou de travail en sous-groupes. De toute évidence, ce partage de pratiques a renforcé le sentiment de compétence des intervenants.

Quant à la CdeP de HMR, les professionnels ont montré le souci d'adapter et de modifier leur façon de faire en fonction des besoins de leur clientèle. Ils ont rapidement mis à l'essai la formation révisée auprès d'une cohorte de patients diabétiques et ils ont ensuite adapté cette version aux réactions ainsi obtenues. Par la suite, au fur et à mesure que d'autres mises en application de cette formation ont eu lieu, les membres se sont rencontrés afin de discuter des observations cumulées et des ajustements conséquents. De plus, un questionnaire a été préparé dans le but de mesurer la satisfaction des patients face à la formation reçue sur la prise en charge du diabète. L'opinion des patients face à un éventuel changement dans la façon d'obtenir les résultats des tests sanguins avant la consultation avec les professionnels en clinique de diabète, et face à un éventuel changement dans le format de la relance post-formation a aussi été demandée. Ainsi, pour mieux répondre aux désirs de la clientèle, une relance téléphonique fut instaurée.

Partenariat avec les patients et les proches

La communauté universitaire du projet ECIP a réfléchi sur le concept de patient-partenaire dans une CdeP. Pour ce faire, l'équipe s'est adjointe un patient, lui-même professionnel du domaine de la gestion, qui vit les conséquences de plusieurs maladies chroniques depuis l'enfance. Ce professionnel a réfléchi, à travers la rédaction d'une thèse de maîtrise sur la relation patient –

professionnel de la santé et l'animation de groupes de pairs de patients, sur la notion du patient partenaire. Son apport a été marquant pour l'équipe universitaire. Il confirme la nécessité d'introduire des patients et des proches partenaires comme membres d'une CdeP, afin de s'assurer que leurs perspectives soient bien représentées dans le choix de la cible de la CdeP et dans les sessions d'approche réflexive. De ces discussions, des critères de sélection des patients partenaires ont été évoqués ainsi que des conditions pour un partenariat avec les patients, les proches et les professionnels de la santé.

Le patient partenaire de la CdeP devrait :

- Être atteint de maladie chronique;
- Avoir atteint un stade d'appropriation de sa maladie chronique qui lui permette de prendre une certaine distance par rapport à celle-ci;
- Avoir amorcé une réflexion sur le milieu de soins, sur sa relation avec le milieu médical et/ou d'autres professionnels de la santé;
- Avoir réfléchi à la place du malade dans la société;
- Être bien informé et être à la recherche d'information sur les maladies, les relations patient – professionnel de la santé, l'impact de la maladie sur sa vie;
- Faire preuve d'une capacité de conceptualisation.

Des proches de patients atteints de maladies chroniques devraient également faire partie de la CdeP car ils vivent une autre forme d'expérience qui est utile pour faire progresser la collaboration.

Conditions pour favoriser la mise en place d'un partenariat entre patients/proches et professionnels de la santé :

Le patient devrait :

- Posséder une bonne compréhension de la santé et de la maladie;
- Être en mesure de participer au diagnostic médical. À cet effet, le rôle du patient s'exerce en matière de détection précoce des signes et des symptômes associés à la maladie ou au traitement. Le patient atteint de maladie chronique devient peu à peu un expert de l'expression de celle-ci et peut alerter le médecin ou d'autres professionnels de la santé devant de nouveaux signes ou symptômes;
- Être en mesure de participer aux choix thérapeutiques, notamment en regard des effets secondaires qui en découlent;
- Être responsable de la prise de médicaments ou du suivi de la thérapeutique adoptée en collaboration avec le professionnel;
- Contribuer au partage du risque avec le professionnel;
- Avoir la responsabilité de s'informer;

- Avoir pris conscience de l'angoisse inhérente à l'évolution de la maladie chronique et de la mort qui y est potentiellement associée, ainsi que les réactions que celle-ci génère pour soi et pour les professionnels avec qui il est en contact.

Le **professionnel de la santé** devrait :

- Adopter une approche collégiale dans sa relation avec le patient de façon à conseiller plutôt que de prescrire;
- Reconnaître au patient son expertise et ne pas tomber dans l'infantilisation;
- Considérer le patient comme un membre de la CdeP à part entière;
- Avoir atteint un état d'équilibre, tant sur le plan professionnel que personnel, qui lui permette de faire face aux conséquences de la maladie;
- Être attentif à bien gérer son rapport au patient (empathie vs sympathie);
- Prendre conscience de ses réactions face au processus de la maladie chronique et de la mort qui y est potentiellement associée.

Changement de paradigme dans la formation : vers le patient-partenaire

La position stratégique des directeurs du projet dans des postes facultaires a facilité le développement d'un curriculum interfacultaire sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient atteint de maladies chroniques. Ce développement est particulièrement nourri des expériences des professionnels participant aux CdeP.

L'approche centrée sur le patient amène en effet un changement de paradigme dans la formation des futurs intervenants du système de santé. L'expérience des patients/proches face à la maladie chronique doit être prise en compte pour une meilleure qualité de soins mais aussi pour une meilleure observance du traitement et une prise en charge optimale de la maladie par le patient et ses proches. Les curriculums doivent outiller et soutenir les intervenants dans la mise en place d'activités visant l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille et la prise en charge de la maladie par le patient ou ses proches.

C'est dans cet esprit que, lors de la formation interfacultaire des étudiants de médecine, de sciences infirmières, de pharmacie et d'ergothérapie sur la collaboration centrée sur le patient et ses proches, tenue en septembre 2008, à partir d'un cas clinique de soins palliatifs, une patiente en soins palliatifs atteinte d'un cancer et son frère ont généreusement offert leur témoignage sur l'importance de cette pratique et sur la façon dont ils ont pu ou non « faire partie de l'équipe » dans les derniers mois. Ils ont donné des exemples concrets de moments heureux de collaboration avec l'équipe de soins et de moments moins réussis.

Expérience des formateurs

Nous retenons que les formateurs doivent être prêts à répondre rapidement aux besoins de formation qui émanent des sessions d'approche réflexive et auxquels les directeurs du projet peuvent répondre étant donné leurs expertises. Il est également nécessaire de veiller au

développement d'une communauté d'apprentissage des co-directeurs du projet qui réfléchissent sur les façons d'apporter du soutien au développement des CdeP cliniques. À ce propos, le tableau qui suit illustre les ajustements et modifications que nous avons dû apporter à notre stratégie de développement des CdeP proposée dans la demande de subvention initiale. Ces changements traduisent le caractère dynamique et changeant de la réalité de la pratique clinique et de recherche.

Tableau II. Changements apportés à la stratégie de développement des CdeP au fur et à mesure du déroulement du projet

Stratégie initiale et modifications	Conséquences	Stratégie proposée pour exploration future
<p>Coupure de 100 000\$ sur le budget initial.</p>	<p>La coupure a nécessité une restructuration importante du budget et des activités du projet, effectuée lors de l'été 2006. Ces travaux ont retardé le début du projet : l'expérimentation de la CdeP a été moins longue que prévu (12 mois dont 2 mois à l'été 2007, au lieu de 15 mois).</p>	<p>Nécessité d'expérimenter la CdeP au moins 18 mois pour compléter un cycle de transformation d'une pratique.</p>
<p>Équipes de directeurs regroupées sous plusieurs thématiques : CdeP, approche centrée sur le patient, pédagogie, pratiques professionnelles et organisationnelles, évaluation.</p> <p>Départ de certains chercheurs et engagement moins important que prévu de certains directeurs; départ de certains professionnels.</p>	<p>La restructuration de l'équipe des directeurs et des professionnels a ralenti certaines phases du projet (développement des outils d'évaluation, obtention des certificats éthiques, développement des modules de formation en ligne sur les CdeP).</p> <p>L'équipe remodelée comprend un noyau très solide de chercheurs et de professionnels qui communiquent bien entre eux, leur nombre plus restreint facilitant les échanges.</p> <p>Une CdeP universitaire inattendue réunissant ces personnes s'est créée en cours de route et les frontières entre les thématiques ont disparu, créant ainsi un effort intégré.</p>	<p>Une équipe universitaire mieux formée à la techno-pédagogie et la formation en ligne, ainsi qu'au fonctionnement en CdeP selon un modèle adapté au contexte hospitalier : l'encadrement des équipes cliniques est envisagé de manière plus efficace, le nouveau design d'implantation des CdeP cliniques étant conçu sur mesure en fonction des besoins de formation du groupe et du choix de la tâche de la CdeP.</p>

<p>Participation des médecins prévue et encouragée dans les CdeP : tandem de coordonnateurs locaux de CdeP comprenant un professionnel et un médecin de l'équipe; rémunération du médecin prévue pour 1 demi-journée par semaine, l'autre professionnel étant dégagé 2 jours par semaine par l'hôpital.</p>	<p>Dans un site (CHUM), les médecins ont pleinement participé; dans l'autre (HMR), leur participation fut indirecte, jamais officielle, constituant parfois un facteur de stress voire un frein aux activités de la CdeP.</p>	<p>Le tandem de coordonnateurs locaux demeure une avenue intéressante pour animer et organiser le travail de la CdeP.</p> <p>Le type de rémunération des médecins peut s'avérer un obstacle à leur participation (rémunération à l'acte vs rémunération mixte).</p>
<p>Participation de patients et proches partenaires à la CdeP.</p>	<p>Seuls des groupes de discussion avec les patients et les proches ont été réalisés (HMR : 1 groupe patients, 1 groupe proches; CHUM : 2 groupes patients, 1 groupe proches).</p>	<p>Les patients et les proches doivent être intégrés dès le début de la constitution de la CdeP, à titre de membres à part entière, pour influencer le choix de la cible de travail.</p>
<p>Analyse des besoins de formation prévue dans la phase pré-clinique.</p>	<p>Analyse sommaire réalisée avec l'équipe du CHUM, aucune analyse avec l'équipe de HMR. Des analyses de besoins plus poussées auraient permis de mieux cibler les blocs de formation à donner.</p>	<p>Formation à la carte donnée en fonction de l'étude des besoins ainsi que du thème mobilisateur choisi conjointement par tous les membres de la CdeP (cliniciens, gestionnaires, patients et proches).</p>
<p>Gestionnaires impliqués à part entière dans la CdeP.</p>	<p>Gestionnaires impliqués en périphérie au début, de manière plus centrale en période de crise.</p>	<p>Quelques gestionnaires doivent être choisis pour participer activement aux activités de la CdeP, afin de bien connaître les travaux et les besoins des cliniciens, et leur fournir alors les meilleures conditions de succès.</p>
<p>Plateforme virtuelle pour faciliter les échanges asynchrones des membres des CdeP.</p>	<p>Expérimentation de la plateforme développée localement à l'UdeM; ajustements apportés selon les spécificités des différentes CdeP; évolution continue des outils pour faciliter le travail collaboratif à distance.</p>	<p>La plateforme virtuelle est actuellement en cours de transformation : les prochaines CdeP bénéficieront d'un outil dont les fonctions et l'ergonomie auront été nettement améliorées.</p>

	<p>Il faut noter que les membres de la CdeP de HMR, du fait d'une forte proximité physique, n'ont pas ressenti le besoin d'utiliser la plateforme virtuelle pour leurs échanges. La situation contraire s'est produite pour la CdeP du CHUM du fait de la répartition des professionnels dans deux sites distants (Notre Dame et St-Luc).</p>	<p>L'utilisation d'une plateforme virtuelle ne convient pas forcément à toutes les CdeP. L'usage et la forme de la plateforme doivent faire preuve de flexibilité pour s'adapter aux besoins et aux connaissances informatiques des utilisateurs, non l'inverse.</p>
--	---	--

Avantages inattendus

- Le leadership inattendu de la bibliothécaire et de la pharmacienne de HMR qui a permis de raviver les échanges au sein de la CdeP. Ces professionnels croyaient au potentiel d'une CdeP pour obtenir des gains pour la pratique collaborative de l'équipe et une offre améliorée de soins aux diabétiques.
- L'implantation accélérée du curriculum interfacultaire sur la collaboration interprofessionnelle et les maladies chroniques au sein des facultés des sciences de la santé de l'Université de Montréal. En effet le projet ECIP a servi de catalyseur au développement de la formation interfacultaire en sciences de la santé. Il a suscité chez les doyens des facultés de médecine (qui regroupe médecine, réadaptation, nutrition, orthophonie et audiologie), de sciences infirmières et de pharmacie un vif intérêt pour la formation interprofessionnelle interfacultaire. Leur appui inconditionnel, basé sur les succès du projet ECIP et des travaux du Conseil interfacultaire de collaboration, a permis de formuler une demande conjointe des trois facultés au vice-rectorat aux affaires académiques de l'UdeM afin d'adapter le contenu de la formation en ligne ECIP pour l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient et ses proches. Une subvention de 20 000\$ a été accordée. Ainsi, en septembre 2008, plus de 700 étudiants des facultés de médecine (2^e année), de sciences infirmières (3^e année), de pharmacie (2^e année) et d'ergothérapie (2^e année) ont réalisé le premier bloc de ce nouveau tutoriel en ligne (8 heures d'apprentissage). Par la suite, ils ont participé à un atelier en petits groupes de 10 étudiants des divers programmes, suivi d'un panel d'experts sur les rôles professionnels, à partir d'un cas clinique de soins palliatifs. Un deuxième bloc du tutoriel en ligne est prévu au printemps 2009 et sera jumelé à un atelier de résolution d'un cas clinique complexe (co-morbidités issues de maladies chroniques multiples) en équipes composées d'étudiants provenant des quatre programmes. De plus, des démarches sont en cours pour qu'à l'automne 2009, des étudiants d'autres programmes des sciences de la santé et des sciences sociales participent à ces activités : programmes de physiothérapie, audiologie, nutrition, orthophonie, service social, psychologie. L'évaluation du premier cycle des activités par les étudiants s'est révélée très positive. Un comité consultatif interfacultaire d'étudiants est en voie d'être créé et les associations étudiantes appuient avec enthousiasme le projet.

- Le soutien de l'Université de Montréal a été accordé à l'hiver 2008 au CSSS du Sud de Lanaudière afin de développer des stages cliniques interprofessionnels de premier et de deuxième cycle. Des membres du corps professoral universitaire du projet ECIP et du Conseil de collaboration interprofessionnel des facultés de médecine, de sciences infirmières et de pharmacie soutiendront les équipes cliniques à deux niveaux : consolider leur fonctionnement interprofessionnel centré sur le patient et ses proches (implantation des CdeP et formation par les tutoriels en ligne) et développer des stages interprofessionnels (méthodes d'apprentissage et d'évaluation). Plus de 200 professionnels pivots seront formés en 2009-2010 et trois équipes cliniques pilotes amorceront des stages interprofessionnels (Gériatrie, Petite enfance, Groupe de médecine familiale). Une particularité de ce projet se situe dans la formation de CdeP qui seront représentatives du continuum de soins et de services, i.e. services de première ligne dans la communauté et services spécialisés hospitaliers. Les équipes sont ouvertes à inclure des patients et proches partenaires dans les CdeP qui seront formées. Actuellement, des études de besoins de formation à la pratique collaborative sont en cours auprès des équipes du CSSS. La direction générale du CSSS et les directions associées appuient le projet car elles veulent progresser de façon significative dans le domaine. Les chefs des équipes cliniques sont enthousiastes, mais le projet sera implanté à un rythme qui sera satisfaisant pour les cliniciens. Tous les efforts sont mis en oeuvre afin que les moyens de coordination et de communication nécessaires entre les équipes du CSSS et de l'UdeM soient implantés.
- Extension du projet au CSSS Bordeaux-Cartierville – St-Laurent : depuis quelques mois, une équipe multiprofessionnelle (médecine familiale, psychologie, pharmacie) de l'UMF (Unité de médecine familiale) de ce CSSS a entamé des travaux afin d'amorcer une CdeP sur l'enseignement aux résidents en médecine familiale de la pratique collaborative dans le cadre des soins à domicile. Dr H. Soubhi, directeur de l'équipe de recherche évaluative du projet ECIP, suit le développement de cette CdeP afin de comprendre les facteurs contribuant au démarrage d'une CdeP en milieu de première ligne.
- Le projet ECIP a permis d'introduire plusieurs étudiants et professionnels de différents niveaux académiques à l'étude de la pratique collaborative. Les étudiants/professionnels qui suivent ont adhéré au projet :
 - Médecine 1^{ère} année et 2^e année, **Eliane Tassé** (bourse ECIP, stage d'été à l'IUGM);
 - Médecine 2^e année, **Frédéric Benny** (bourse du doyen en recherche en pédagogie médicale);
 - Sciences infirmières 3^e année, **Geneviève Champagne**, étudiante (bourse IRSC)
 - Médecine, **Monique Saint-Martin**, gériatre et participante à la CdeP de gériatrie du CHUM, **Jacinthe Rivest**, résidente V en psychiatrie et **Jean-Nicolas Dubé**, R VI, interniste-intensiviste, font une maîtrise en pédagogie des sciences de la santé volet recherche sur la thématique de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient et ses proches;

- **Sonia Rioux**, étudiante au Ph.D. en sciences de l'éducation de l'Université de Montréal (bourse FQRSC), travaille maintenant sous la direction du Dr H. Soubhi à développer sa thèse de doctorat sur la base de données du projet ECIP.

Communication et diffusion de l'information

Communication interne

Dans le but de faciliter le travail des CdeP cliniques (CHUM et HMR) et universitaire (UdeM), les communications internes ont été en partie effectuées par l'entremise d'une plateforme virtuelle développée par l'équipe du secteur Technologie et formation en ligne du CPASS, Faculté de médecine, dirigée par le docteur Richard Ratelle.

Chaque CdeP bénéficiait de son espace privé, lui permettant de partager :

- un agenda commun;
- une bibliothèque / dépôt de documents;
- un tableau d'échanges (forum de discussion);
- le répertoire des membres;
- un outil de courriel.

Pour améliorer l'ergonomie de la plateforme et la personnaliser aux besoins réels des usagers, l'équipe du CPASS en a effectué la maintenance en continu et n'a pas cessé de travailler à son évolution (nouveaux outils, nouveaux serveurs, nouvelle analyse des besoins émergents).

Communication externe

Dès la conception du projet ECIP, certaines activités de communication furent prévues pour informer périodiquement les détenteurs d'enjeux universitaires et hospitaliers :

- Le comité d'orientation, réunissant – en plus des directeurs du projet – les vice-doyens « recherche » et « enseignement » des facultés participantes, ainsi que des gestionnaires et représentants cliniques des hôpitaux impliqués. Ce comité s'est réuni trois fois au cours des 27 mois du projet (22 février 2007, 05 octobre 2007 et 13 juin 2008). Chaque fois, le bilan de l'expérience a été dressé quant aux activités de formation et de recherche effectuées, et les orientations majeures du projet ont été discutées.
- Le site Web ECIP (www.ecip.umontreal.ca) a été préparé afin de diffuser de l'information générale sur le projet : objectifs, composition des CdeP universitaires et cliniques, coordonnées des personnes-ressources. Deux sections du site avaient été conçues pour diffuser des nouvelles sur l'évolution du projet : « Journal ECIP » et « Nouvelles brèves ». Cependant, en raison de la coupure budgétaire imposée par Santé Canada, il n'a pas été possible d'assigner des ressources humaines à la mise à jour régulière de ces sections.

- Le colloque ECIP est en préparation : ce colloque aura lieu en 2009 et aura pour but de présenter le bilan du projet ECIP du point de vue des cliniciens ayant participé aux CdeP. Il se tiendra à l'identique dans chaque milieu clinique participant, une fois au CHUM et une fois à HMR, permettant ainsi aux hôpitaux d'informer leurs professionnels à l'interne et d'inviter leurs partenaires privilégiés à l'externe.

Les directeurs du projet ont participé à des activités de diffusion lors de congrès, colloques, rencontres scientifiques, en lien avec le projet ECIP (communications orales, présentations d'affiches, rencontres d'information, consultation) :

- Rencontre des équipes québécoises financées par Santé Canada : présentation des projets en vue d'un partage des expertises, Montréal, 12 décembre 2006
- Rencontres du consortium pancanadien CPIS :
 - ateliers de travail – volet Recherche, Toronto, 26 novembre 2006
 - rencontre inaugurale du CPIS, Toronto, 27-28 novembre 2006
 - rencontres des projets – provinces de l'Est, Halifax, 28-29 janvier 2008
- VIIIe Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie, Québec, 01-04 octobre 2006, présentation par affiche
- Forum international francophone de pédagogie médicale, Mont-Tremblant, 07-09 mars 2007, communication orale
- Rencontres d'information et de consultation sur le développement de CdeP en contexte hospitalier :
 - avec l'équipe de santé mentale du CHUM, 08 janvier et 18 février 2008
 - avec l'équipe de transplantation du CHUM, 17 mars 2008
- Présentation scientifique, CPASS, Université de Montréal, 19 mars 2008
- Comité interfacultaire pour le développement et le partage de l'expertise en pédagogie des sciences de la santé, Université de Montréal, 30 avril 2008

Les directeurs du projet ont participé à des activités de diffusion de leur expertise sur la collaboration interprofessionnelle, par exemple sous la forme d'ateliers de formation à la collaboration interprofessionnelle, auprès des organisations et lors des événements suivants :

- Cliniciens du réseau de soins et services aux personnes âgées, CSSS Antoine-Labelle, avril 2007 (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)
- Médecins et professionnels de la santé des UMF/GMF, Département de médecine de famille, Université de Montréal (Montréal, Maria-Gaspésie, Lanaudière), octobre 2007, février-mars-mai 2008) (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)
- Gestionnaires et responsables cliniques de Hôpital des Vétérans, Sainte-Anne-de-Bellevue, novembre 2007, janvier et mars 2008 (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)

- Gestionnaire des équipes cliniques du CSSS Trois-Rivières, janvier et avril 2008, (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)
- Professionnels du programme personnes âgées, Hôpital Santa-Gabrini, Montréal, mars 2007 (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)
- À venir : Équipes de cancer du Bas St-Laurent, printemps-automne 2009 (**Paule Lebel**, IUGM et CPASS-UdeMtl)
- **H. Soubhi**. The study and Practice of Interprofessional Education. Workshop : Education in Action : Solutions for effective Interdisciplinary team functioning. CACHE, 14 octobre 2007, Québec
- **H. Soubhi et P. Lebel** : 11e colloque du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins, 22 au 24 octobre 2008, Bromont

Les professionnels impliqués dans les CdeP cliniques ont effectué des présentations en lien avec le projet ECIP :

- CdeP HMR : Centre d'excellence en soins infirmiers, HMR : présentation des concepts clés (collaboration interprofessionnelle, CdeP vs équipe multi, cible choisie avec les étapes à parcourir); auditoire : des infirmières de HMR, soins aux patients et infirmières cadres (2 représentations de 50 minutes, environ 15 personnes à chaque représentation), 25 septembre 2007
- CdeP CHUM : Colloque « Un hôpital accueillant pour les personnes âgées - La qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite » , organisé par l'UGM, Montréal, 1er et 2 mai 2008, communication par affiche résumant les défis associées à la mise en place d'une CdeP en milieu de soins gériatriques. Colloque de 250 participants cliniciens, gestionnaires cliniques, planificateurs des services de santé de niveaux régional et provincial de toutes les régions du Québec

Les activités de communication et de diffusion ont été effectuées pour un public étroitement lié au domaine de la santé, composé de pédagogues, de cliniciens et de gestionnaires hospitaliers et universitaires.

- Les étudiants effectuant un stage dans les équipes cliniques en 2007-2008 ont eu l'occasion d'observer certaines activités des CdeP :
 - au CHUM : 3 résidentes du programme de gériatrie ont eu accès, en tant qu'observatrices non participantes, à la plateforme virtuelle répertoriant les activités de la CdeP.
 - à HMR : 1 étudiante en soins infirmiers (baccalauréat) en décembre 2007, 3 semaines et en mai 2008, 3 semaines; 1 étudiante en diététique, stage de 3 semaines; 2 étudiants en pharmacie (de passage) 2 jours chacun (avril 2008); 1 étudiante en bibliothéconomie; plusieurs externes et résidents en médecine, dont 2 résidents senior (entre 1 et 3 mois) en 2008.
- Des patients et des proches ont été rencontrés lors de groupes de discussion : 6 patients et 4 proches au CHUM, 4 patients et 5 proches à HMR.

- Parmi les outils cliniques développés par les deux CdeP sur le diabète ou le delirium chez les personnes âgées, des dépliants ont été conçus sur ces thèmes pour la clientèle et les proches de ces services.

Activités de communication et de diffusion en développement

- Les articles scientifiques qui seront produits à la suite du projet ECIP serviront à en diffuser les principales conclusions. Un article accepté est maintenant en attente de publication par le Journal of Interprofessional Care (JIC) :

Soubhi H, Rege Colet N, Gilbert J, Lebel P, Thivierge R, Hudon C, Fortin M. Interprofessional Learning in the Trenches : Fostering Collective Capability. Journal of Interprofessional Care. In press.

- Selon la disponibilité des ressources, les activités de diffusion envisagées pour le futur comprendraient une dimension de vulgarisation des contenus, pour l’instant destinés à un public bien précis, afin d’en faciliter l’appropriation par le grand public – on prévoit par exemple des modules de formation pour les patients et les proches, dans le but de faciliter leur collaboration et communication avec les équipes de soins.
- Les outils suivants, développés au cours du projet, pourront être réutilisés dans des contextes de formation et de recherche apparentés :
 - ateliers et modules de formation en ligne à la collaboration interprofessionnelle
 - ateliers et modules de formation en ligne au fonctionnement en CdeP
 - design d’implantation, de développement et d’évaluation des CdeP cliniques
 - questionnaire de mesure de l’interprofessionalité dans un contexte de CdeP

Pour une pérennité

Efforts engagés pour augmenter les chances de pérennité

Dès l’étape de préparation du projet, les responsables universitaires ont entretenu, de par la nature éducative de notre intervention, des liens étroits avec les directions de l’enseignement, les chefs de programme, les bibliothèques des milieux cliniques pressentis pour participer au développement de CdeP.

Le travail d’information et d’organisation amorcé avec ces cadres supérieurs (directeurs de l’enseignement, gestionnaires administratifs et cliniques) s’est concrétisé lorsque les hôpitaux impliqués dans le projet ont accepté de dégager à mi-temps la professionnelle qui assumerait le rôle de coordination locale.

Tout au long du projet ECIP, un suivi continu fut exercé auprès des directeurs de l’enseignement et des gestionnaires, ce qui permit non seulement de gérer efficacement les différentes situations de crise, mais aussi d’entamer un travail en profondeur pour envisager le

développement et l'évaluation de CdeP additionnelles dans d'autres services cliniques du CHUM et de HMR.

Vision d'avenir pour le projet ECIP et ses suites

Le développement et l'évaluation des CdeP constituent une voie d'avenir pour le développement professionnel continu des cliniciens ainsi que pour une plus grande intégration des patients et de leurs proches dans le processus de soins. C'est en ce sens que se poursuivra l'expérimentation ECIP.

Pour parvenir à ces fins, les directeurs du projet comptent déposer de nouvelles demandes de fonds aux organismes subventionnaires (IRSC, FRSQ, FQRSC, etc.) et ainsi entamer la Phase II du projet ECIP telle que présentée dans le protocole déposé à Santé Canada à l'été 2005. Cette phase comprendrait le déploiement de CdeP dans des services de première ligne, ainsi que des activités de formation clinique interprofessionnelle, dans de nouveaux milieux (par exemple : au CSSS Sud de Lanaudière et à l'Agence de santé et des services sociaux de Chicoutimi).

Dans un horizon de cinq ans, nous envisageons des CdeP implantées de façon durable dans les réseaux de services intégrés. En plus de rassembler des cliniciens et des gestionnaires, nous prévoyons des CdeP centrées sur le patient et ses proches, qui intègrent en leur sein des patients experts (patients-partenaires), capables de partager leur expérience personnelle des soins de maladies chroniques et ainsi d'alimenter la réflexion des professionnels de la santé sur les aspirations et les besoins réels des patients.

Cette implantation de CdeP, à long terme, ne pourra s'effectuer que si les cliniciens et leurs gestionnaires parviennent à prioriser et à favoriser le partage et le développement des connaissances du personnel, des patients et de leurs proches en contexte de travail.

Du point de vue de la recherche, nous comptons poursuivre les phases d'accroissement de la preuve scientifique sur le développement et la valeur ajoutée de CdeP cliniques dans l'amélioration des soins de maladies chroniques, en comparant l'initiative ECIP à des alternatives pertinentes lors d'un essai randomisé de notre modèle de CdeP centré sur les maladies chroniques.

Recommandations

Les principales recommandations apparaissent dans le tableau qui suit.

Tableau III. Recommandations issues de l'évaluation de la phase I du projet ECIP

Message auquel il faut donner suite	Fondé sur les données suivantes relatives au projet
1. Importance d'intégrer une évaluation formative à la démarche de développement de la CdeP.	L'évaluation formative nous a fourni un support précieux pour mieux documenter et comprendre l'évolution des dynamiques des CdeP au fur et à mesure de leur développement.
2. On ne crée pas une CdeP, on la cultive. On a intérêt à identifier des CdeP spontanées et leur apporter les conditions nécessaires à leur épanouissement.	L'évaluation formative a permis de documenter la résistance initiale des professionnels au projet et au choix d'un thème mobilisateur.
3. Il est nécessaire de poursuivre l'exploration des composantes suivantes d'une CdeP : choix de la cible, approche réflexive, informationniste (bibliothécaire ++), coordonnateur de CdeP, participation des gestionnaires, plateforme d'échanges.	Ces composantes semblent les plus prometteuses selon nos données d'évaluation formative.
4. La formation à la collaboration et au fonctionnement en CdeP doit être intégrée à la mise en œuvre du thème mobilisateur.	Données d'évaluation des modules de formation et données d'entrevues avec les coordonnateurs de CdeP.
5. Approfondir les thématiques d'apprentissage suivantes: leadership professionnel, personnalité et collaboration, négociation des zones partagées entre professionnels, gestion des conflits, animation et structuration du travail de groupe, approche réflexive.	Données d'évaluation des modules de formation et données d'entrevues avec les coordonnateurs des CdeP.
6. Intégrer au niveau clinique une démarche d'éducation thérapeutique centrée sur le patient (démarche de résolution de problèmes).	Intérêt exprimé par les professionnels lors de la formation par modules en ligne.

<p>7. Mettre en œuvre une formation et un coaching spécifique pour l'informationniste et le coordonnateur de CdeP.</p>	<p>Besoins exprimés par les coordonnateurs des CdeP dans les 2 sites et profil de l'informationniste tel que décrit par les cliniciens lors des entrevues de l'évaluation formative.</p>
<p>8. L'implantation des CdeP doit être soutenue par les hauts gestionnaires de l'établissement (dégager les professionnels pour la formation; reconnaissance du rôle des CdeP dans l'amélioration continue de la pratique). Les gestionnaires des établissements doivent être sensibilisés à cette nouvelle approche qui implique un changement de pratique clinique qui doit être soutenu.</p>	<p>Données de l'évaluation formative : entrevues avec les gestionnaires et avec les membres des CdeP.</p>
<p>9. Il est nécessaire de poursuivre l'implantation et l'évaluation d'autres CdeP (Phase 1) dans divers milieux de première ligne et spécialisés, afin de tester les remaniements des étapes d'implantation d'une CdeP, ses ingrédients essentiels et les outils d'évaluation du fonctionnement des CdeP.</p>	<p>Nos conclusions à ce stade du projet ECIP restent malgré tout limitées à deux milieux cliniques.</p>

Références

1. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA: Harvard University Press 1996.
2. Pham HH, Simonson L, Elnicki M, et al. Training US medical students to care for the chronically ill. . *Acad Med* 2004;79:32-41.
3. Fisher L, Chesla CA, Bartz RJ, Gilliss C, Skaff MA, Sabogal F, et al. The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. *Diabetes Educator* 1998;24:599-607.
4. Leventhal H, Leventhal E, Van Nguyen T. Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives. In: Turk D, editor. *Families*. New York: Wiley & Sons, 1985.
5. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ* 2003;326:348-9.
6. Cox K, Stevenson F, Britten N, Y. D. *A systematic review of communication between patients and health care professionals about medicine-taking and prescribing (First draft)*. www.medicines-partnership.org London: Guy's, King's and St Thomas' School of Medicine, 2002.
7. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
8. Soubhi H. Travail interprofessionnel et développement professionnel continu. *11e Colloque du conseil québécois du développement professionnel continu des médecins*. Bromont, 2008.
9. Berwick DM. Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Ann Intern Med* 1998;128:651-6.
10. Soubhi H, Rege Colet N, Gilbert J, Lebel P, Thivierge RL, Hudon C, et al. Interprofessional Learning in the Trenches: Fostering Collective Capability. *Journal of Interprofessional Care* in press.
11. Davis RM, Wagner EG, Groves T. Advances in managing chronic disease. *BMJ* 2000;320:525-6.
12. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Jr., et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness- which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925.
13. Cohen A. Caring for the chronically ill: a vital subject for medical education. . *Acad Med* 1998;73:1261-6.
14. Stoeckle JD. The market pushes education from ward to office, from acute to chronic illness and prevention. *Arch Intern Med* 2000;160:273-80.
15. Nair BR, Finucane P. Reforming medical education to enhance the management of chronic disease. *Med J Aust* 2003;179:257-9.
16. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ* 2005;330:637-9.
17. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003;138:256-61.

18. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving primary care. Strategies and tools for a better practice*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2007.
19. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004;291:1246-1251.
20. Wenger E. *Communities of practice: Learning, Meaning, and Identity*. New York: Cambridge University Press, 1998.
21. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 2002.
22. Parboosingh J. Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable. *J Contin Educ Health Prof* 2002;22:230-6.
23. Schott MJ. The informationist. *Ann Intern Med* 2001;134:252-3.
24. Lockyer J, Gondocz T, Thivierge RL. Knowledge translation: role and place of practice reflection. *J Contin Educ Health Prof* 2004;24:50-6.
25. Van Baalen P, Bloemhof-Ruuward J, Van Heck E. Knowledge sharing in emerging networks of practice: the role of the knowledge portal. *Eur Manag J* 2005;23:300-14.
26. Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Qual Saf Health Care* 2003;12:i2-i6.
27. Smith EA. Communities of competence: new resources in the workplace. *J Workplace Learn* 2005;17:7-23.
28. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research* 2004;4(1):1.
29. Smith R. Towards a knowledge based health service. *BMJ* 1994;309(6949):217-8.
30. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6.
31. Mittman BS. Creating the evidence base for quality improvement collaboratives. *Ann Intern Med* 2004;140:897-901.
32. Rege Colet N. *Enseignement universitaire et interdisciplinarité. Un cadre pour analyser, agir et évaluer*. 1ère ed. Bruxelles: De Boeck & Larcier s.a, 2002.
33. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the 'black box'. A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *Journal of Family Practice* 1998;46(5):377-89.
34. Bohmer RMJ, Edmondson AC. Organizational learning in health care. *Health Forum J* 2001;March-April:32-35.
35. Reason P. Three approaches to participative inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks: Sage, 1998.

Documents disponibles sur demande

- Table des matières des modules sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient et ses proches
- Table des matières des modules de formation en ligne sur le fonctionnement en CdeP
- Guide des groupes de discussion avec les patients et proches
- Grille d'analyse des forums d'échanges
- Guides d'entrevues et d'observation