L’approche de cartographie des incidences en soutien au déploiement et à l’évaluation du modèle intégré du partenariat avec l’usager

L’expérience du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale

rcpi
Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

CIRRIS
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

VITAM
CENTRE DE RECHERCHE EN SANTÉ DURABLE

UNIVERSITÉ LAVAL

Emmanuelle Careau, erg. PhD [1,2,3,4]
Vice-doyenne à la responsabilité sociale, Faculté de médecine, Université Laval
Chercheure-boursière junior 1, Fonds de recherche du Québec en santé

Marie-France Allen, MSc [5]
Conseillère-cadre

Lise Turgeon [5]
Usagère partenaire en gestion partenariale

Jean-François Lacombe [5]
Usager partenaire en gestion partenariale

Jacqueline Légaré [5]
Agentes de planification, de programmation et de recherche

Sandrine St-Pierre-Gagné [5]
Agentes de planification, de programmation et de recherche

Béatrice Ouellet, erg. [2]
Étudiante à la maîtrise en santé publique

Adrien Kazup, MA [2]
Professionnel de recherche

Matthew Meaner, PhD [1,3,4]
Professeur associé, Département de médecine familiale et médecine d'urgence
Chercheur

Affiliations :

[1] Faculté de médecine, Université Laval
[2] Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)
[3] VITAM – Centre de recherche en santé durable
[4] Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI)
[5] Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique, Centre intégré en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN)

Avec la participation, au CIUSSS de la Capitale-Nationale, de :

Natalie Petitclerc (*directrice générale adjointe – Soutien, administration et performance),* Geneviève Morin, Catherine Matte, Sophie Bouffard & Audrey Duchesne (*agentes de planification, de programmation et de recherche),* Nathalie Parent & Richard Thiboutot *(gestionnaires),* Caroline White *(conseillère-cadre),* Michel Masse & Kathleen Grant *(usager et usagère partenaire),* Marie-Michèle Thériault (*membre du comité des usagers).*

Ce projet, s'inscrivant dans une pratique de pointe institutionnelle, a été rendu possible grâce au soutien financier de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale (CIUSSS-CN), ainsi que des Fonds de recherche du Québec en santé (FRQS) – subvention chercheur-boursier junior 1.

Pour nous joindre

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelle (RCPI)
2601, chemin de la Canardière
Québec, Qc, G1J2G3
info-rcpi@cifss.ulaval.ca

Auteure de correspondance : Emmanuelle.Careau@fmed.ulaval.ca

Comment citer ce rapport

Careau E, Allen M-F, Turgeon L, Lacombe J-F, Légaré J, St-Pierre-Gagné S, Ouellet B, Kazup A, & Meaner M (2020) L'approche de cartographie des incidences en soutien au déploiement et à l'évaluation du partenariat intégré avec l'usager: L'expérience du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles. CIUSSS de la Capitale-Nationale & Université Laval.

Publication (dernière mise à jour)
Septembre 2020

Table des matières

RÉSUMÉ EXÉCUTIF 6

MISE EN CONTEXTE 8

Figure 1- Modèle intégré du partenariat avec l'usager du CIUSSS de la Capitale-Nationale 9

LA MÉTHODE DE CARTOGRAPHIE DES INCIDENCES 11

DÉROULEMENT ET PARTICIPANTS 12

Tableau 1 – Réalisation des phases de la méthode de CI 13

VISÉE ET MANDATS DE L'INSTANCE DÉDIÉE 14

Encadré – Visée d'une instance telle que le BPUE 15
Encadré – Mandats 15

LES PARTENAIRES LIMITROPHES 16

Encadré – Partenaires limitrophes 16
Figure 2 – Les partenaires limitrophes du BPUE et les autres acteurs ayant une influence sur la prise en considération optimale du vécu et du savoir des usagers pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services 17

INCIDENCES ET MARQUEURS DE PROGRÈS 18

Encadré – Usagers partenaires 19
Encadré – Membres d'un comité des usagers ou comité des résidents 20
Encadré – Intervenants et professionnels 21
Encadré – Gestionnaires 22
Encadré – Membres de la direction générale 23

STRATÉGIES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES 24

Encadré – Catégorisation des stratégies 25
Tableau 2 – Exemple de grille stratégique pour l'implantation et le soutien du modèle intégré du partenariat avec l'usager sur les plans tactique et stratégique d'un établissement 26

Tableau 3 – Exemples de pratiques organisationnelles pouvant être mises de l'avant pour implanter et déployer le partenariat intégré avec l'usager selon les types de pratiques 27

LE SUIVI ET LA PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION **29**

EN CONCLUSION **30**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **31**

ANNEXE 1 **33**

Tableau 4 – Noms des participants, statuts et activités 33

ANNEXE 2 **34**

Résumé exécutif

Contexte

En santé et services sociaux, on encourage de plus en plus les usagers[1] et leurs proches ou représentant à s'impliquer dans les exercices d'amélioration continue de la qualité de l'ensemble des soins et services offerts, ainsi que dans la gouvernance des établissements. Au Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN), un modèle intégré du partenariat avec l'usager a été adopté afin d'illustrer les assises et les composantes de l'engagement des usagers au sein de l'organisation. Cette vision intégrée du partenariat signifie d'impliquer des usagers partenaires à tous les paliers de l'organisation (opérationnel, tactique, stratégique), d'utiliser les résultats des évaluations de l'expérience vécue des usagers et de collaborer avec les membres des comités des usagers et de résidents dans les divers projets ou groupes de réflexion et de décisions quant à l'amélioration des soins et des services. L'adoption de cette vision nécessite un changement important de culture et de comportements. De plus, il n'est pas toujours aisé de documenter les retombées des efforts en ce sens en utilisant des méthodes de suivi et d'évaluation plus traditionnelles.

Méthodologie du projet de recherche

Pour répondre à cette problématique, une équipe de recherche a développé une série d'ateliers participatifs selon la méthode de cartographie des incidences (CI) destinés à établir les bases nécessaires au développement d'un **plan d'évaluation des actions d'une instance dédiée au soutien du modèle intégré de partenariat avec les usagers en santé et services sociaux**. Ces ateliers ont impliqué des usagers partenaires, un représentant des comités des usagers, ainsi que des gestionnaires cliniques et professionnels du Bureau du Partenariat avec l'Usager et de l'Éthique clinique (BPUE) du CIUSSS-CN.

La CI est une méthodologie participative qui permet de planifier le suivi et l'évaluation d'un type spécifique de résultat : les incidences. Selon cette méthode, **les incidences représentent les modifications du comportement, des relations ou des activités de personnes et d'organisations directement en contact avec le programme ou l'instance à évaluer**. Lors de ce projet, une série d'activités participatives (entrevues, ateliers de co-construction et discussion de groupe) ont été réalisées afin d'identifier des incidences visées chez cinq groupes d'acteurs, puis de déterminer des marqueurs de progrès permettant de planifier les actions stratégiques et les retombées de celles-ci.

[1] Dans ce rapport, le terme « usager » sera utilisé de manière générique pour désigner à la fois le bénéficiaire des soins et services, mais aussi les proches ou représentants.

Résultats

Cinq groupes d'acteurs chez qui il est pertinent de viser des changements de comportements ont été identifiés : 1) les usagers partenaires, 2) les membres des comités d'usagers et des comités de résidents, 3) les intervenants et professionnels, 4) les gestionnaires cliniques, et 5) les membres de la direction générale d'un établissement (voir pp. 16-17). Pour chacun de ces groupes, de 8 à 14 marqueurs de progrès libellés sous forme de comportements observables ont été produits selon que les attentes soient minimales, souhaitables ou grandement appréciées (voir pp. 19-23). Finalement, des stratégies et pratiques organisationnelles pertinentes au soutien du partenariat avec les usagers sur les plans tactique et stratégique sont présentées en exemple (voir p.p. 24-27).

Retombées

Ce projet a permis de tester une nouvelle méthode pour développer un plan d'évaluation s'appliquant au déploiement du modèle intégré du partenariat avec l'usager au sein d'un établissement du Réseau de la santé et des services sociaux au Québec. L'identification des incidences visées et des marqueurs de progrès précise notamment ce qui est attendu des différents acteurs concernés par ce changement de paradigme. Ces travaux permettent aussi de mieux comprendre l'application concrète des efforts pour soutenir le partenariat avec l'usager au niveau tactique et stratégique afin d'inspirer d'autres établissements. En plus de ces retombées sur le soutien du partenariat, l'expérimentation de la méthodologie de CI pourrait inspirer les équipes d'évaluation dans le développement de plans de suivi des retombées dans d'autres domaines impliquant des changements d'attitudes ou de comportements.

Mise en contexte

En santé et services sociaux, l'engagement réel et positif de l'usager, de ses proches ou représentants dans la planification et la prestation des soins et services leur étant destinés est maintenant considéré comme essentiel. [1-7] En effet, il a été démontré que cet engagement a des retombées positives sur la qualité des soins et services, ainsi que sur la satisfaction envers ceux-ci.[8-9] Si cette corrélation positive a été documentée au plan clinique, plusieurs affirment qu'un tel partenariat devrait aussi être favorisé à tous les paliers du système de santé et de services sociaux.[1,10-11] C'est ainsi qu'on encourage de plus en plus les usagers et leurs proches à s'impliquer, à titre d'usagers partenaires, dans les exercices d'amélioration continue de la qualité de l'ensemble des soins et services offerts, ainsi que dans la gouvernance des établissements.[7-8,12.]

À ce sujet, Agrément Canada insiste sur l'importance que les établissements s'assurent que les usagers, leurs proches ou représentants prennent part aux processus visant l'amélioration de la qualité générale des soins et qu'ils examinent la manière dont les concepts d'expérience patient et de partenariat sont définis et mis en pratique dans le cadre de leur mission.[13] Or, au-delà des principes généraux, il n'existe pas nécessairement de consensus clairement établi sur la signification exacte des différents concepts et approches, sur l'arrimage de ceux-ci avec la réalité clinique, ainsi que sur la manière d'en mesurer les retombées.[10-11] L'adhésion à une compréhension commune permettant une articulation simple et coordonnée des actions de chacun en est ainsi complexifiée sur le plan organisationnel. Pour surmonter ces défis, le Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique (BPUE) du CIUSSS-CN a développé, dès 2015, en collaboration avec différents partenaires dont des chercheurs du VITAM - Centre de recherche en santé durable, des membres du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI), des usagers partenaires et des membres de comités d'usagers, un modèle intégré du partenariat avec l'usager (MIPU) qui illustre les assises et les composantes de l'engagement des usagers mises de l'avant par l'établissement et qui édicte les principes directeurs soutenant les actions du BPUE (voir figure suivante).

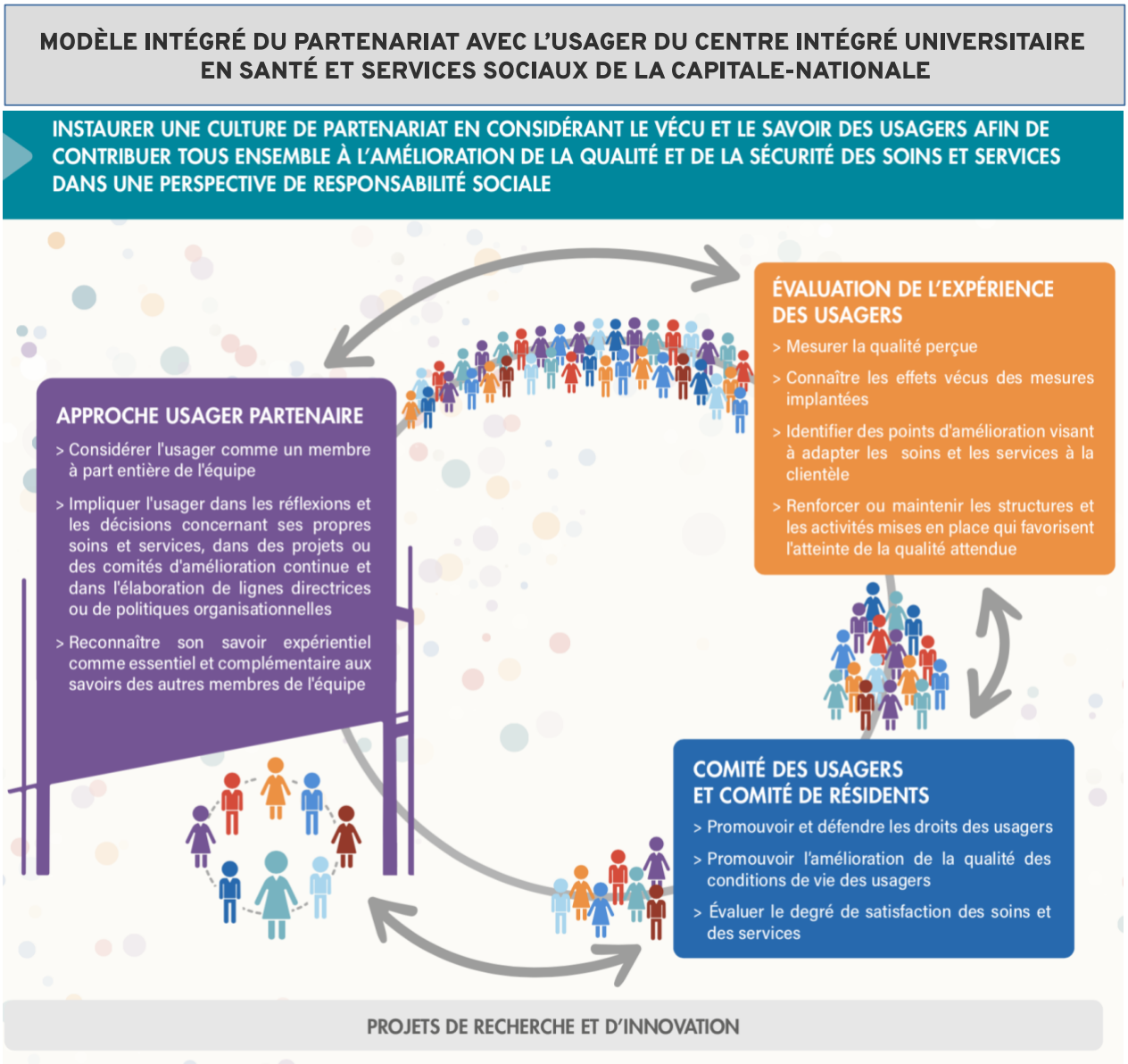

Figure 1- Modèle intégré du partenariat avec l'usager de Allen MF, White C, Lafleur D, Turgeon L, Légaré J, St-Pierre-Gagné S, Bérubé M, Morin G, Lacombe JF, Blouin C, Lévesque S, Mercier D, Dogba MJ & Careau E (dernière révision, janvier 2020)

Le modèle intégré du partenariat avec l'usager illustre qu'une mise à contribution optimale du vécu et du savoir des usagers est un acte de responsabilité sociale d'un établissement qui permet à tous de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services. Cela demande qu'une culture de partenariat avec l'usager soit encouragée à tous les paliers de l'organisation. **Le partenariat sur le plan opérationnel** réfère à l'engagement de la personne et de ses proches dans ses propres des soins et services. Des stratégies organisationnelles visant donc une meilleure considération de la personne au sein de l'équipe interprofessionnelle ou le soutien de son implication en prise de décision partagée sont des exemples d'actions au niveau opérationnel. **Le partenariat sur le plan tactique** concerne un engagement qui a un effet sur l'organisation et la prestation des soins et services pour un ensemble d'usagers. Ainsi, un usager partenaire peut participer aux processus d'amélioration continue de l'établissement ou à différentes activités visant des changements dans l'organisation des soins et services. **Le partenariat sur le plan stratégique** concerne un engagement qui a un effet sur la gouvernance d'un établissement. Cela peut se vivre par exemple en siégeant sur des comités de gouvernance, en participant à des travaux visant la révision des politiques et des normes de l'établissement ou même en partageant certaines fonctions de gestion. Le modèle illustre aussi que **l'évaluation de l'expérience vécue** par les usagers permet d'orienter les actions et de s'assurer qu'elles ont un impact sur la qualité et la sécurité des soins et services. Concernant, la contribution du vécu et du savoir des usagers, **les membres des comités des usagers et les comités de résidents** sont bien entendu considérés comme contributifs par leurs actions relatives au respect des droits des usagers, à l'évaluation de la qualité des services et du degré de satisfaction face à ceux-ci. Toutes ces composantes sont inter-reliées et contribuent à une vision intégrée du partenariat usager. À ces efforts organisationnels, peuvent s'adjoindre **des projets de recherche, d'évaluation, d'innovation**. Bref, le Modèle intégré du partenariat avec l'usager montre qu'il faut considérer l'engagement de la personne, de ses proches ou représentants de manière complémentaire, cohérente et intégrée à différents paliers de l'organisation.

Adopter cette vision intégrée du partenariat demande souvent un changement important de culture et de comportements. De plus, il n'est pas toujours aisé de documenter les retombées des efforts en ce sens en utilisant des méthodes de suivi et d'évaluation plus traditionnelles. Pour répondre à cette problématique, une équipe de recherche de VITAM - Centre de recherche en santé durable et du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) a développé une série d'ateliers participatifs selon la méthode de cartographie des incidences (CI) destinés à établir les bases nécessaires au développement d'un **plan d'évaluation des actions d'une instance dédiée au soutien du partenariat avec les usagers sur les plans tactique et stratégique en santé et services sociaux**. Intéressé à expérimenter cette méthode, le CIUSSS-CN a participé à l'organisation de ces ateliers en ses murs. Ceux-ci ont impliqué des usagers partenaires, un représentant de comités d'usagers, ainsi que des gestionnaires cliniques et professionnels du Bureau du Partenariat avec l'Usager et de l'Éthique clinique (BPUE) du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une pratique de pointe institutionnelle portant sur la gestion partenariale avec les usagers au CIUSSS-CN. Cette pratique novatrice met de l'avant un modèle qui intègre deux usagers partenaires au sein même du BPUE afin de planifier, coordonner et gérer la mise en œuvre des interventions visant un plus grand partenariat des usagers sur les plans tactique et stratégique de l'organisation et ce, en tenant compte des trois composantes du Modèle intégré du partenariat. La réalisation des ateliers participatifs selon la CI a permis d'aborder un autre volet important de la fonction de gestion, soit l'évaluation. Les ateliers réalisés ont permis aux usagers partenaires de participer au développement d'un cadre d'évaluation dédié à la mesure de retombées pertinentes et reflétant les réels efforts de l'organisation à l'égard du partenariat intégré avec les usagers. La CI est une méthodologie participative qui permet de planifier le suivi et l'évaluation d'un type spécifique de résultat : les incidences. Selon cette méthode, les incidences représentent les modifications du comportement, des relations ou des activités de personnes et d'organisations directement en contact avec un programme, ici le BPUE. L'originalité de cette méthode réside dans le fait qu'elle s'écarte des méthodes plus classiques d'évaluation de programme, pour se concentrer plutôt sur les modifications des comportements, des relations, des agissements ou des activités des personnes, groupes et organisations sur lesquels le programme exerce une influence.

La méthode de cartographie des incidences

La cartographie des incidences (CI) (*outcome mapping* en anglais), est une méthode qui a été adoptée par le Centre de recherche pour le développement international afin de rendre plus pertinents les processus de reddition de compte de programmes sociaux visant des modifications significatives et durables du niveau de bien-être d'une communauté.[14] En effet, les auteurs expliquent que les impacts de cette nature impliquent la participation, le plus souvent à long terme, de divers intervenants ; et que lorsqu'un changement survient, il est souvent le résultat de la convergence d'évènements sur lesquels aucun organisme n'exerce le contrôle total. Cette définition s'applique bien au soutien du partenariat avec l'usager dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

La méthode de CI permet de dresser une sorte de carte de progression des changements attendus en se basant sur des comportements observables. En plus de permettre un suivi des actions en documentant les changements de comportements auxquels un programme ou une instance a contribué, cette méthode possède un caractère hautement pédagogique pour encourager un changement de culture au sein d'une organisation. En adoptant l'analogie de l'excursion d'alpinisme, la vision portée par un programme ou une instance est le sommet de la montagne, la mission peut être associée aux objectifs d'ascension de l'alpiniste et les incidences correspondent au chemin ayant été planifié pour grimper. Le succès de l'excursion peut bien entendu être « mesuré » par l'atteinte du sommet, mais les différentes étapes du chemin parcouru (incidences) donnent les indices qu'on est sur la bonne voie et sont en quelques sortes d'autres mesures du succès de la progression. La méthode de CI propose ainsi d'élaborer l'évaluation en se basant sur ces incidences, et ce de manière participative selon trois grandes phases : la phase 1 consiste à définir les intentions visées (7 étapes), la phase 2 permet le suivi des incidences et du rendement (4 étapes) et enfin la phase 3 vise la planification de l'évaluation (1 étape). La méthode de CI a surtout été utilisée dans un contexte de développement international. À notre connaissance, elle n'a jamais été utilisée au sein d'un établissement en santé et services sociaux pour évaluer les retombées d'un programme ou d'une instance dédiée au partenariat avec l'usager.

Déroulement et participants

L'utilisation de la méthode de cartographie des incidences dans ce contexte novateur, combinée aux contraintes de temps des participants, a amené l'équipe de recherche à adapter le déroulement et la séquence de certaines activités. Ainsi, l'équipe de recherche s'est concentrée sur les étapes nécessitant l'apport des usagers (étapes 1 à 5). Premièrement, trois entrevues semi-structurées individuelles d'environ 60 minutes ont été réalisées afin de mieux comprendre les actions du BPUE et d'adapter les activités proposées lors des ateliers. Les entrevues ont été menées auprès de l'actuelle gestionnaire du BPUE, celle qui était la gestionnaire lors de son implantation et d'une agente de planification, de programmation et de recherche du BPUE. Ces entrevues ont été retranscrites en verbatim, puis soumises à une analyse thématique qualitative basée sur les dimensions du *Consolidated Framework For Implementation Research* de Damschroder pour documenter l'implantation et le fonctionnement du BPUE.[15]

Deuxièmement, des ateliers participatifs ont été organisés afin de définir les intentions visées pour faciliter la prise de décision chez les responsables du déploiement du partenariat intégré avec l'usager, concernant les changements de comportements qu'ils aimeraient voir se réaliser ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour y parvenir (le pourquoi ? le qui ? le quoi ?). Les ateliers étaient enregistrés pour référence ultérieure par l'équipe de recherche. Lorsque les participants devaient s'absenter à l'un ou l'autre des ateliers en raison de contraintes personnelles, ils avaient la possibilité d'envoyer leurs réflexions au préalable. Les ateliers se sont déroulés au printemps 2019, sur une période de trois semaines à raison d'une rencontre par semaine. Troisièmement, une séance de discussion a été organisée auprès de membres de l'équipe du BPUE et de la Directrice générale adjointe - Soutien, administration et performance de l'établissement dans une visée de transfert des connaissances. Lors de cette séance, les participants ont aussi pu débuter leur réflexion sur les stratégies et pratiques organisationnelles à mettre en place pour atteindre les changements visés (étapes 6 et 7 ; le comment ?). À noter que dans le cadre de ce projet, l'équipe n'a pas abordé la réalisation des étapes 8 à 12 proposées par la méthode de CI. En effet, ces étapes sont associées à l'implantation des stratégies et aux suivis, il en incombe donc à l'établissement d'en prendre la responsabilité. Finalement, une validation finale du rapport a été réalisée par la conseillère-cadre, les deux agentes de planification, de programmation et de recherche, ainsi que les deux usagers partenaires du BPUE. Le tableau suivant présente successivement les étapes de l'ensemble de la méthode de cartographie des incidences, ainsi que les adaptations réalisées dans le présent contexte.

Tableau 1- Réalisation des phases de la méthode de CI

PHASE 1 : DÉFINITION DES INTENTIONS		
Étapes de la méthode CI	**Ateliers tels que proposés par la méthode CI**	**Travaux réalisés dans le cadre de notre projet**
1) Vision d'avenir	Session de 2 heures	Réalisation de 3 entrevues auprès d'acteurs clés du BPUE + validation en groupe lors de l'atelier 1
2) Mission		
3) Partenaires limitrophes	Session de 1 heure	Atelier #1 (3 heures)
4) Incidences visées	Session de 30 min. / partenaires limitrophes (30 min à 3 heures)	Atelier #2 (3 heures)
5) Marqueurs de progrès	Session de 45 min / partenaires limitrophes (45 min à 4,5 heures)	Atelier #3 (3 heures)
6) Grilles stratégiques	Session de 2 heures	Séance de discussion avec l'équipe du BPUE (2 heures) + séance de validation avec l'équipe projet (2 heures)
7) Pratiques organisationnelles	Session de 30 minutes	
PHASE 2 : SUIVI DES INCIDENCES ET DU RENDEMENT		
8) Priorités du suivi	Session de 1 heure	Non-réalisé dans le projet
9) Journal des incidences	Session de 30 min / partenaires limitrophes (30 min à 3 heures)	
10) Journal des stratégies	Session de 1 heure	
11) Journal du rendement	Session de 1 heure	
PHASE 3 : PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION		
12) Plan d'évaluation	Session de 2 heures	Non-réalisé dans le projet

L'équipe de recherche était constituée d'une chercheuse ayant une expertise en collaboration interprofessionnelle et engagement des usagers, ainsi qu'en méthodes participatives d'évaluation (E Careau). Cette dernière avait aussi participé au développement du Modèle intégré du partenariat avec l'usager au CIUSSS-CN. Un autre chercheur ayant une expertise en engagement des usagers a aussi été en appui au développement du projet et à sa diffusion (M Meaner). Un professionnel de recherche (A Kazup) et une étudiante à la maîtrise en santé publique (B Ouellet) ont participé à la planification des activités, à leur réalisation, ainsi qu'aux analyses subséquentes.

L'équipe de recherche a été appuyée étroitement par la conseillère-cadre (MF Allen) et les deux usagers partenaires en gestion partenariale au BPUE (L Turgeon et JF Lacombe) dans le positionnement institutionnel de ce projet, la validation de contenu et la diffusion du rapport en découlant. À ceux-ci s'ajoutent 13 participants invités pour leur connaissance du terrain en matière de partenariat avec l'usager : conseiller-cadre, agent de planification, de programmation et de recherche, gestionnaire clinique, usager partenaire et membre d'un comité des usagers. Le statut des participants au projet et le détail de leur implication sont présentés à l'annexe 1.

Visée et mandats de l'instance dédiée

L'étape 1 de la CI permet de préciser la « vision d'avenir » d'un programme. Dans le contexte actuel, le programme peut être considéré comme étant les actions menées par l'instance dédiée au déploiement du partenariat intégré avec l'usager. Cela traduit les changements à grande échelle visés par les responsables. La vision est donc liée aux objectifs, mais est davantage généralisée et porte sur une période à long terme. La vision est un idéal assez vaste vers lequel tendre ; elle est définie au-delà de la capacité d'action. Dans le cadre de notre projet, le terme de « vision d'avenir » a été changé par « visée », afin que la terminologie n'entre pas en conflit avec la vision de l'établissement, soit celle du CIUSSS-CN. **L'étape 2 de la CI permet aux participants de libeller un énoncé de mission** définissant la façon dont on aimerait que le programme ou l'instance agisse afin d'atteindre la vision. Comme le CIUSSS-CN a son propre énoncé de mission dans lequel le BPUE s'inscrit, nous avons travaillé davantage avec la notion de « mandats ». Lors de l'atelier 1, l'équipe de

recherche a proposé un énoncé de visée et de mandats à partir de ses propres connaissances, des documents organisationnels et des entrevues préliminaires. Les participants ont pu ensuite réagir directement à l'aide de post-it fournis permettant alors de préciser et bonifier la proposition. L'équipe de recherche a ensuite regroupé les idées afin d'en faire ressortir les thématiques communes, ce qui a servi de base pour la réalisation des ateliers subséquents.

Visées d'une instance telle que le BPUE

Par une prise en considération optimale du vécu et du savoir des usagers dans une perspective de responsabilité sociale, nous voulons contribuer tous ensemble à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Mandats

Concernant le partenariat intégré avec l'usager, les mandats sont :

1. Soutenir le développement des meilleures pratiques concernant le partenariat intégré avec l'usager, en soutenir l'implantation et en évaluer les retombées.
2. Accompagner les directions de l'établissement souhaitant impliquer des usagers partenaires quant aux décisions liées à des projets d'amélioration des soins et des services sur le plan tactique et stratégique.
3. Réaliser les évaluations de l'expérience vécue des usagers afin d'avoir leurs perceptions et attente à l'égard de la prestation de soins et de services.
4. Faciliter et promouvoir la collaboration avec les comités des usagers et les comités de résidents.

Les partenaires limitrophes

Une bonne partie de l'atelier 1 a été consacré à la réalisation de **l'étape 3 de la méthode de CI : l'identification des partenaires limitrophes**. Cette étape permet de cibler les personnes, les groupes ou les organisations avec lesquels un programme ou une instance a des contacts directs et auprès desquels il exerce une influence. On ne peut pas « contrôler » les partenaires limitrophes. Ces derniers sont plutôt la cible des interventions mises en place dans la réalisation des mandats. Dans la méthode de CI, le changement de comportements des partenaires limitrophes constitue la base de l'évaluation des retombées.

Sous forme d'un brainstorming, les participants proposaient des partenaires limitrophes potentiels qui ont été inscrits sur un tableau. Ces derniers ont ensuite été regroupés au besoin, liés entre eux lorsque pertinent ou éliminés de la liste des partenaires limitrophes lorsqu'il était jugé que le BPUE n'avait pas d'influence directe sur eux. Le but visé était d'avoir un maximum de cinq groupes de partenaires limitrophes comme le recommande la méthode de CI. Cet exercice a aussi permis d'identifier d'autres catégories d'individus ayant une influence sur le soutien du partenariat avec l'usager dans une perspective d'amélioration des soins et services et de gouvernance. La figure 1 illustre l'ensemble des inter-influences entre les individus ou groupes d'individus tel que discuté par les participants.

Les partenaires limitrophes

1) Usagers partenaires
2) Membres des comités des usagers et des comités de résidents
3) Intervenants et professionnels
4) Gestionnaires
5) Membres de la direction générale

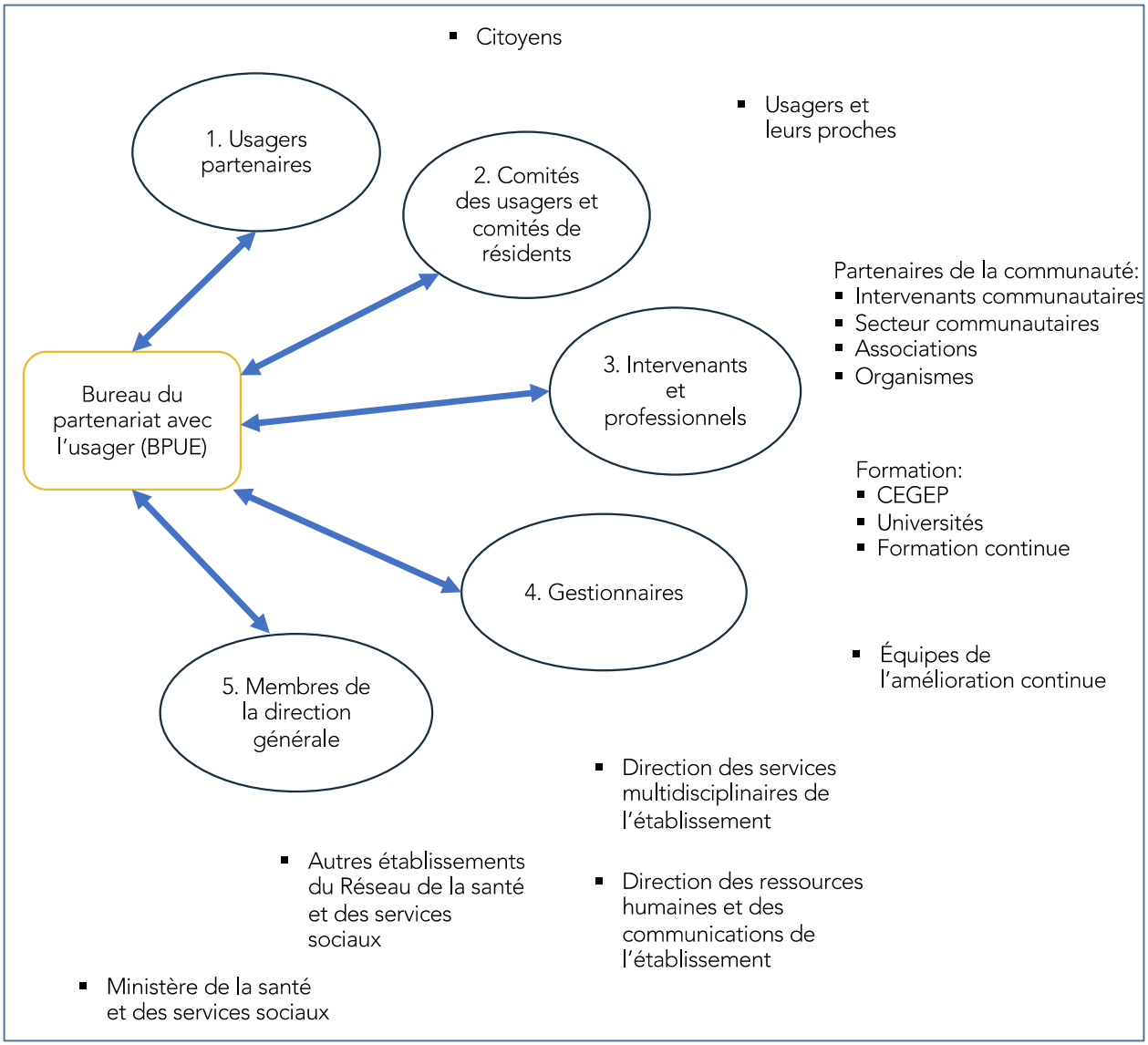

Figure 2- Les partenaires limitrophes du BPUE et les autres acteurs ayant une influence sur la prise en considération optimale du vécu et du savoir des usagers pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services

Incidences et marqueurs de progrès

L'étape 4 de la méthode de CI permet de préciser les incidences visées pour chacun des partenaires limitrophes identifiés. Les incidences caractérisent les changements dans les comportements, les relations ou les actions attendus de la part de ces partenaires afin de favoriser la concrétisation de la vision. Ces changements, même s'ils sont teintés d'une vision idéale, doivent être réalistes. **L'étape 5 de la méthode de CI permet d'établir des marqueurs de progrès gradués pour chacune des incidences définies**. Ces marqueurs viennent caractériser les changements de comportements des partenaires limitrophes afin de constater les progrès effectués dans le sens de l'incidence visée. Ces marqueurs de progrès sont ordonnés selon une progression passant du minimum attendu, à ce qui serait souhaitable, jusqu'aux comportements qui seraient très appréciés, mais non essentiels.

En préparation de l'atelier #2, les participants ont été invités à prendre connaissance des définitions d'incidences et de marqueurs de progrès, ainsi qu'à noter leurs idées de comportements attendus pour chaque partenaire limitrophe. Lors de l'atelier, ils ont écrit les comportements sur un post-it différent qu'ils ont classés selon chaque partenaire. Par la suite, les participants ont été divisés en équipe de deux (en privilégiant une bonne représentation des usagers) pour travailler sur un énoncé d'incidence pour un partenaire visé à partir des post-it fournis par le groupe. Ces énoncés d'incidence ont ensuite été partagés, discutés, puis valider en grand groupe. En préparation de l'atelier #3, une liste préliminaire de marqueurs de progrès a été produite à partir des résultat de l'atelier #2, celle-ci a été envoyée aux participants avant l'atelier #3. Lors du dernier atelier, les listes ont été discutées en groupe afin de préciser chaque marqueur de progrès et de les ordonner correctement selon les niveaux visés (attendus, souhaités, idéaux).[2] Une dernière validation de l'ensemble des marqueurs a ensuite été réalisés par les deux usagers partenaire et la gestionnaire du BPUE jusqu'à atteinte d'un consensus. Les pages suivantes présentent les incidences et les marqueurs de progrès pour les cinq catégories de partenaires limitrophes choisis.

[2] Le groupe a manqué de temps pour discuter et valider les marqueurs de progrès pour la catégorie de partenaires limitrophes « membre de la direction générale ». Ces marqueurs ont été validés plus tard par l'équipe du BPUE, incluant les usagers partenaires en gestion partenariale.

USAGERS PARTENAIRES				
Incidence visée	Il est attendu que les **usagers partenaires** comprennent bien leur rôle et les attentes à leur égard et qu'ils se sentent à l'aise dans leur implication. Ces derniers n'hésitent pas à communiquer avec le chargé de projet ou le BPUE s'ils constatent que le mode de fonctionnement prescrit par l'établissement n'est pas respecté ou si les bonnes pratiques quant à leur implication ne sont pas appliquées.			
Il est attendu minimalement que les usagers partenaires…				
% d'atteinte *	F	M	É	1. Soient en mesure de décrire le rôle d'un usager partenaire
	F	M	É	2. Soient présents aux rencontres planifiées par les gestionnaires du projet auquel ils sont associés
	F	M	É	3. Expriment leurs idées, leurs points de vue, leurs questionnements lors des rencontres
	F	M	É	4. Remplissent les formulaires d'évaluation transmis par le BPUE ou l'équipe projet
Il serait souhaitable que les usagers partenaires…				
% d'atteinte	F	M	É	5. Posent des questions sur la nature du projet dans lequel ils sont impliqués afin d'approfondir leurs connaissances sur le sujet
	F	M	É	6. Prennent connaissance de la documentation fournie par les gestionnaires en préparation des rencontres de projets
	F	M	É	7. N'hésitent pas à demander ce dont ils ont besoin pour bien assumer leur rôle (documentation, ordre du jour, compte-rendu, …)
	F	M	É	8. Connaissent les bonnes pratiques à l'égard de la participation des usager partenaire, des membres de comités des usagers, ainsi que de ce qui est attendu des gestionnaires
	F	M	É	9. S'adressent au BPUE s'ils sentent que les bonnes pratiques à leur égard ne sont pas respectées (ex. lorsqu'on lui propose directement de nouveaux mandats sans aviser le BPUE; s'ils ont des inquiétudes ou désirent se retirer)
	F	M	É	10. Expriment aux gestionnaires responsables des projets auxquels ils participent, leurs questionnements, leurs inquiétudes ou malaises
	F	M	É	11. Participent aux formations qui leurs sont offertes par le BPUE ou l'équipe projet
	F	M	É	12. Participent aux activités de promotion concernant le partenariat avec l'usager
Il serait grandement apprécié que les usagers partenaires…				
% d'atteinte	F	M	É	13. Proposent des pistes d'amélioration au BPUE afin de continuer à développer l'approche d'usager partenaire au sein de l'établissement
	F	M	É	14. Fassent la promotion de l'approche usager partenaires dans leurs milieux respectifs, auprès de leurs pairs, auprès de l'établissement ou dans l'espace public

* Pourcentage d'atteinte - Faible (F) : 0 à 40% Moyen (M) : 41 à 80% Élevé (É) : 81 à 100%

MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS ET COMITÉS DE RÉSIDENTS				
Incidence visée	Il est attendu que les **membres des comités d'usagers et des comités de résidents** connaissent bien leur mandat, leurs rôles et responsabilités et qu'ils en fassent la promotion de manière continue. Ils comprennent également la complémentarité de leurs actions dans le cadre de l'offre de services du BPUE. Enfin, qu'ils collaborent avec celui-ci dans l'actualisation de leurs fonctions.			
Il est attendu minimalement que les membres des comités des usagers et des comités de résidents…				
% d'atteinte *	F	M	É	1. Décrivent adéquatement leurs rôles et responsabilités au sein de l'établissement
	F	M	É	2. Distinguent les rôles de membres d'un comité d'usagers et des comités de résidents de ceux d'un usager partenaire
	F	M	É	3. Collaborent aux démarches d'évaluation de l'expérience des usagers, coordonnées par le BPUE, qui soutiennent l'actualisation d'un leur mandat
	F	M	É	4. Soient en mesure d'expliquer brièvement le soutien que le BPUE peut leur offrir
Il serait souhaitable que les membres des comités des usagers et des comités de résidents…				
% d'atteinte	F	M	É	5. Délèguent, tel que souhaité, un représentant des comités en réponse aux invitations du BPUE (comité spécial, consultation, comité ou projet d'amélioration continue, etc.)
	F	M	É	6. Sensibilisent les usagers, leurs proches et/ou leurs représentants à l'importance du partenariat avec l'usager à tous les paliers de l'organisation
	F	M	É	7. Soient en mesure d'expliquer brièvement le modèle intégré du partenariat avec l'usager à leurs pairs
	F	M	É	8. Sollicitent le soutien du BPUE pour leurs projets d'évaluation de l'expérience vécue des usagers (focus groupes, sondages, etc.)
Il serait grandement apprécié que les membres des comités des usagers et des résidents…				
% d'atteinte	F	M	É	9. Collaborent activement avec les programmes ou directions de l'établissement dans la promotion du modèle intégré du partenariat avec l'usager

* Pourcentage d'atteinte - Faible (F) : 0 à 40% Moyen (M) : 41 à 80% Élevé (É) : 81 à 100%

INTERVENANTS ET PROFESSIONNELS				
Incidence visée				Il est attendu que les **intervenants et les professionnels de l'établissement** impliquent les usagers dans toutes les décisions concernant leurs propres soins et dans l'organisation des soins et des services, en adoptant un vocabulaire et un niveau de littératie adaptés. Ils distinguent les particularités du partenariat intégré avec l'usager au sein de l'établissement et connaissent l'offre de services du BPUE.
Il est attendu minimalement que les intervenants et professionnels…				
% d'atteinte *	F	M	É	1. Soient en mesure d'expliquer brièvement ce qu'est le partenariat intégré avec l'usager (l'approche usager partenaire, l'évaluation de l'expérience des usagers et la collaboration avec les comités des usagers)
	F	M	É	2. Mettent en pratique les consignes diffusées par le BPUE, pour assurer une participation optimale des usagers partenaires dans les projets auxquels ils participent
	F	M	É	3. Identifient et réfèrent à leur gestionnaire des usagers qui répondent aux critères de pré-sélection pour participer à un projet ou un comité d'amélioration des soins et des services
	F	M	É	4. Contribuent, de différentes façons, aux démarches d'évaluation de l'expérience vécue des usagers au sein de leur direction (ex. : implication dans le comité de travail, mobilisation des usager, administration de questionnaires, etc.)
Il serait souhaitable que les intervenants et professionnels…				
% d'atteinte	F	M	É	5. Soient en mesure de décrire brièvement la complémentarité du rôle des usagers partenaires et du rôle des membres de comités des usagers et de comité de résidents
	F	M	É	6. Participent aux formations qui leur sont offertes sur l'approche usager partenaire
	F	M	É	7. Soient en mesure d'expliquer à leurs pairs ou à des stagiaires les bonnes pratiques concernant l'approche usager partenaire
	F	M	É	8. Suggèrent le recours à des usagers partenaires ou d'un membre de comités des usagers dans des projets d'amélioration continue pour leur secteur
	F	M	É	9. Sollicitent directement le BPUE lorsqu'ils ont des questions concernant le partenariat intégré avec l'usager
	F	M	É	10. Partagent les retombées de l'implication des usagers partenaires dans leur projet et les retombées des évaluations de l'expérience vécu des usagers auprès de leurs pairs et aux seins de leur direction
Il serait grandement apprécié que les intervenants et professionnels…				
% d'atteinte	F	M	É	11. Fassent la promotion de l'engagement de l'usager et du partenariat intégré dans leurs milieux respectifs, auprès de leurs pairs, de leurs stagiaires et dans l'espace public

* Pourcentage d'atteinte - Faible (F) : 0 à 40% Moyen (M) : 41 à 80% Élevé (É) : 81 à 100%

GESTIONNAIRES				
Incidence visée				Il est attendu que les **gestionnaires de l'établissement** comprennent l'importance et la philosophie du partenariat intégré avec les usagers dans le cadre des processus d'amélioration continue. Ils connaissent l'offre de service et le fonctionnement du bureau et comprennent leur rôle et leurs responsabilités à cet égard.
Il est attendu minimalement que les gestionnaires…				
% d'atteinte *	F	M	É	1. Soient en mesure de décrire brièvement le modèle intégré du partenariat avec l'usager adopté par l'établissement au sein de leurs équipes
	F	M	É	2. Mettent en pratique les consignes diffusées par le BPUE, pour assurer une participation optimale des usagers partenaires, dans leurs projets d'amélioration des soins et des services
	F	M	É	3. Préparent leurs équipes pour que l'intégration des usagers partenaires et d'un membre d'un comité des usagers ou comité de résidents se fasse dans les meilleures conditions
	F	M	É	4. Participent activement aux étapes des évaluations de l'expérience vécue des usagers au sein de leur secteur et de leur direction (ex. : implication dans un comité de travail, soutien à l'élaboration du questionnaire, mobilisation des équipes pour l'administration du questionnaire, utilisation des résultats pour orienter leurs actions dans l'organisation des soins et des services)
Il serait souhaitable que les gestionnaires…				
% d'atteinte	F	M	É	5. Participent aux formations qui leurs sont offertes sur l'approche usager partenaire
	F	M	É	6. Adaptent l'organisation des comités de travail en respectant la réalité (horaires, lieux, niveau de littératie) et le mandat des usagers présents (usagers partenaires et membre d'un comité des usagers ou comité de résidents)
	F	M	É	7. Diffusent les retombées des projets auprès des usagers qui y ont participé et au sein de leur direction
	F	M	É	8. Diffusent les retombées des évaluations de l'expérience vécue des usagers auprès de leurs équipes et au sein de leur direction
	F	M	É	9. Soutiennent leurs équipes dans l'identification des usagers partenaires potentiels pour participer aux projets de leur secteur
	F	M	É	10. Sollicitent directement le BPUE lorsqu'ils ont des questions concernant le partenariat avec l'usager
	F	M	É	11. Fassent la promotion active du partenariat intégré avec l'usager au sein de leurs équipes, auprès de leurs pairs et des membres de la direction
	F	M	É	12. Collaborent avec le BPUE pour améliorer les façons de faire à l'égard du partenariat avec l'usager au sein de l'établissement
Il serait grandement apprécié que les gestionnaires…				
% d'atteinte	F	M	É	13. Organisent des occasions d'échanges et de sensibilisation du partenariat intégré avec l'usager pour leurs intervenants
	F	M	É	14. Diffusent au sein de l'établissement et à l'extérieur de celui lorsque possible les retombées de leurs projets réalisés avec la contribution d'usagers partenaires, de membres de comités d'usagers ou de comités de résidents

* Pourcentage d'atteinte - Faible (F) : 0 à 40% Moyen (M) : 41 à 80% Élevé (É) : 81 à 100%

MEMBRES DE LA DIRECTION GÉNÉRALE				
Incidence visée	Il est attendu que les **membres de la direction générale** incluent l'importance et les principes du partenariat intégré avec l'usager dans leur discours, qu'ils en fassent la promotion active et qu'ils déploient les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs.			
Il est attendu minimalement que les membres de la direction générale…				
% d'atteinte *	F	M	É	1. Soient en mesure de décrire brièvement le modèle intégré du partenariat avec l'usager adopté par l'établissement
	F	M	É	2. Attribuent les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour assurer le fonctionnement optimal du BPUE
	F	M	É	3. S'assurent que les politiques et règles de fonctionnement internes favorisent le partenariat intégré avec l'usager
	F	M	É	4. Adoptent un discours en cohérence avec les meilleures pratiques du partenariat intégré avec l'usager, à l'interne comme à l'externe
Il serait souhaitable que les membres de la direction générale…				
% d'atteinte	F	M	É	5. Soutiennent les stratégies permettant de faire la promotion du rôle du BPUE dans le maintien et le développement des meilleures pratiques auprès des gestionnaires
	F	M	É	6. Impliquent des usagers partenaires et des membres de comités des usagers dans les projets qu'ils mènent selon les meilleures pratiques préconisées par le BPUE
	F	M	É	7. Mettent en place des mécanismes de reconnaissance de projets inspirants ou de personnes particulièrement créatives à l'égard du partenariat intégré avec les usagers
	F	M	É	8. Fassent la promotion active des principes du partenariat intégré avec l'usager dans leurs réseaux respectifs à l'extérieur de l'établissement et dans l'espace public
Il serait grandement apprécié que les membres de la direction générale…				
% d'atteinte	F	M	É	9. S'assurent que les valeurs d'engagement envers le partenariat avec l'usager sont considérées dans les processus de recrutement et d'avancement de carrière des employés de l'établissement
	F	M	É	10. Attribuent des ressources humaines, financières et matérielles supplémentaires, lorsque requises pour permettre le déploiement de projets innovants en matière de partenariat avec l'usager et le soutien actif du BPUE
	F	M	É	11. Fassent de l'innovation et de l'engagement envers le partenariat intégré avec l'usager une priorité organisationnelle et un signe distinctif de l'établissement

* Pourcentage d'atteinte - Faible (F) : 0 à 40% Moyen (M) : 41 à 80% Élevé (É) : 81 à 100%

Stratégies et pratiques organisationnelles

L'étape 6 de la méthode de CI permet d'établir une grille contenant les stratégies auxquelles le programme ou l'instance à évaluer aura recours pour la concrétisation de chaque incidence visée. Plusieurs stratégies devraient être mises de l'avant afin d'offrir de plus grandes chances de réussite. La combinaison d'une ou deux stratégies prédominantes avec plusieurs autres en appui présente une formule efficace. Les stratégies peuvent s'adresser directement à des personnes, des groupes ou des organisations en particulier. Elles peuvent aussi viser l'environnement de ces personnes, groupes ou organisations. Dans la grille stratégique, on catégorise ces dernières selon qu'elles soient axées sur les causes et les effets, sur la persuasion ou sur le soutien. **L'étape 7 de la méthode de CI vise à définir les pratiques organisationnelles nécessaires pour rendre le programme efficace**. Ces pratiques devraient traduire la performance et la tenue des interventions dans le sens du changement à plus ou moins long terme.

Lors de la séance de discussion avec l'équipe du BPUE, des questions de réflexion ont été soumises au groupe afin d'identifier des exemples de stratégies pertinentes pour une instance comme le BPUE. À cette fin, les questions suivantes ont été soumises au groupe :

1) Que pourrait-on faire pour obtenir un résultat immédiat (effet direct sur les marqueurs de progrès) ?
2) Comment renforcer la capacité d'action du BPUE ?
3) Comment pourrait-on offrir continuellement un soutien, des conseils ou un encadrement aux partenaires limitrophes ?
4) Que pourrait-on faire pour offrir un environnement favorable à l'atteinte de notre visée ?
5) Comment pourrait-on utiliser les médias, les communications pour promouvoir le travail du BPUE ?
6) Quels réseaux ou quelles relations pourrait-on utiliser ou créer pour avoir une meilleure influence sur les partenaires limitrophes ?

L'identification des stratégies à mettre de l'avant pour soutenir le partenariat intégré avec l'usager devrait être réalisée par chaque établissement. En effet, le choix des stratégies dépend de l'environnement et de la situation actuelle qui diffère probablement d'un établissement à l'autre. Lors de cette étape de la méthode de CI, les équipes responsables du déploiement et de l'évaluation des actions en matière de partenariat avec l'usager sont invitées à réfléchir aux stratégies en considérant le niveau d'atteinte actuel des incidences visées chez les partenaires limitrophes, le contexte organisationnel, les opportunités, ainsi que leurs priorités d'action.

Dans le cadre de ce projet, c'est l'équipe du BPUE qui a mené cette réflexion au sein du CIUSSS-CN. Lors de la rencontre de discussion avec les membres du BPUE du CIUSSS-CN, les participants ont pu discuter du niveau perçu d'atteinte des marqueurs de progrès pour les partenaires limitrophes. Cet exercice a permis d'identifier des champs d'action prioritaires à mettre de l'avant pour la prochaine année et d'en dégager quelques stratégies. Un des points soulevés par les participants était l'importance que tous comprennent bien le changement de paradigme nécessaire à l'engagement de l'usager au sein des différents niveaux organisationnels, notamment sur les plans tactique et stratégique. La compréhension commune des trois composantes du modèle intégré du partenariat avec l'usager, ainsi que les spécificités et implications de l'approche d'usager partenaire est considérée comme centrale dans les stratégies avancées. Outre cela, plusieurs stratégies ont été discutées. Dans la méthode de CI, on recommande de catégoriser les stratégies selon une matrice distinguant la cible d'action (sur un individu ou sur l'environnement), ainsi que son champ d'influence (axée sur les causes et effets, sur la persuasion ou sur le soutien). L'encadré suivant présente les définitions de cette catégorisation.

Catégorisation des stratégies

STRATÉGIES AXÉES SUR UN GROUPE OU UNE PERSONNE

Cause et effets (I-1) :	Avoir un effet direct ou obtenir un produit.
Persuasion (I-2) :	Stimuler une réflexion originale ou l'acquisition de compétences nouvelles, impulsion toujours donnée par des experts, un seul objectif.
Soutien (I-3) :	Créer un réseau de soutien, fondée sur un système de conseiller/mentor, participation plus fréquente et soutenue, promotion de l'autonomie, multifonctionnelle

STRATÉGIES AXÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

Cause et effet (E-1) :	Changer l'environnement physique ou le cadre politique, mesures d'encouragement, lignes directrices
Persuasion (E-2) :	Diffuser l'information, créer un climat de persuasion, changer le système de messages
Soutien (E-3) :	Créer un réseau d'apprentissage et d'actions, les partenaires limitrophes travaillent ensemble et s'appuient l'un et l'autre régulièrement

Afin d'offrir des exemples de stratégies pertinentes lors de l'implantation et du soutien au déploiement du modèle intégré du partenariat avec l'usager, l'équipe de recherche s'est basé sur les entrevues préliminaires réalisées dans le cadre de ce projet pour produire une grille stratégique tel que prescrit par la méthode de CI (voir tableau 2). Des discussions avec l'équipe projet ont aussi permis d'enrichir ces exemples afin d'inspirer d'autres établissements.

Tableau 2 – Exemple de grille stratégique pour l'implantation et le soutien du modèle intégré du partenariat avec l'usager sur les plans tactique et stratégique d'un établissement

STRATÉGIES VISANT UN GROUPE OU UNE PERSONNE			
	Axées sur les causes et effets	Axées sur la persuasion	Axées sur le soutien
	I-1	I-2	I-3
Stratégies	▪ Créer une instance dédiée au déploiement du partenariat intégré avec l'usager ▪ Inclure des usagers partenaires (UP) et réaliser une évaluation de l'expérience vécue des usagers dans un projet pilote d'amélioration continue ▪ Obtenir des données sur le degré de satisfaction des intervenants, des gestionnaires et des UP quant au projet pilote ▪ S'inspirer de cette expérience pour soutenir le déploiement du partenariat intégré	▪ S'assurer que les membres de l'instance dédiée sont adéquatement formés sur l'approche usager partenaire ▪ Fournir aux intervenants et gestionnaires des fiches synthèses sur les rôles et responsabilités d'un UP et des comités des usagers ▪ Préciser aux UP les attentes en matière de comportements lors des entrevues de sélection ▪ Offrir une formation aux UP et aux gestionnaires	▪ Obtenir l'appui de la direction générale ▪ Informer les membres des comités des usager et des comités de résidents des particularités et de la complémentarité de l'approche usager partenaire et de l'offre de services de l'instance qui est dédiée à son implantation et son déploiement ▪ S'appuyer sur les résultats des évaluations de l'expérience vécue des usagers pour orienter les priorités institutionnelles
STRATÉGIES VISANT L'ENVIRONNEMENT			
	Axées sur les causes et effets	Axées sur la persuasion	Axées sur le soutien
	E-1	E-2	E-3
Stratégies	▪ Porter un regard critique sur les conditions préalables à l'implantation d'un modèle de partenariat intégré avec l'usager au sein de l'établissement ▪ Adopter des normes et des directives institutionnelles qui favorisent le partenariat intégré avec l'usager ▪ Identifier les directions et les acteurs responsables de l'implantation et du soutien des actions en matière de partenariat avec l'usager	▪ Renforcer le message qu'un changement de culture et de pratique pour mieux soutenir le partenariat avec l'usager ▪ Diffuser l'offre de service de l'instance dédiée à l'implantation et au soutien du partenariat intégré avec l'usager	▪ Réseauter avec les établissements qui sont avancés dans le déploiement du partenariat intégré avec l'usager ▪ Travailler conjointement avec les membres des comités des usagers et des comités de résidents pour préciser les modalités de collaboration dans le déploiement du partenariat intégré avec l'usager

L'étape 7 de la cartographie des incidences, soit l'identification des pratiques organisationnelles, vient compléter le plan d'évaluation développé aux étapes subséquentes. La réalisation de cette étape permet de porter un regard critique sur la manière dont fonctionne le programme ou l'instance dédiée afin de demeurer pertinent, efficace et viable. Cela donne aussi l'occasion de réfléchir à ce qui se passe au sein du programme ou de l'instance, mais aussi sur la manière dont la situation peut être améliorée pour accomplir la mission plus efficacement.

Cette étape n'a pas été réalisé dans le présent projet. Le tableau suivant illustre cependant des exemples de pratiques organisationnelles qui seraient pertinentes dans un contexte d'implantation et de déploiement du partenariat intégré avec l'usager au sein d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. La méthode de CI recommande de catégoriser les différentes de pratiques organisationnelle selon huit types différents.

Tableau 3 – Exemples de pratiques organisationnelles pouvant être mises de l'avant pour implanter et déployer le partenariat intégré avec l'usager selon les types de pratiques

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	
Type de pratiques	**Définition du type selon la méthode de CIP et exemples adaptés au partenariat intégré avec l'usager**
Pratique 1. Rechercher de nouvelles idées, perspectives et ressources	*Passer en revue les sources d'information locales, régionales, internationales pour trouver de nouveaux moyens de s'acquitter de la mission* ▪ Les responsables de l'implantation et du déploiement échangent régulièrement avec d'autres établissements ▪ Les écrits sur les meilleures pratiques concernant le partenariat avec l'usager sont recensés
Pratique 2. Demander aux principaux informateurs de donner leurs impressions	Tenir compte d'informateurs qui ne sont pas régulièrement sollicités, mais qui ont de l'expérience et une solide connaissance du domaine ▪ Les responsables sont en contact avec des experts du domaine de l'engagement avec les usagers ▪ Des projets de recherche ou d'innovation sont mis en place avec des partenaires
Pratique 3. Obtenir l'appui des autorités supérieures	Soumettre les idées de façon attrayante aux organes décisionnels des paliers supérieurs de l'organisation ▪ Les membres de la direction générale de l'établissement sont sollicités pour prioriser les actions ▪ Les membres du conseil d'administration de l'établissement sont informés des actions et des retombées
Pratique 4. Évaluer et (re)définir les produits, les services, les systèmes et les procédures	Exercer une surveillance et apporter des changements pour que les services continuent de répondre aux exigences et aux besoins ▪ Les responsables se réunissent deux fois par année pour déterminer l'atteinte des indicateurs de progrès

Tableau 3 (suite) – Exemples de pratiques organisationnelles pouvant être mises de l'avant pour implanter et déployer le partenariat intégré avec l'usager selon les types de pratiques

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	
Type de pratiques	**Définition du type selon la méthode de CIP et exemples adaptés au partenariat intégré avec l'usager**
Pratique 5. Contacter des « clients » (partenaires limitrophes) pour ajouter de la valeur	Obtenir une rétroaction, tant positive que négative, des partenaires limitrophes ▪ La satisfaction des participants aux initiatives impliquant des usagers partenaires et des membres de comités des usagers est évalué systématiquement
Pratique 6. Partager le savoir	Adopter des procédures de diffusion afin de partager les connaissances acquises ▪ L'instance dédiée publicise son rapport annuel auprès de chaque groupe de partenaires limitrophes ▪ Un partage des retombées des évaluations de l'expérience vécue des usagers est discuté par direction ▪ Des conférences ou rencontres sont organisées pour présenter les retombées du partenariat intégré au sien de l'établissement
Pratique 7. Faire des expériences pour demeurer innovateur	Chercher de nouvelles orientations, de nouveaux outils et de nouveaux partenariats ▪ L'instance dédiée organise des ateliers de cartographie des incidences pour développer son plan d'évaluation des retombées ▪ Des projets d'innovation sont mis en place
Pratique 8. Réfléchir	Ménager des moments de réflexion sur le rendement et l'orientation du programme ▪ Les responsables du déploiement se rencontrent une fois par année avec des usagers partenaires et des membres du comité des usagers du centre intégré pour discuter des enjeux du déploiement du partenariat avec l'usager

Le suivi et la planification de l'évaluation

Le suivi des incidences et du rendement (phase 2 de la méthode de CI) permet d'établir un cadre pour surveiller les progrès des partenaires limitrophes selon des priorités de suivi. Lors de cette phase, les responsables du déploiement du plan d'évaluation sont invités à préparer des bases de données pour suivre les incidences selon le degré d'atteinte des marqueurs de progrès, ainsi que les stratégies et/ou les pratiques organisationnelles si désiré. À ce sujet, Earl, Carden, & Smutylo (2002) proposent de créer[14] :

- Un journal des incidences (étape 9) pour la collecte des données sur les réalisations des partenaires limitrophes en fonction des marqueurs de progrès.
- Un journal des stratégies (étape 10) pour recueillir des données sur les mesures mises en place pour influencer le comportement des partenaires limitrophes.
- Un journal de rendement (étape 11) pour suivre les pratiques organisationnelles appliquées afin que de demeurer pertinent, innovateur, viable et ancré dans son contexte.

Des exemples de ces outils sont présentés à l'annexe 3. Il faut tout de même se souvenir que le système de suivi doit être facile à comprendre et simple à mettre en œuvre. Les responsables doivent aussi déterminer le temps et les ressources qu'ils sont prêts à consacrer à l'évaluation des retombées et concevoir un système en cohérence. La méthode de CI encourage d'utiliser les rencontres d'équipe pour recueillir des données et réfléchir au travail réalisé. Les auteurs recommandent de tenir des réunions dédiées à l'évaluation tous les deux ou trois mois afin de ne pas oublier de détails et permettre aux participants de partager les faits saillants contribuant à l'évaluation.[14]

La planification de l'évaluation (phase 3 de la méthode de CI) permet aux responsables d'établir les priorités d'évaluation et d'en élaborer le plan en conséquence. Au moment de l'évaluation, les

responsables peuvent donc choisir une stratégie, un aspect ou une relation à examiner de manière plus précise. Par exemple, on pourrait mettre de l'avant dans l'évaluation la distinction entre les rôles d'usager partenaire et de membres de comité d'usager et de résidents. Les ressources seraient donc déployées de manière à évaluer précisément les retombées des actions touchant cet enjeu. Selon Earl, Carden, & Smutylo (2002), le plan d'évaluation indique l'aspect à évaluer, la façon dont les constatations seront utilisées, les questions à poser, les sources d'information, les méthodes d'évaluation, la composition de l'équipe d'évaluation, les dates prévues pour l'évaluation et le coût approximatif de l'exercice (voir annexe 3).[14]

En conclusion

Ce projet a permis de tester une nouvelle méthode pour développer un plan d'évaluation s'appliquant au déploiement du partenariat intégré avec l'usager au sein d'un établissement du Réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Il est intéressant de constater que dans ce contexte, l'approche de cartographie des incidences a représenté une manière efficace, efficiente et satisfaisante de développer un plan d'évaluation des retombées en partenariat avec gestionnaires, intervenants et usagers. Nous croyons d'ailleurs que cette approche pourrait être utile dans n'importe quel contexte interpellant des interventions qui visent un changement de comportements et de culture. Bien qu'intéressante, cette approche nécessite tout de même une appropriation soutenue de la part des équipes, ce qui se ferait difficilement sans l'apport d'un facilitateur « expert ».

Ce projet a amené un apport notable quant aux connaissances sur l'implantation de l'approche d'usager partenaire dans une perspective de partenariat intégré au sein d'un établissement en santé et services sociaux. L'identification des incidences visées et des marqueurs de progrès chez les partenaires limitrophes précise notamment ce qui est attendu des différents acteurs concernés par ce changement de paradigme. Ces travaux permettent aussi de mieux comprendre l'application concrète des efforts pour soutenir l'implantation et le déploiement d'un tel modèle. Outre leur potentiel pour en structurer l'évaluation, les marqueurs de progrès peuvent aussi aider à identifier les conditions minimales nécessaires pour l'implantation de certaines innovations au sein de l'établissement. Nous espérons que ces travaux pourront inspirer d'autres établissements dans le déploiement harmonieux et optimal des efforts en matière de prise en considération optimale du vécu et du savoir des usagers dans une perspective de responsabilité sociale.

Références bibliographiques

1. Institute of Medicine. Patients charting the course: citizen engagement in the learning health system: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2011.Ministère de la Santé et des Services Sociaux [En ligne].

2. Québec (QC) : MSSS; 2017. Engagements du ministre de la santé et des services sociaux pour soutenir les établissements [modifié le 31 mai 2017; cité le 12 avril 2018]; [environ 1 écran]. Disponible : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sad/engagements/

3. National eHealth Collaborative. NeHC stakeholder survey results [Internet]. Washington (DC): The Collaborative; 2012 Feb 27 [cited 2013 Jan 7]. Available from: http:// www.nationalehealth.org/ckfinder/ userfiles/files/2012%20NeHC %20Stakeholder%20Survey %20Results%20FINAL.pdf

4. World Health Organization. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva (CH): World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5. Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. Genève (CH) : OMS; 2018. Pourquoi l'engagement des patients est-il devenu une priorité ? [s. d.; cité le 12 avril 2018]; [environ 1 écran]. Disponible: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/fr/

6. Wilkins S. Patient engagement is the holy grail of health care. MedPage Today's KevinMD.com [blog on the Internet]. 2012 Jan 27 [cited 2013 Jan 7]. Available from: http://www .kevinmd.com/blog/2012/01/ patient-engagement-holy-grail-health-care.html

7. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. [En ligne]. Québec (QC) : MSSS; 2015. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 [modifié le 20 déc. 2017; cité le 12 avril 2018]; [environ 1 écran]. Disponible : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/

8. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ. 2007;335: 24-27.

9. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Medical care research and review: MCRR. 2013;70(4):351-79.

10. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs. 2013;32(2): 223-231.

11. Coulter, A. (2012) Leadership for patient engagement. Review of ledership in the NHS. The King's Fund.

12. Denis, JL, Davies, HTO, Ferlie, E et Fitzgerald, L. Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada. Ottawa (ON) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSSS); 2011. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/JLD_REPORT_Fr.sflb.ashx

13. Agrément Canada. Normes Leadership : Programme Qmentum. Ottawa (ON) : Agrément Canada; jan. 2016.

14. Earl, S., Carden, F., & Smutylo, T. (2002) La cartographie des incidences: Intégrer l'apprentissage et la réflexion dans les programmes de développement. Centre de recherches pour le développement international : Ottawa.

15. Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4(50)

Annexe 1

Tableau 4- Noms des participants, statuts et activités

Nom du participant	Statut	Entrevues	Atelier #1	Atelier #2	Atelier #3	Rencontre
Caroline White	Gestionnaire du BPUE jusqu'en 2017	X				
Marie-France Allen	Gestionnaire du BPUE depuis 2017	X	X	X	X	X
Jacqueline Légaré	Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) au BPUE	X	X	X	X	X
Sandrine St-Pierre Gagné	APPR au BPUE		X	X	X	X
Nathalie Parent	Gestionnaire au CIUSSS-CN		X	X		
Richard Thiboutot	Gestionnaire au CIUSSS-CN		X		X	
Marie-Michèle Thériault	Membre d'un comité des usagers		X	X	X	
Michel Masse	Usager partenaire		X	X	X	
Kathleen Grant	Usagère partenaire		X	X	X	
Jean-François Lacombe	Usager partenaire en gestion partenariale au BPUE		X		X	
Lise Turgeon	Usagère partenaire en gestion partenariale au BPUE		X	X	X	
Geneviève Morin	APPR au BPUE					X
Catherine Matte	APPR au BPUE					X
Sophie Bouffard	APPR au BPUE					X
Audrey Duchesne	APPR au déploiement des pratiques de pointe, DEAU du CIUSSS-CN					X
Natalie Petitclerc	Directrice générale adjointe —soutien, administration et performance ; CIUSSS-CN					X
Total de participants		3	10	8	9	8

Annexe 2

Images tirées de :

Earl, S., Carden, F., & Smutylo, T. (2002) La cartographie des incidences: Intégrer l'apprentissage et la réflexion dans les programmes de développement. Centre de recherches pour le développement international : Ottawa. Consulté au : https://www.outcomemapping.ca/download/OM_French_final.pdf

Journal des incidences (pp. 99-100)

FEUILLE DE SUIVI N° 2 : JOURNAL DES INCIDENCES		
Période de _____ à _____		
Collaborateurs pour la mise à jour :		
Incidences visées :		
Faible = Moyenne = Élevée =		
ON S'ATTEND À CE QUE		QUI ?
FME		
OOO 1		
OOO 2		
OOO 3		
OOO 4		
ON SOUHAITE QUE		
OOO 5		
OOO 6		
OOO 7		
OOO 8		
OOO 9		
OOO 10		
OOO 11		
OOO 12		
ON AIMERAIT BEAUCOUP QUE		
OOO 13		
OOO 14		
OOO 15		

FEUILLE DE SUIVI N° 2 : JOURNAL DES INCIDENCES
Description du changement :
Facteurs contributifs et acteurs :
Sources de données :
Changements non prévus : (inclure description, facteurs contributifs, sources de données)
Leçons / Changements nécessaires pour le programme / Réactions :

Journal des stratégies (p.105)

FEUILLE DE SUIVI N° 3 : JOURNAL DES STRATÉGIES	
Période de_____ à _____	
Contributeurs pour la mise à jour :	
Stratégie visée :	**Type de stratégie :**
Description des activités (Qu'avez-vous fait ? Avec qui ? Quand ?)	
Efficacité (Comment votre activité a-t-elle favorisé le changement chez les partenaires limitrophes ?)	
Résultats	
Suivi ou changements nécessaires pour le programme	
Leçons	
Date de la prochaine réunion de suivi :	

Journal de rendement (p.112)

FEUILLE DE SUIVI N° 4 : JOURNAL DU RENDEMENT
Travail exécuté du _____ au _____
Contributeurs pour la mise à jour :
Pratique 1. Rechercher de nouvelles idées, perspectives et ressources
Exemple ou indicateurs : Sources de données : Leçons :
Pratique 2. Demander aux principaux informateurs de donner leurs impressions
Exemple ou indicateurs : Sources de données : Leçons :
Pratique 3. Obtenir l'appui des autorités supérieures
Exemple ou indicateurs : Sources de données : Leçons :
Pratique 4. Évaluer et (re)définir les produits, les services, les systèmes
Exemple ou indicateurs : Sources de données : Leçons :

Plan d'évaluation (p. 128)

FEUILLE D'ÉVALUATION N° 1 : PLAN D'ÉVALUATION						
Question à évaluer :						
Qui utilisera l'évaluation, quand, de quelle façon ?	**Questions à poser**	**Sources d'information**	**Méthodes d'évaluation**	**Qui doit mener et gérer l'évaluation ?**	**Date (début et fin)**	**Coût**