



LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP)

Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle (CIP) ?

On définit la (CIP) comme étant un « processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté » (D'Amour et Oandasan, 2005). La CIP s'inscrit dans « un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé, une personne et ses proches, dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (CIHC, 2010).

Adoption d'un règlement et d'une procédure

Les pratiques de CIP s'appuient prioritairement sur une collaboration avec l'utilisateur et ses proches. L'approche de partenariat avec les usagers et ses proches accorde une importance à l'implication active de l'utilisateur dans ses soins et services et particulièrement dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'intervention ou de services. Cette collaboration favorise un meilleur engagement, une meilleure compréhension et une plus grande observance des usagers et de leurs proches dans les soins et services. En cohérence avec le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), l'établissement a adopté en janvier 2020 le « Règlement relatif au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé

intersectoriel (PSII) et à la note de concertation » : [\(R-29\)](#) et la « Procédure (tronc commun) relative au PI, PII, PSI, PSII et à la note de concertation » : [\(PR-R-29-1\)](#)

Les programmes services travaillent à l'élaboration de leur procédure spécifique qui précisera l'application des différentes orientations du « Règlement » et de la « Procédure tronc commun », en tenant compte du contexte dans lequel les soins et services sont offerts. La Direction des services multidisciplinaire (DSM) coordonne les travaux et offrira l'accompagnement pour permettre leur application. Les procédures spécifiques de chaque programme services paraîtront progressivement au cours de l'année 2022-2023. Une note de service parviendra aux secteurs concernés pour les informer du déploiement.

Outils pour adapter la collaboration

L'intensité de la collaboration doit se moduler selon la complexité des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur. En s'appuyant sur des outils du RCPI : le « **Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux** » et sur les « **Indicateurs de transition** », les intervenants sont amenés à se questionner afin d'appliquer la pratique de collaboration requise à la situation.

Voici le lien vers une capsule narrée, portant sur le **Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle** et les **Indicateurs de transition** :

https://www.presenter.cifss.ulaval.ca/RCPI/Continuum_des_pratiques_de_collaboration_interprofessionnelle_PUB/

Voici le lien vers une capsule narrée portant sur les **Compétences relatives à la collaboration interprofessionnelle** :

https://www.presenter.cifss.ulaval.ca/RCPI/Referentiel_des_compétences_PUB/

Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle

Il permet de clarifier :

- l'intention de la collaboration;
- la nécessité de mobiliser d'autres intervenants;
- la nécessité d'intégrer les savoirs et préciser le niveau de cohésion pour répondre à la complexité des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur.

Il met en lumière les types de collaboration interprofessionnelle dont celles-ci :

La pratique par consultation/référence

- Implique la reconnaissance des limites de son expertise et le recours à un autre intervenant ou à un autre champ disciplinaire;

La pratique de concertation

- Vise à assurer la cohérence et la complémentarité des différentes interventions prévues;

La pratique de soins et de services partagés

- Vise à répondre aux besoins complexes pour lesquels un risque de préjudice lié à la vulnérabilité et la sécurité de l'utilisateur persiste malgré les interventions. Interactions plus intenses, prise de décision partagée concernant un ou des objectifs communs.

Les indicateurs de transition

Voici des repères pour guider le choix de la pratique de collaboration à privilégier selon la situation :

-Progrès insuffisants : Malgré l'engagement de l'utilisateur, les progrès ne permettent pas d'atteindre les objectifs visés;

-Vision partielle de la situation : Une compréhension plus globale de la situation de l'utilisateur est requise;

-Messages différents ou contradictoires : Une concertation est nécessaire en présence de propos divergents :

- Tenus par l'utilisateur auprès d'au moins deux professionnels **ou**
- Tenus par des professionnels auprès de l'utilisateur

-Ajout ou complexification des besoins : Les besoins de l'utilisateur ne peuvent être répondus par un seul intervenant;

-Instabilité de l'état de santé : Situation qui nécessite des évaluations plus fréquentes par les intervenants;

-Situation de compromission : L'intégrité ou la sécurité de l'utilisateur est compromise;

-État de vulnérabilité : L'ajout d'un ou de plusieurs facteurs de risques modifient significativement l'état de vulnérabilité de l'utilisateur.

Les compétences pour collaborer

Plusieurs compétences sont nécessaires pour collaborer de façon optimale. Le référentiel national du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) cible des domaines de compétences qui soutiennent la capacité de collaborer efficacement :

- ✓ Soins et services centrés sur la personne, ses proches et la communauté;
- ✓ Communication interprofessionnelle efficace;
- ✓ Clarification des rôles de chacun;
- ✓ Travail d'équipe optimal;
- ✓ Conflits interprofessionnels gérés de manière proactive;
- ✓ Leadership collaboratif au sein de l'équipe clinique.

Si l'acquisition de ces compétences est importante pour toutes les pratiques de collaboration les maîtriser devient essentiel lorsque le degré d'interaction et d'interdépendance entre les membres de l'équipe est élevé.

Structure de soutien de la CIP

Dans chacune des directions programmes, un gestionnaire est porteur de la collaboration interprofessionnelle et il travaille avec la conseillère cadre à la CIP de la DSM. Il doit identifier des porteurs terrain qui permettront l'amélioration continue des pratiques de collaboration interprofessionnelle (CIP).