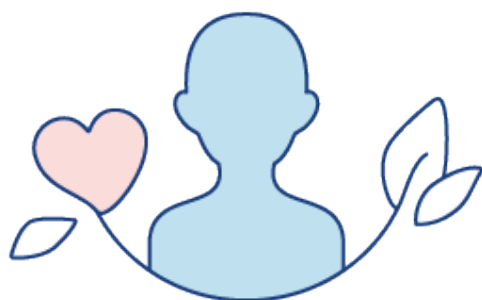


Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Guide de pratique pour soutenir l'engagement



Septembre 2025

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des gestionnaires et employés, dont les noms sont précisés à la section « Historique » à la fin de ce document.

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques. Un remerciement spécial aux usagères-partenaires, Claudine Oigny, Lyne Deslières et Véronique Béchard, pour leur implication et leur contribution essentielle dans ce projet.

Ce document favorise une écriture épicène et inclusive.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 7 octobre 2025.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

1. OBJECTIFS	6
2. CHAMPS D'APPLICATION.....	6
1.1 Définition de l'engagement	6
1.2 Indices pour repérer les difficultés d'engagement.....	7
1.3 Clientèle-cible	7
1.4 Utilisation des contrats	8
1.5 Précisions sur le consentement.....	8
1.6 Modèles théoriques	10
2 MODALITES.....	14
2.1 Ouvrir un dialogue sur l'engagement	16
2.2 Analyser et prioriser les facteurs	18
2.3 Suivi et mesure des résultats	20
2.4 Autres bonnes pratiques variées.....	22
3 INTERVENANT·ES CONCERNE·ES.....	22
4 ROLES ET RESPONSABILITES	22
5 RESSOURCES NECESSAIRES.....	22
6 CONCLUSION	23
7 LISTE DES ANNEXES.....	24
8 REFERENCES	24
ANNEXE A	28
ANNEXE B	29
ANNEXE C	30

Liste des abréviations et des acronymes

CISSSMO	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lexique

Personne dédiée à l'encadrement clinique	Terme qui inclut tous les titres d'emploi ayant un rôle d'encadrement clinique.
---	---

Introduction

« Si l'engagement était une pilule, ce serait le remède révolutionnaire du siècle » (traduction libre) (1)

Ce guide s'inscrit dans une **démarche d'innovation** visant à développer un modèle de pratique soutenant l'engagement de la clientèle au CISSSMO. Le besoin a été identifié dans le cadre de travaux sur le consentement en 2021. Un des principaux constats était que les équipes cliniques cherchent à favoriser l'engagement de leur clientèle par des formulaires de consentement et des contrats. Or, cette stratégie ne s'est révélée ni efficace selon la littérature, ni appuyée par l'expérience des membres du comité. Le comité de travail sur le consentement a donc fait la recommandation de mettre sur pied un second comité qui serait responsable de proposer de meilleures stratégies pour soutenir l'engagement de la clientèle et de ses proches (pour plus de détails sur les différents constats ainsi que sur le contexte des travaux il est possible de consulter ce [document explicatif](#)).

Un comité de travail constitué de membres diversifiés (directions de provenance et titres d'emploi variés) a ensuite été mis sur pied pour accomplir ce mandat. Ce comité a grandement contribué à préciser le besoin vis-à-vis les problèmes d'engagement de la clientèle, mais également à identifier des pistes de solution.

Ce guide est destiné à tout le personnel et les médecins du CISSSMO offrant des soins et services auprès des personnes usagères, ainsi qu'aux gestionnaires. Les informations qu'il contient pourraient également être utiles aux partenaires externes, telles que les organismes communautaires, en favorisant une compréhension commune du processus d'engagement et des pratiques qui le soutiennent.

Plusieurs étapes ont permis de développer un modèle de pratique mettant en lumière les actions prioritaires pour favoriser l'engagement. Dans l'[Annexe A](#) se trouve un résumé de ces principales étapes. Pour obtenir des données issues de l'expérience des membres du comité, plusieurs méthodes ont été employées, notamment des sondages, des délibérations, des ateliers, et des analyses d'entrevue. Ce guide est donc le produit d'une co-création, croisant les expertises et les connaissances des membres du comité ainsi que les données probantes. L'application de ce guide vise à offrir à la clientèle des soins et services personnalisés, adaptés et offerts au bon moment, tout en assurant une utilisation efficiente et responsable des ressources.

Pour aider à mieux comprendre et retenir l'information du guide, des encadrés d'apprentissage sont proposés tout au long de la lecture.



À noter : l'utilisation du terme **intervenant·e** dans ce document inclut **tous les titres d'emploi** travaillant auprès de la clientèle.

1. Objectifs

Un objectif général a été identifié en cohérence avec les différents travaux énumérés précédemment. Découlant de cet objectif, des moyens soutiennent l'adoption de pratiques professionnelles pertinentes et efficaces en matière de soutien à l'engagement.

Objectif général : susciter l'engagement de la personne usagère et de ses proches dans son suivi ou son parcours de soins ou de services.

Moyens identifiés :

- Déterminer les facteurs influençant le niveau d'engagement de la personne ;
- Prioriser les facteurs à cibler selon la problématique vécue et les caractéristiques de l'individu ;
- Mettre en œuvre des stratégies efficaces et personnalisées pour renforcer ou optimiser l'engagement de la personne et de ses proches¹ ;
- Prendre des décisions justes, cohérentes et pertinentes en matière d'ajustement des services.

2. Champs d'application

1.1 Définition de l'engagement

L'engagement se définit comme **la forme la plus active de participation** des personnes usagères. Une personne engagée est motivée à mieux comprendre sa situation, à acquérir des connaissances, et à exercer un pouvoir accru dans la relation avec les intervenant·es qui l'accompagnent. Elle est capable et veut s'impliquer dans ses soins, à sa manière, selon ce qui est approprié pour elle. Lorsqu'une personne est engagée, elle démontre une forte motivation à développer ses connaissances sur sa condition et à détenir du pouvoir dans la prise de décision qui la concerne (2).

L'engagement est considéré comme un terme parapluie, c'est-à-dire qu'il englobe plusieurs concepts, dont le partenariat ([Annexe B](#)). **Le partenariat** est une approche qui repose sur la reconnaissance de la personne usagère et de son proche comme un membre à part entière du système de santé et de services sociaux (3). L'engagement peut ressembler au partenariat, toutefois, à la différence de celui-ci, l'engagement sous-entend que la personne usagère est active dans ses soins et son bien-être, non seulement lorsqu'il est en présence des professionnels de la santé, mais également dans son quotidien.

Pour plus d'informations sur le partenariat, consulter la page sur [l'Approche de partenariat](#) qui se retrouve dans l'intranet.



À noter : L'engagement, tel que défini dans ce guide, repose sur une **responsabilité partagée**. La personne usagère, l'intervenant·e et l'organisation doivent tous contribuer à créer une dynamique qui favorise une démarche active et collaborative.

¹ Pour alléger la lecture, l'utilisation du mot personne usagère inclura également les proches pour la suite du document.

1.2 Indices pour repérer les difficultés d'engagement

Chez la clientèle

Certaines situations laissant présumer des difficultés d'engagement et nécessitant une attention particulière ont été identifiées au cours des travaux du comité. Voici une liste non exhaustive d'indices pouvant suggérer des difficultés d'engagement :

- Présence d'un historique important d'absences à des rendez-vous ;
- Demandes multiples ou récurrentes pour des besoins similaires ;
- Implication de plusieurs intervenant·es ou de services auprès d'une même personne ;
- Retards fréquents ou absences sans avis ;
- Passivité dans le suivi ou dans la mise en place de moyens pour atteindre ses objectifs ;
- Non-retour récurrent à des appels ;
- Non-complétion récurrente d'outils ou de questionnaires.

Dans ces situations, il peut être nécessaire de mettre en place des moyens en prévention pour aider ces personnes à s'engager et à utiliser les services de façon appropriée (utilisation responsable des services).

Réactions chez l'intervenant·e

La littérature identifie diverses réactions émotionnelles et professionnelles courantes chez les intervenant·es en relation d'aide, dans des milieux de soins et de services variés (20-23). En se basant sur la littérature, le comité de travail a regroupé des exemples de réactions que les intervenant·es peuvent vivre lorsque la personne usagère est désengagée.

Parmi ces réactions, on peut retrouver :

- Ressentir de l'agacement et/ou de l'impuissance ;
- Avoir l'impression de « perdre son temps » ou ne pas être efficace ;
- Vivre un sentiment d'incompétence ou de doute professionnel ;
- En faire plus pour la personne/se surinvestir auprès d'elle ou au contraire, se désinvestir ;
- Avoir tendance à vouloir corriger, convaincre ou persuader la personne usagère à changer son comportement ;
- Adopter une posture de dépersonnalisation, en devenant émotionnellement distant ou détaché dans la relation avec la personne ;
- Avoir des réactions défensives : ne pas offrir d'adaptation dans les services offerts à la personne parce qu'elle n'est pas engagée ;
- Éviter d'adresser les difficultés d'engagement.

Même les intervenant·es les plus expérimenté·es peuvent vivre ce type de réactions. Elles sont souvent le résultat d'un mélange complexe de facteurs organisationnels, situationnels, personnels et professionnels, pouvant affecter la qualité des soins et services, ainsi que les interactions avec les personnes usagères (20-23). Elles peuvent, entre autres, refléter des difficultés d'engagement chez la personne usagère, mais aussi altérer la relation avec la personne usagère, ce qui, en retour, risque de nuire à l'engagement de celle-ci. Reconnaître ces réactions permet donc de prendre du recul sur ce que l'on vit dans la relation avec la personne usagère, et d'ouvrir un dialogue autour de son engagement, dans une posture d'ouverture, d'écoute et de collaboration.

1.3 Clientèle-cible

Les interventions présentées dans ce guide sont applicables à **l'ensemble de la clientèle desservie par l'établissement**. Ainsi, ces interventions peuvent être utilisées auprès de toutes personnes utilisant les différents services, peu importe la direction clinique, la durée du suivi ou le contexte d'intervention (milieu hospitalier, à domicile, etc.). Il peut également s'agir de soins médicaux ou de services psychosociaux.

Groupes-cibles

En plus des indices présentés précédemment, la littérature souligne que certains groupes d'individus sont davantage susceptibles de rencontrer des difficultés d'engagement en raison de leur situation (4). Plus particulièrement :

- Les personnes vivant avec des conditions de santé chronique multiples et complexes ;
- Les enfants ayant des besoins complexes ;
- Les personnes vivant dans une situation de handicap ou avec une déficience ;
- Les personnes âgées vulnérables (*frail elderly*) ;
- Les personnes atteintes d'une maladie à un stade avancé.

S'ajoute également la présence de :

- Facteurs de risque reliés aux habitudes de vie et à la santé comportementale, incluant la santé mentale et les dépendances ;
- Facteurs de risque sociaux tels que la pauvreté ou l'itinérance.

1.4 Utilisation des contrats

Le mot « contrat » renvoie à un processus qui établit des règles encadrant un comportement donné et qui formalise l'engagement à les respecter. L'utilisation des contrats d'adhésion ou thérapeutiques visant à favoriser l'engagement a démontré une efficacité limitée dans la littérature (5). Dans la pratique, les règles ou les attentes qui s'y retrouvent sont souvent unidirectionnelles, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à la personne usagère seulement et n'incluent pas les engagements correspondants de l'intervenant·e. Le comité de travail sur le consentement, constitué au sein de l'établissement, a formulé des recommandations en ce sens. Les membres ont souligné que ce type de contrat n'a aucune valeur légale et peut soulever des enjeux éthiques, particulièrement lorsqu'ils prévoient des conséquences (Ex. : mettre fin à l'épisode de services en cas d'absence) en plus de ne pas avoir d'effet positif sur l'engagement.



À noter : La recherche de littérature effectuée dans le cadre de ce guide n'a pas permis de déterminer si l'efficacité des contrats varie selon la problématique présentée par la personne. Si la mise en place d'un contrat fait partie des bonnes pratiques auprès d'une clientèle spécifique, il appartient donc au jugement des professionnel·les de déterminer le moyen d'intervention le plus approprié. Il leur revient donc d'utiliser leur jugement clinique et de se référer à leur personne dédiée à l'encadrement clinique ou leur gestionnaire pour vérifier que le contexte clinique justifie l'utilisation du contrat et pour s'assurer d'avoir les connaissances et compétences nécessaires pour bien l'utiliser.

1.5 Précisions sur le consentement

Bien que les notions d'engagement et de consentement puissent être parfois confondues, elles remplissent des fonctions distinctes l'une de l'autre. En guise de rappel :



Le consentement libre et éclairé est :

- **À valider en continu** : la personne doit consentir à tout changement, retrait ou ajout dans les soins et services ;
- **Une démarche** qui permet :
 - D'évaluer la capacité de la personne usagère à consentir ;
 - D'aborder la nature des soins ou des services ;
 - De répondre aux questions ;
 - D'informer du droit de refus et du droit de retirer son consentement ;
 - D'offrir à la personne usagère une occasion de partager ses préférences et/ou ses réserves envers le soin ou le service.



Le consentement libre et éclairé **n'est pas** :

- Un outil destiné à encadrer les comportements de la clientèle (assiduité, ponctualité, annoncer des conséquences, etc.) ;
- Un consentement général : il doit au contraire être spécifique au service ou au soin proposé ;
- Un contrat à sens unique comportant des clauses imposées, sans possibilité de discussion.

Les discussions entourant le consentement sont des opportunités d'explorer l'engagement de la personne usagère, de clarifier ses attentes et d'identifier des ententes mutuelles. Cet échange est la première étape du processus de soutien à l'engagement qui sera présenté à la [section 2.1](#).

Pour obtenir davantage d'informations sur le consentement, la page intranet dédiée au [consentement aux soins et aux services](#) est une ressource précieuse.

Encadré d'apprentissage #1 - Soutenir l'engagement des personnes usagères et leurs proches

Catégorie	Contenu
Messages clés	• L'engagement, c'est quand une personne est active dans ses soins et services, que ce soit quand elle est en contact avec les intervenant·es ou même en dehors, dans sa vie de tous les jours. • Il contribue à améliorer l'expérience de soins et services, le sentiment de satisfaction personnelle ainsi que l'efficacité des interventions. • Les pratiques qui misent sur l'engagement aident à donner des soins et services qui conviennent à la personne, au bon moment et selon ce dont elle a besoin.
Compétences nécessaires	• Identifier les facteurs qui influencent l'engagement, qu'ils soient personnels, sociaux ou liés à la relation avec l'intervenant·e. • Être capable de comprendre et d'ajuster sa façon d'agir quand l'engagement est difficile, autant pour la personne qu'on accompagne que pour soi comme intervenant·e. • Faire preuve de jugement clinique et éthique pour adapter ses interventions aux besoins de la personne. • Comprendre les limites et les risques liés à l'utilisation de certains outils, comme les contrats.
Applications concrètes	• Observer les indices de difficultés d'engagement, comme les absences répétées, la passivité ou l'absence de retour aux suivis. • S'ajuster sans jugement, en évitant autant la surprotection que le désengagement de l'intervenant·e. • Explorer avec la personne, ses motivations, ses capacités, ses préférences et les obstacles qui nuisent à son engagement. • Éviter les contrats imposés unilatéralement; privilégier des ententes collaboratives, lorsque c'est pertinent.
Méthodes et stratégies	• Identifier et cibler les facteurs d'engagement les plus pertinents, selon la situation de la personne. • Coconstruire les objectifs de l'épisode de soins et services avec la personne usagère, en fonction de ses priorités. • Adopter une posture réflexive, en portant attention à ses propres réactions et à leur impact dans la relation d'aide.
Support et accompagnement	• Utiliser les outils cliniques ou lignes directrices fournis par l'établissement. • Se référer à sa personne dédiée à l'encadrement clinique pour valider l'usage de certains moyens (ex. : contrats). • Discuter des cas en équipe, avec sa personne dédiée à l'encadrement clinique, un collègue ou son gestionnaire pour mieux comprendre les résistances.

- Participer à des ateliers d'appropriation afin d'augmenter ses connaissances et compétences en lien avec l'engagement (se référer à son gestionnaire)
- Se référer à la page intranet [Soutien personnalisé à l'engagement clinique](#)

1.6 Modèles théoriques

Le modèle développé au sein de l'établissement s'appuie sur plusieurs concepts théoriques. Plus particulièrement, deux modèles ont été adaptés afin de répondre aux différentes missions de l'organisation : le modèle de soutien à l'engagement (Interactive Care model) et le modèle évolutif de l'engagement du patient (Patient Health Engagement model). Une partie du modèle évolutif de l'engagement est présentée dans cette section. Un résumé de ces modèles se retrouve à l'[Annexe C](#). Ce document explicatif regroupe aussi les références permettant d'approfondir la compréhension des deux modèles, au besoin.

1.6.1 Évolution de l'engagement

L'engagement d'une personne est un parcours unique à celle-ci et en constante évolution. Un individu traverserait quatre phases lorsqu'il fait face à une situation, temporaire ou permanente, affectant sa santé (7). Ces phases permettent de mieux comprendre les différentes réactions possibles de la personne. Toutefois, il ne s'agit pas d'une évolution linéaire, il est possible de revenir à des phases antérieures ou se retrouver simultanément dans plusieurs phases.

Phase	Description	Caractéristiques clés
Choc initial « Blackout » 	Première phase : la personne est confrontée à un enjeu de santé nouveau (physique, psychologique ou social). Elle se sent dépassée et perdue.	Émotionnellement fragile, donne l'impression d'être passive et désintéressée ; Dépend des autres pour prendre des décisions. Peu d'action, ne sait pas quoi faire pour améliorer sa situation.
Activation « Arousal » 	Phase où la personne commence à s'activer lentement, acquiert des informations sur sa condition. Elle commence à s'y adapter, mais demeure anxieuse.	Hypervigilante, anxieuse et hyperréactive ; Mets son attention davantage sur sa condition de santé et ses caractéristiques plutôt que sur les actions à prendre pour se rétablir.
Adhésion/investissement « Adhesion » 	Phase où la personne accepte sa condition, mais éprouve encore des difficultés face aux fluctuations de sa santé.	Accepte sa condition, mais susceptible de revenir aux phases précédentes ; Se perçoit seulement à travers son statut de patient·e ou d'utilisateur·e.
Projet de vie « Eudaimonic project » 	Dernière phase : elle est en mesure de tenir un rôle actif sur sa santé. Elle se reconnaît comme une personne à part entière et non seulement une personne malade. Elle est en plein contrôle de la gestion de sa santé en partenariat avec les professionnels qui gravitent autour d'elle.	Est en équilibre, elle a pleinement accepté sa condition de santé ; En mesure de se centrer sur d'autres rôles que celui de patiente et d'autres aspects de sa vie.

1.6.2 Modèle développé

Comme mentionné ci-haut, le modèle illustré à la figure I a été construit à partir de données extraites de la littérature (8,9), mais également co-construit à partir de l'expérience des membres du comité et des personnes consultées. Le modèle repose sur quatre piliers propres à chaque individu : ses capacités, son niveau de motivation, son contexte de vie actuel et ses connaissances. Ces piliers sur lesquels se fonde l'engagement sont influencés par l'interaction avec le personnel clinique et s'inscrivent dans un contexte (Ex. : l'organisation où le soin ou le service est reçu, le contexte actuel dans la société, etc.). L'individu se retrouve au centre du modèle avec ses caractéristiques, ses réactions qui lui sont propres ainsi que son historique personnel et ses antécédents de services reçus.

Les quatre catégories de facteurs influençant l'engagement servent de cibles pour l'observation et la discussion avec la personne usagère (9). Elles facilitent l'identification des éléments ayant le plus d'impact sur son niveau d'engagement. À partir de cette base, un soutien personnalisé est offert afin de mettre en place, conjointement avec la personne usagère, des stratégies ou des actions visant à atténuer l'effet négatif de ces facteurs sur son engagement. Ce processus demeure évolutif : les facteurs jugés prioritaires peuvent changer au fil du temps, en fonction de l'évolution de la situation de la personne usagère.



Les difficultés d'engagement ne sont donc pas toujours en lien avec un manque de motivation

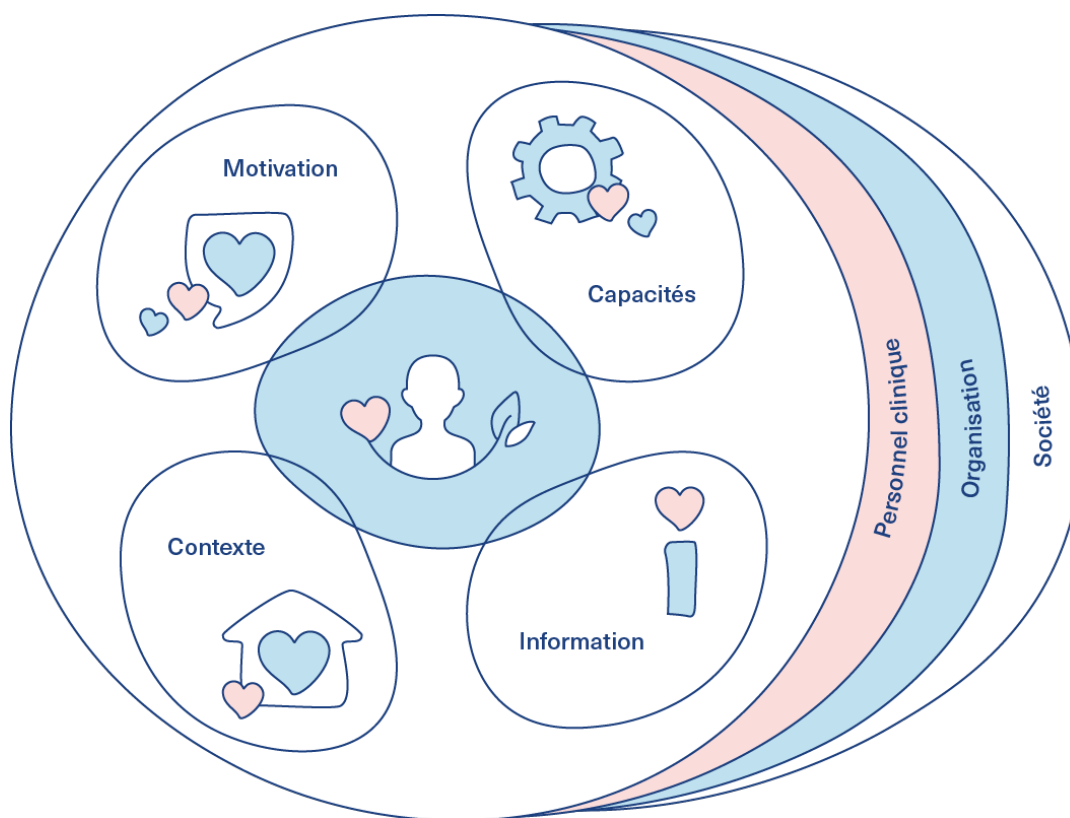


Figure I. Modèle développé pour soutenir l'engagement

1.6.3 Facteurs influençant l'engagement²



Motivation

Dispositions personnelles

Traits de caractère ou attitudes d'une personne influençant le comportement dans différents contextes (10) (ex. : méfiance, résilience, la persévérance, etc.)

Croyances

Manière de voir les événements et tenir pour vrai une information sans qu'il n'y ait une explication objective (11), incluent les croyances culturelles et religieuses (ex. : croire que seul le médecin peut contribuer à son rétablissement)

Sentiment de pouvoir d'agir

Perception que l'on peut influencer sa situation, même face à des défis importants (10) (ex. : prendre des décisions ou choisir ses objectifs de plan d'intervention)

Sentiment de compétence

Croire qu'il est possible de réussir une tâche ou une activité (12) (ex. : se sentir autonome et confiant en sa capacité à utiliser des stratégies apprises pour augmenter son mieux-être)

Disponibilité émotionnelle

Capacité d'une personne à être présente et réceptive à ses émotions et celles des autres (13) (ex. : tenter de mieux gérer sa glycémie tout en vivant une séparation et en étant parent monoparental)



Capacités

Niveau de littératie

Capacité d'un individu à lire, comprendre et traiter des informations écrites (14) (ex. : aptitude à lire et comprendre le feuillet d'informations précisant la préparation à une opération)

Maîtrise de la langue

Compétence d'un individu à s'exprimer dans une langue, à être compris et à comprendre les informations véhiculées verbalement (ex. : recevoir un service qui est dans une langue maîtrisée par la personne)

Compétences

Ensemble de connaissances et de savoir-faire mobilisés pour atteindre un objectif (12) (ex. : capacité de s'auto-injecter un médicament)

Capacités cognitives

Processus mentaux et habiletés permettant à un individu d'acquérir, traiter, mémoriser et d'utiliser l'information (15) (ex. : compréhension d'une explication scientifique donnée par un professionnel de la santé)

Discipline personnelle

Capacité d'un individu à se réguler, s'organiser et maintenir des comportements cohérents avec ses objectifs (16) (ex. : mettre en place les conditions nécessaires afin de suivre son programme d'exercices en physiothérapie)

² Les définitions ont été adaptées en comité afin qu'elles soient plus représentatives du contexte.



Contexte

Soutien psychosocial

Ensemble des ressources visant à répondre aux besoins émotionnels, sociaux et psychologiques d'une personne vivant des difficultés (ex. : participer à son rendez-vous de vaccination tout en étant accompagné par son chien d'assistance)

Responsabilités

Autres responsabilités personnelles ou professionnelles qui interfèrent avec le suivi de la personne (ex. : être propriétaire d'une entreprise ou être un parent monoparental)

Fardeau de santé

Impact global d'une maladie, d'un trouble de santé mentale ou d'une situation psychosociale dans la vie d'une personne (17) (ex. : être limité dans sa réadaptation en raison de symptômes dépressifs)

Ressources

Élément matériel ou non, utilisé pour répondre à un besoin (18) (ex. : avoir les ressources de transport pour se rendre au rendez-vous)



Information

Connaissances

Résultat de l'intégration et de la compréhension des informations reçues

Informations disponibles et accessibles

Éléments bruts donnés ou accessibles :

- Sur les conditions ou situations ayant un impact sur la santé physique ou psychologique de la personne usagère ;
- Sur les ressources disponibles.

D'autres facteurs propres à une clientèle ou découlant de l'analyse de l'intervenant-e, peuvent également s'ajouter. Les facteurs ne sont donc pas retroints à cette liste.



À noter : Il faut garder en tête que le niveau d'engagement de la personne usagère varie dans le temps. Il est influencé de façon constante par les facteurs individuels, la qualité de la relation entre la personne usagère et son intervenant-e et le contexte organisationnel et sociétal (voir [Figure I](#)).

Encadré d'apprentissage #2 – Modèles théoriques

Catégorie	Contenu
Messages clés	• L'engagement est un processus qui évolue avec le temps et qui n'est pas toujours linéaire. Il est influencé par plusieurs facteurs. • Le modèle de soutien à l'engagement du CISSSMO propose 4 grandes catégories de facteurs qui peuvent guider l'observation et les échanges avec la personne usagère. • Le modèle développé place la personne au cœur de l'intervention, en tenant compte de ses caractéristiques, de son histoire et de son environnement.
Compétences nécessaires	• Connaître les modèles d'engagement, autant dans leur dimension théorique que dans leur application concrète. • Reconnaître les différentes phases de l'engagement dans le parcours de la personne. • Reconnaître et comprendre les facteurs qui influencent l'engagement. • Faire preuve de sensibilité face aux différences individuelles et à l'évolution de l'engagement dans le temps.
Applications concrètes	• Observer à quel moment du parcours d'engagement se situe la personne. • Utiliser les piliers de l'engagement — motivation, capacités, connaissances et contexte — pour guider l'identification des barrières et des facilitateurs. • Adapter son soutien et ses interventions en fonction des facteurs observés. • Éviter de conclure trop vite à un manque de motivation : d'autres obstacles peuvent être en cause. L'analyse de la fonction des comportements peut faire émerger des besoins sous-jacents.
Méthodes et stratégies	• Amorcer le dialogue sur l'engagement dès le début du suivi. • Explorer les perceptions, les attentes et les préoccupations de la personne et de l'intervenant·e. • Utiliser la banque de questions pour mieux comprendre les facteurs qui influencent son engagement. • Clarifier ensemble les rôles et responsabilités de chacun dans la démarche de soins ou de services.
Support et accompagnement	• S'appuyer sur le soutien des collègues, des personnes dédiées à l'encadrement clinique et des gestionnaires pour intégrer progressivement le modèle d'engagement. • Utiliser le guide et les annexes pour mieux comprendre les fondements théoriques du modèle. • Favoriser la concertation d'équipe afin d'adapter les outils et les stratégies aux besoins et aux réalités de la clientèle visée.

2 Modalités

La section suivante présente les modalités sous forme d'étapes, chacune étant essentielle pour favoriser l'engagement de la clientèle. Ces étapes s'intègrent dans la pratique courante de l'intervenant·e et dans son **processus clinique** (cueillette de données, évaluation, etc.).

Pour soutenir l'engagement, il est nécessaire de trouver un point de rencontre entre les actions dont la personne usagère est responsable et celles que l'intervenant·e peut mettre en place.



Les stratégies présentées sont générales et les exemples s'y rattachant servent avant tout à faciliter la compréhension. Il revient donc aux différentes équipes qui consulteront ce guide d'adapter ces pistes de réflexion aux caractéristiques de leur clientèle.

!! À noter : Aucune contre-indication à l'utilisation des stratégies présentées dans le guide n'a été relevée dans la littérature consultée sur le sujet de l'engagement. Toutefois, aucune recherche spécifique n'a été menée concernant les contre-indications propres à une clientèle en particulier. L'intégration des stratégies proposées repose sur le jugement clinique de l'intervenant·e, qui les applique en complément aux interventions démontrées efficaces pour une problématique donnée.

Le processus de soutien à l'engagement présenté (Figure II) s'inscrit directement dans le processus clinique des intervenant·es et propose une démarche structurée, continue et adaptée, fondée sur une approche de partenariat. Les aptitudes relationnelles de l'intervenant·e, telles que la bienveillance, l'authenticité, l'écoute empathique, etc., sont déterminantes pour établir et maintenir la relation thérapeutique, et ce, à chaque étape du processus, afin de favoriser l'engagement de la personne usagère.

Ce processus guide les intervenant·es à :

- Établir un dialogue ouvert et clarifier les attentes mutuelles ;
- Identifier, analyser et prioriser les facteurs influençant l'engagement ;
- Offrir un soutien personnalisé ;
- Assurer un suivi, une réévaluation et un ajustement au besoin.

L'application de ces principes permet une intervention plus ciblée et efficace en matière d'engagement. Elle favorise l'atteinte des objectifs cliniques, une utilisation judicieuse des services et renforce la relation de confiance entre l'intervenant·e et la personne usagère — un levier essentiel pour susciter et maintenir l'engagement.

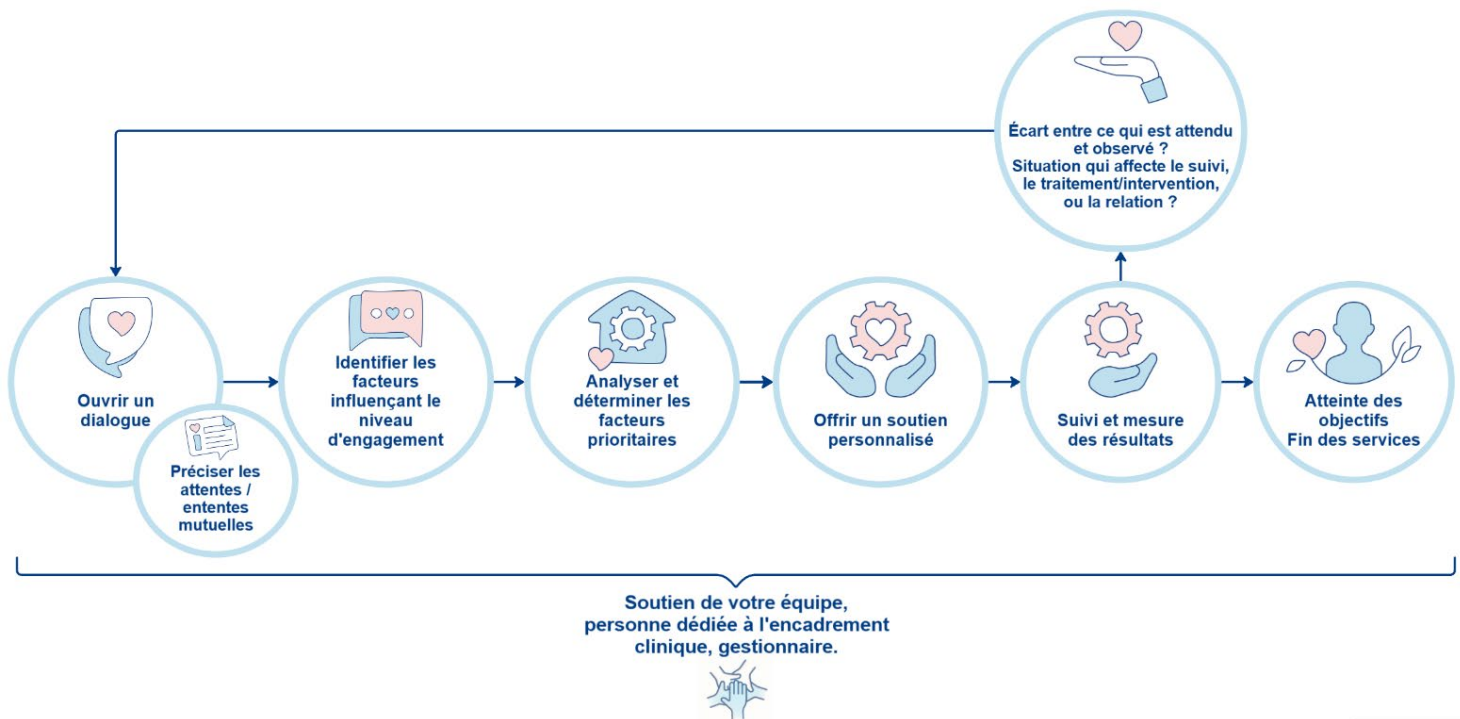


Figure II. Processus de soutien à l'engagement.



Soutien collectif

Ce processus rappelle également l'importance du soutien entre pairs dans ces situations qui peuvent parfois être complexes. À chaque étape de ce processus en boucle, il peut être nécessaire d'échanger avec les partenaires, des collègues, une personne dédiée à l'encadrement clinique ou un-e gestionnaire. Ces échanges permettront au fil du temps de s'approprier le contenu du guide en l'adaptant aux réalités spécifiques de sa clientèle, et ce, en s'appuyant sur ses connaissances approfondies de celle-ci.

L'idée est que chaque équipe développe une expertise fine du soutien à l'engagement en fonction des particularités de la clientèle auprès de laquelle elle intervient. Ainsi, il s'agira de cerner les questions les plus pertinentes à se poser, les stratégies les plus efficaces à privilégier, ainsi que les facteurs clés à prendre en compte pour favoriser l'engagement. Ces éléments varieront légèrement en fonction du profil de la clientèle.

2.1 Ouvrir un dialogue sur l'engagement

Afin de susciter l'engagement, il est primordial d'ouvrir d'abord la discussion sur le sujet, en informant et en sensibilisant les personnes usagères à l'évolution de l'engagement ainsi qu'aux facteurs qui l'influencent. Il s'agit d'une première étape importante, car cela permettra à la fois d'offrir une occasion d'introspection pour la personne sur son engagement et d'identifier rapidement certains indices et facteurs pouvant nuire. Voici les éléments principaux à explorer :

- Les attentes de chacun ([voir 2.1.1](#)) ;
- Les facteurs influençant le niveau d'engagement ([voir 2.1.2](#) et l'[Annexe I](#)).



À noter : Le recours aux contrats d'adhésion ou thérapeutiques unidirectionnels doit rester exceptionnel. Leur utilisation ne devrait être envisagée qu'avec l'appui d'une personne dédiée à l'encadrement clinique ou un-e gestionnaire, puisqu'aucun effet positif sur l'engagement suite à leur utilisation n'a été démontré ([voir section 1.4](#)).

2.1.1 Préciser l'entente mutuelle

Soutenir l'engagement de la personne requiert un investissement de part et d'autre, chacun a un bout de chemin à parcourir. Toutefois, tant l'intervenant-e que la personne usagère ont leurs limites quant à ce qu'ils peuvent faire. Cela exige de reconnaître la portée limitée de ses interventions comme intervenant-e et les capacités variables à s'engager de la personne. Une entente mutuelle claire devrait être conclue au terme de ces discussions et devrait être bidirectionnelle, c'est-à-dire concerner autant la personne usagère que l'intervenant-e. Cette entente mutuelle, qu'elle soit verbale ou écrite, sert à renforcer la relation de confiance, à orienter le choix des stratégies et servira de base s'il est nécessaire de faire une [mise au point](#) en cours de route.

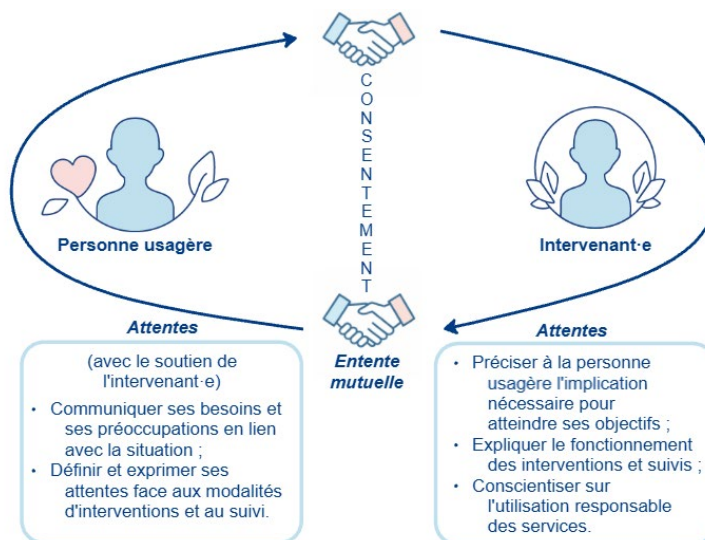


Figure III. Entente mutuelle

À la figure III, le [consentement](#) est au centre, car l'ouverture du dialogue sur l'engagement peut se faire à même la validation du consentement. Ces deux démarches partagent d'ailleurs des éléments similaires : clarifier les attentes de part et d'autre, et valider le réalisme de celles-ci. Il est indispensable de tenir cette discussion afin que la personne ait une vision claire de l'investissement que demande son suivi, ce qui contribuera à soutenir son engagement dans l'atteinte de ses objectifs.

Également, un des rôles de l'intervenant·e est de sensibiliser la clientèle à une **utilisation responsable** des services. Ce concept sous-entend que :

- La personne usagère reconnaît l'importance d'un usage approprié et réaliste, des soins et des services ;
- La personne comprend qu'elle joue un rôle actif dans l'atteinte de ses objectifs.

Il est important d'aborder cette notion avec tact et bienveillance, afin de favoriser une démarche constructive.



Saviez-vous que... Le [Code d'éthique](#) de l'établissement qui établit les conduites attendues tant chez les intervenant·es que chez les personnes usagères, inclut des éléments cohérents avec les fondements de l'engagement. Parmi ceux-ci se retrouve la responsabilité appartenant à la personne usagère de « communiquer ses préoccupations, ses besoins, ses préférences [...], tout en tenant compte de l'offre de service disponible et en **ayant le souci d'utilisation judicieuse de ces services** ». Cela renforce la légitimité de sensibiliser la clientèle à la disponibilité limitée des services.

2.1.2 Identifier les facteurs influençant l'engagement

Afin de déterminer la présence de facteurs influençant l'engagement, il est primordial d'explorer la perception de la personne sur ses capacités d'engagement pour soutenir rapidement la recherche de solutions (19). Dans cette optique, et pour soutenir les échanges avec les personnes usagères, une banque de questions générales a été élaborée. Inspirée de la littérature scientifique, elle a ensuite été adaptée en collaboration avec les membres du comité de travail afin d'être plus représentative du contexte de l'organisation. Cet outil n'est pas une démarche standardisée visant à évaluer le niveau d'engagement, mais plutôt un moyen pour mieux comprendre et identifier les facteurs individuels pouvant influencer l'engagement d'une personne. Plusieurs de ces questions s'inscrivent facilement dans une cueillette de données dans un processus clinique habituel. Les réponses recueillies peuvent ensuite servir à orienter les interventions selon les besoins spécifiques de la personne. Veuillez vous référer à l'[Annexe I](#) pour consulter la banque de questions.

Encadré d'apprentissage #3 – Modalités

Catégorie	Contenu
Messages clés	• L'engagement peut être soutenu de façon structurée, en l'intégrant aux étapes habituelles du processus clinique (comme la cueillette de données, l'évaluation, le premier contact avec la personne usagère, etc.). • Les stratégies proposées peuvent être utilisées avec toute personne, mais leur application doit toujours s'appuyer sur le jugement clinique. • L'ouverture du dialogue, la clarification des attentes et l'analyse des facteurs d'engagement sont des étapes clés pour soutenir une participation active de la personne.
Compétences nécessaires	• Savoir instaurer un dialogue ouvert avec la personne sur la question de l'engagement. • Être capable d'identifier et d'analyser les facteurs d'engagement à l'aide de l'outil proposé. • Formuler une entente mutuelle claire, réaliste et adaptée à la situation. • Utiliser son jugement clinique pour ajuster les stratégies selon le profil, les enjeux, les valeurs et les besoins de la personne. • Collaborer avec l'équipe pour adapter les interventions au contexte spécifique.
Applications concrètes	• Intégrer les questions liées à l'engagement dès la cueillette de données ou l'évaluation clinique.

	• Établir avec la personne une compréhension claire et partagée de ses attentes, de ses capacités et de ses limites, ainsi que de celles de l'intervenant·e. • Utiliser l'outil de questions (Annexe I) pour repérer les freins et les éléments qui favorisent l'engagement. • Adapter le plan d'intervention en fonction des facteurs relevés. • Réévaluer régulièrement le niveau d'engagement et ajuster les stratégies au besoin.
Méthodes et stratégies	• Aborder l'engagement dès le début de la relation comme un élément central de la démarche. • Présenter clairement les rôles et responsabilités de la personne et de l'intervenant·e. • S'appuyer sur les étapes du processus proposé pour structurer son approche. • Accompagner la personne dans sa réflexion sur sa motivation, ses ressources et ses capacités. • Faire un suivi des ententes prises et ajuster selon l'évolution de la situation. • Encourager les échanges en équipe pour adapter les approches aux différentes clientèles.
Support et accompagnement	• Collaborer avec les collègues, la personne dédiée à l'encadrement clinique, les collègues et les gestionnaires pour adapter les stratégies à la réalité de la clientèle. • Utiliser la concertation d'équipe pour choisir les questions les plus pertinentes et définir les approches à privilégier. • S'appuyer sur les figures, annexes et outils du guide pour faciliter l'application dans la pratique. • Revenir régulièrement à l'entente mutuelle comme repère tout au long du suivi.

2.2 Analyser et prioriser les facteurs

Après avoir recueilli les informations nécessaires pour identifier les facteurs-clés influençant l'engagement de la personne usagère, il est important d'en discuter avec elle. Les pistes d'analyse suivantes visent à soutenir la réflexion.

À partir des facteurs identifiés :

- Quels sont actuellement les facteurs (positifs ou négatifs) ayant le plus d'impact sur son engagement?
- Certains de ces facteurs sont-ils passagers ou temporaires ? Susceptibles de se résorber d'eux-mêmes?
- Sur quels facteurs puis-je exercer une influence directe ?
- Existe-t-il des facteurs sur lesquels nous n'avons aucun contrôle (Ex. : les [dispositions personnelles](#))?
- Existe-t-il de bonnes pratiques pouvant m'éclairer sur des leviers d'engagement spécifiques à une clientèle?

D'après les perceptions de la personne :

- D'après elle, quels sont les facteurs ayant le plus d'impact sur son engagement?
- D'autres facteurs non abordés pourraient-ils également jouer un rôle dans son niveau d'engagement?

À la fin de cette étape, un ou des facteur(s) prioritaire(s) devraient être ciblés conjointement avec la personne usagère. Ces facteurs prioritaires permettront d'orienter le soutien offert et d'adapter le suivi par la suite.

2.2.1 Offrir un soutien personnalisé

Cette section vise à alimenter la réflexion en s'appuyant sur les facteurs prioritaires identifiés avec la personne usagère. Le but est d'identifier les moyens nécessaires pour offrir un soutien personnalisé. Les questions réflexives suivantes sont présentées selon les quatre catégories de facteurs qui influencent l'engagement de l'individu.



Motivation

- Qu'est-ce qui fonctionne avec ma clientèle pour soutenir la motivation ? (Ex. : l'entretien motivationnel avec les personnes présentant un trouble de l'utilisation des substances)
- Qu'est-ce qui pourrait fonctionner avec la personne usagère en fonction de ses dispositions personnelles ? Qu'est-ce que je devrais privilégier ?
- Est-ce que mes interventions soutiennent :
 - Son pouvoir d'agir ?
 - Son sentiment de compétence ?
- Est-ce que je peux adapter davantage mes interventions en fonction de ses croyances, ses perceptions et ses valeurs ?
- Est-ce que le service que j'offre est celui le plus adéquat dans la situation actuelle de la personne usagère ?



Capacités

- Est-ce que les documents remis sont adaptés au niveau de littératie de la personne ?
- Est-ce que je devrais soutenir le développement de certaines compétences (Ex. : soutien aux changements d'habitude de type coaching) ?
- Est-ce qu'il serait pertinent d'encourager la présence d'un proche lors de mes rencontres ?
- Parmi les capacités/compétences déjà identifiées chez la personne, est-ce que certaines pourraient être transférées et actualisées pour sa situation actuelle ?



Contexte

- Est-ce que le réseau de soutien de la personne devrait être sollicité ?
- Est-ce qu'il y a des ressources appropriées qui pourraient répondre à un besoin ou faciliter le suivi ?
- Est-ce qu'il est possible d'offrir une flexibilité dans le suivi (Ex. : prévoir un plan d'intervention sur l'heure du dîner, se rendre à domicile, etc.) ?



Information

- Est-ce que j'ai donné assez d'informations pour que la personne puisse prendre une décision éclairée ?
- Est-ce que je peux recommander la personne vers des sources d'informations fiables ?
- Est-ce que je peux sensibiliser la personne à être critique des sources d'informations ?
- Est-ce que j'ai choisi le meilleur moyen pour donner l'information à la personne (Ex. : transmission verbale, remise de documents, envoi par courriels ou par la poste, etc.) ?
- Est-ce que mes explications ou les informations données sont suffisamment vulgarisées ?



À noter : Certaines stratégies ou formes de soutien proposées à titre d'exemple peuvent nécessiter une formation préalable afin d'approfondir les connaissances requises avant leur mise en application.

Saviez-vous que... Si vous avez besoin de conseils et de soutien pour adapter vos outils destinés aux personnes usagères afin de les rendre plus accessibles dans un langage clair, [Clarté Santé](#), le centre de littératie du CISSMO, peut vous accompagner.

2.3 Suivi et mesure des résultats

À l'image de la révision d'un plan d'intervention, cette étape permet de faire le point sur l'efficacité des actions réalisées par la personne, ainsi que des stratégies de soutien personnalisé. Le suivi de l'évolution de l'engagement et de la situation de la personne usagère est essentiel afin d'ajuster continuellement le soutien offert.

2.3.1 Mise au point

Lors de la mise en place d'interventions qui soutiennent l'engagement, il arrive qu'un écart se manifeste entre ce qui a été entendu avec la personne (entente mutuelle) et la réalité observée, ou qu'une nouvelle situation se présente et affecte l'engagement de la personne usagère. La mise au point permet de revisiter ensemble les attentes, d'explorer les facteurs qui nuisent à l'engagement, et de réajuster les stratégies de soutien personnalisé. Utilisée au bon moment et dans le bon contexte, la mise au point devient un levier précieux pour favoriser l'engagement de la personne usagère.

Une mise au point peut être efficace lorsqu'on remarque :

- Un écart entre ce qui est attendu et ce qui est observé :
 - Engagement non respecté ;
 - Faible niveau d'implication ;
 - Comportement inacceptable ;
 - Récurrence d'une difficulté au niveau de l'engagement malgré le soutien personnalisé offert ;
 - Attentes déçues chez la personne usagère ;
- Toute autre situation qui affecte le suivi, le traitement/intervention, ou la relation.

La qualité de la relation avec la personne usagère est un facteur clé pour assurer le succès d'une mise au point. Avant d'entamer cette discussion, l'intervenant·e doit réfléchir à ses propres actions, à celles de la personne usagère ainsi qu'à la nature de leur relation :

- Est-ce la première fois que cette situation se présente ou est-ce qu'il s'agit d'une situation récurrente?
- Comment est ma relation avec cette personne ?
- Est-ce qu'un climat de confiance est présent ? A-t-elle confiance en mes intentions ?
- Se sent-elle respectée ?

Voici quelques stratégies pour aborder un écart ou une situation problématique en lien avec l'engagement, lors d'une mise au point, dans un contexte où une relation de confiance est déjà établie entre l'intervenant·e et la personne usagère :

- Utiliser les faits pour adresser les difficultés d'engagement sans interprétation ni jugement ;
- Explorer et valider la perception de la personne usagère ;
- Clarifier les intentions, les attentes et les responsabilités de chacun ;
- Explorer ensemble les obstacles à l'engagement à nouveau ;
- Réfléchir avec la personne pour trouver de nouvelles stratégies personnalisées ;
- Retrouver un objectif commun pour soutenir l'engagement.



À noter : Il est possible d'avoir des réactions émotives pendant une mise au point avec la personne usagère (voir [section 1.2](#)). Il est cependant essentiel d'y revenir par la suite, afin de préserver la qualité de la relation thérapeutique. Cette relation est essentielle pour susciter et maintenir l'engagement de la personne usagère tout au long du processus.



En tout temps, si vous vous sentez démuni face à une situation avec une personne usagère, il est essentiel de solliciter le soutien de vos collègues, de la personne dédiée à l'encadrement clinique de votre service ou de votre gestionnaire.

2.3.2 Ajuster les services

Dans certaines situations, malgré la mise en place de stratégies pour soutenir l'engagement, ces actions sont insuffisantes. Il peut alors être nécessaire d'ajuster les services offerts à la personne. Par exemple : modifier la fréquence, la durée ou l'heure des rencontres ou rendez-vous, modifier le type d'intervention (groupe/individuel, présence/virtuel), etc. Pour la prise de ce type de décision, il est possible de se référer à une personne dédiée à l'encadrement clinique et/ou un-e gestionnaire. En cas de dilemme important dans cette prise de décision, d'autres instances peuvent être mises à contribution selon la situation : Coordonnateur-trice de l'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) pour la clientèle jeunesse, [Mécanisme partenarial CISSMO \(MPC\)](#) pour la clientèle adulte ou encore le [comité d'éthique clinique](#) s'il existe un dilemme de valeurs dans cette prise de décision. Si, suite aux démarches entreprises, la personne usagère demeure insatisfaite de l'ajustement de service convenu, votre équipe peut, de manière proactive, solliciter le [commissaire aux plaintes et à la qualité des services](#), et ce, avant même que la personne dépose une plainte formelle.

Dans les cas où une fin de suivi est envisagée, il peut être aidant de considérer certains facteurs dans la prise de décision :

- L'intensité et la diversité de services présentement reçus par la personne usagère, la présence de facteurs précipitants ou aggravant un engagement plus faible (ex. décès imminent d'un proche) ;
- Les conséquences possibles d'une fin de suivi ;
- Le niveau de gravité de celles-ci, ainsi que les probabilités qu'elles se produisent.

En considérant l'ensemble de ces facteurs, on devient plus en mesure de prendre des décisions justes et équitables en matière d'ajustement des services.

Encadré d'apprentissage #5 – Suivi et mesure des résultats

Catégorie	Contenu
Messages clés	• Le jugement clinique repose sur des observations concrètes, des échanges avec la personne et un cadre de référence structuré. • La mise au point est efficace si elle se fait dans un climat de confiance. • Adapter les services peut s'avérer nécessaire, mais cela doit se faire en concertation avec l'équipe et être bien documenté. • Le suivi permet de repérer rapidement les obstacles à l'engagement et d'ajuster les stratégies au bon moment.
Compétences nécessaires	• Créer et maintenir un lien de confiance avec la personne accompagnée. • Reconnaître les écarts entre ce que la personne exprime et ce qu'elle fait. • Aborder les situations délicates avec respect, écoute et neutralité. • Revoir les stratégies et ajuster le plan de service au besoin. • Connaître les ressources internes pour une prise de décision concertée.
Applications concrètes	• Prévoir des moments de mise au point réguliers, ou au besoin, tout au long du suivi. • Nommer les écarts à partir de faits concrets, dans un esprit de respect et sans jugement. • Clarifier les responsabilités de chacun lorsqu'une situation d'impasse se présente. • Documenter dans le dossier les ajustements apportés au plan d'intervention. • Aborder les enjeux d'équité en équipe, notamment lorsqu'on ajuste la fréquence ou l'intensité des services offerts.
Méthodes et stratégies	• Utiliser des outils simples pour le suivi, comme une grille d'observation. • Se préparer aux mises au point en prenant du recul sur sa propre posture et sur la relation avec la personne. • Co-construire les solutions avec la personne, selon ses besoins et ses capacités.

	• Demander le soutien de l'équipe ou de la personne dédiée à l'encadrement clinique lorsqu'une situation est plus complexe.
Support et accompagnement	• Solliciter l'appui d'un gestionnaire ou d'une personne dédiée à l'encadrement clinique pour éclairer les décisions liées à l'ajustement des services. • Utiliser les outils et ressources de l'établissement, comme les lignes directrices, les canevas ou les modèles de discussion. • Partager ses questionnements en équipe pour favoriser l'équité et la cohérence. • Offrir un accompagnement réflexif à ses collègues, en soutien à leur développement professionnel.

2.4 Autres bonnes pratiques variées



Si vous êtes intéressés à en apprendre plus et vous informer davantage, vous pouvez visiter la page Intranet sur [l'engagement](#) qui aborde, entre autres, quelques pratiques intéressantes et pistes de solutions pour maximiser la présence aux rendez-vous.

3 Intervenant·es concerné·es



Tout le personnel et les médecins du CISSS offrant des soins et services auprès des personnes usagères ainsi qu'aux personnes dédiées l'encadrement clinique et aux gestionnaires. Se référer à l'[introduction](#) pour plus de détails.

4 Rôles et responsabilités

Gestionnaires de toutes les directions cliniques

- Prendre connaissance de ce guide et s'approprier son contenu ;
- Diffuser le guide et assurer son implantation dans leurs équipes ;
- S'engager dans l'implantation du guide auprès de leurs équipes ;
- Mettre en place les conditions permettant la mise en application de ce guide au sein de leurs équipes ;
- Promouvoir, auprès de leurs équipes, l'importance de soutenir et susciter l'engagement de la clientèle ;
- Si nécessaire, identifier les actions à prendre visant à développer une culture d'engagement.

Personnes dédiées à l'encadrement clinique pour leur équipe

- Prendre connaissance de ce guide, et s'approprier son contenu ;
- Participer aux activités de diffusion et d'implantation du guide ;
- Favoriser le développement de compétences via les ateliers d'appropriation ou autre modalité ciblée ;
- Soutenir les intervenant·es dans leur appropriation de ce guide.

Intervenant·es

- Prendre connaissance de ce guide, et s'approprier son contenu ;
- Déterminer leurs besoins de développement de compétences en lien avec l'application du guide ;
- Participer, au besoin, à des ateliers d'appropriation afin de développer leur compétence à soutenir l'engagement ;
- Recourir à l'encadrement clinique nécessaire pour développer sa pratique.

5 Ressources nécessaires

S/O

6 Conclusion

Développer une culture d'engagement est un levier concret pour améliorer en continu la qualité, la pertinence et l'humanité des services offerts dans l'établissement.

Ce guide résulte d'un travail rigoureux et collaboratif, fondé à la fois sur l'expertise terrain et sur les données issues des meilleures pratiques. Cette démarche a permis de mieux saisir les réalités liées à l'engagement dans les différents milieux de soins et de services.

L'approche proposée, centrée sur les besoins, l'autodétermination et la participation active des personnes usagères, vise à enrichir leur expérience, tout en favorisant une utilisation juste et efficiente des ressources. Reconnaître les signes de désengagement, en comprendre les causes et ajuster les pratiques devient une responsabilité partagée. Les pistes de réflexion proposées dans ce guide sont générales et visent à aider les équipes à adapter leurs interventions selon la diversité et la complexité de leur clientèle.

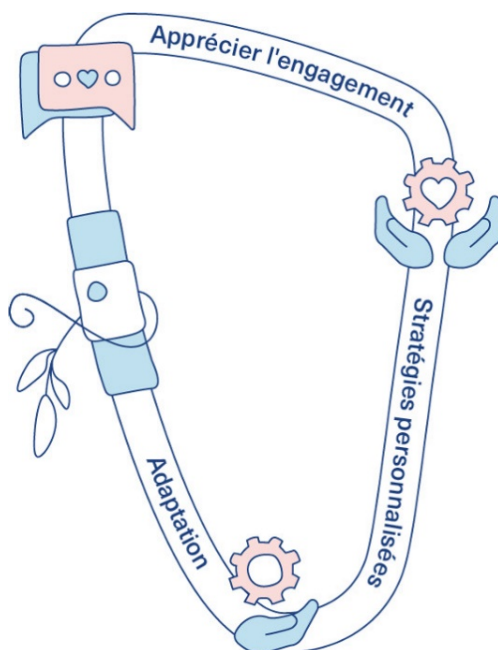


Figure IV. Personnalisation du soutien à l'engagement

7 Liste des annexes

[Annexe A](#) – Étapes d'élaboration du modèle

[Annexe B](#) – L'engagement en relation avec d'autres concepts

[Annexe C](#) – Modèles théoriques

[Annexe I](#) – Outil pour déterminer les facteurs influençant l'engagement

8 Références

1. Kish L. The Blockbuster Drug of the Century : An Engaged Patient. HL7 Standards. 2012;
2. Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. Patient Education and Counseling. 1 janv 2017;100(1):30-6.
3. MSSS. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Québec, Québec: ministère de la Santé et Services sociaux; 2018.
4. Berkman ND, Chang E, Seibert J, Ali R, Porterfield D, Jiang L, et al. Management of High-Need, High-Cost Patients: A "Best Fit" Framework Synthesis, Realist Review, and Systematic Review. oct 2021; Disponible à: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=34780127&site=ehost-live>
5. Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2007 [cité 11 déc 2022];(2). Disponible à: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004808.pub3/abstract>
6. Lieber SR, Kim SY, Volk ML. Power and control: contracts and the patient-physician relationship: Perspective. International Journal of Clinical Practice. déc 2011;65(12):1214-7.
7. Graffigna G, Barello S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. Patient Prefer Adherence. 19 juill 2018;12:1261-71.
8. 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. févr 2013;32(2):223-31.
9. Drenkard K. Engaging Patients More Effectively: The Interactive Care Model ®. 2016.
10. Termium Plus [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Termium Plus : disposition. Disponible à: https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=Disposition&codom2nd_wet=RE#resultrecs
11. Termium Plus [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Termium Plus : croyance. Disponible à: https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=croyance&codom2nd_wet=RE#resultrecs
12. Termium Plus [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Termium Plus : compétence. Disponible à: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/39570/competence>
13. Bissler L. L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Dans: L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin [Internet]. Dunod; 2012 [cité 15 janv 2025]. p. 149-53.

Disponible à : https://shs.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychologie-medicale--9782100570157-page-149?site_lang=fr

14. Fondation pour l'alphabétisation [Internet]. [cité 8 janv 2025]. La littératie : mieux la comprendre. Disponible à : <https://fondationalphabetisation.org/lanalphabetisme/tout-sur-lanalphabetisme/la-litteratie/>
15. Association québécoise des neuropsychologues [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Les fonctions cognitives. Disponible à : <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>
16. Le Robert : dico en ligne [Internet]. Autodiscipline. Disponible à : https://dictionnaire.lerobert.com/definition/autodiscipline?utm_source=chatgpt.com
17. Bergua V, Rullier L. L'aide aux aidants, à l'aide ! Dans: L'aide aux aidants, à l'aide ! [Internet]. In Press; 2015 [cité 15 janv 2025]. p. 68-79. Disponible à : https://shs.cairn.info/l-aide-aux-aidants-a-l-aide--9782848353135-page-68?site_lang=fr
18. Csillik A. Grand manuel de psychologie positive. Dans: Grand manuel de psychologie positive [Internet]. Dunod; 2021 [cité 15 janv 2025]. p. 239-52. Disponible à : https://shs.cairn.info/grand-manuel-de-psychologie-positive--9782100822133-page-239?site_lang=fr
19. Graffigna G, Barelllo S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. PPA. juill 2018;Volume 12:1261-71.
20. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. Nurs Ethics. 1 mai 2020;27(3):639-65.
21. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. J GEN INTERN MED. 1 avr 2017;32(4):475-82.
22. Meredith LS, Bouskill K, Chang J, Larkin J, Motala A, Hempel S. Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. BMJ Open. 1 août 2022;12(8):e054243.
23. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. Local and Regional Anesthesia. 28 oct 2020;13:171-83.

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Élodie Bergeron, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), équipe qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2025-06-06
	Stéphanie Lemieux, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), conseillère en apprentissage, DRIA	2025-08-22
	Camille Lamoureux, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), équipe qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2025-08-25
Consultation(s)	Comité de travail sur le contenu du guide Patricia Georges, Spécialiste en activités cliniques (SAC), DPSMD Caroline Blais, Coordonnatrice des programmes spécialisés de réadaptation externe en déficience physique, DPD Marie-Pier Pelletier, Travailleuse sociale, DPSMD Joanie Allen, Conseillère partenariat avec les usagers, DQEPE Claudine Oligny, Présidente du comité des usagers et usagère-partenaire	2024-2025
	Comité de travail sur la banque de question (Annexe I) Stéphanie Larivière, Conseillère cadre outils cliniques, DSMREU Patrick Bégin, Adjoint à la directrice, DPJASP Natalia Roa, Conseillère cadre politique hébergement, DSHAPPA Dominique Deslandes, Chef de programme – programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, DPD Nathalie Otis, Psychologue, Coordonnatrice clinique – Volet trajectoires en santé mentale, DPSMD Lyne Deslières, usagère-partenaire	2024-2025
	Comité de travail sur le développement de compétences Geneviève Lafleur, Conseillère en soins infirmiers, DSIEU Julia Dion-Brodeur, Éducatrice, Responsable de l'encadrement clinique, DPD Fatiha Akartit, Chef du 2e Ouest (Hôpital Anna-Laberge), DAH-HAL Kim Aubry, Psychoéducatrice, CECM Sophie Martin, Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI), DPJASP Josée Dumas, Coordonnatrice clinique en nutrition 0-17 ans, DPJASP Léa Rondeau-Brouillette, Cheffe de programme – Programme spécialisé intégration au travail et logement à soutien gradué, DPD Marie-Eve Racine, Cheffe de programme – Programme spécialisé DM-DL 7 ans et plus, Territoire CISSSME, DPD	2024-2025
	Émelie Proulx, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), équipe qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2025-06-01
	Annik Jobin Cheffe de service, Pôle Innovation et pôle Recherche, DRIA	2025-06-05
	Jennifer Mascitto, Directrice adjointe, volet Qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2025-06-10
	Catherine St-Jean, Cheffe de service à la qualité de la pratique clinique, volet Qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2025-06-10
	Caroline Brodeur, Conseillère en communication - Clarté santé, Centre de littératie en santé, DRIA	2025-06-12
	Annie Rouleau, Conseillère en soins infirmiers, volet dépendance et au traitement intensif bref à domicile en santé mentale, DSIEU	2025-07-15
	Julie Sénécal, Conseillère en soins infirmiers – Volet Télésanté, DSIEU	2025-08-14

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Conseil multidisciplinaire	2025-08-08
	Conseil des infirmiers et infirmières	2025-08-27

Historique du document / de révision du document		
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2025-09-17
Adopté par	Comité de direction	2025-10-07
Commentaires	Étant donné que le guide n'a pas d'impact direct sur la pratique médicale, le comité de coordination des outils cliniques (CCOC) avait convenu que le CMDPSF soit informé de la création du guide et des démarches réalisées pour favoriser l'engagement, sans en être une instance d'approbation. Vu l'annulation du CMDPSF du mois de septembre, nous compléterons les démarches d'information auprès du CMDPSF dès que ses activités reprendront, et l'ajouterons dans l'historique dès que ce sera complété.	

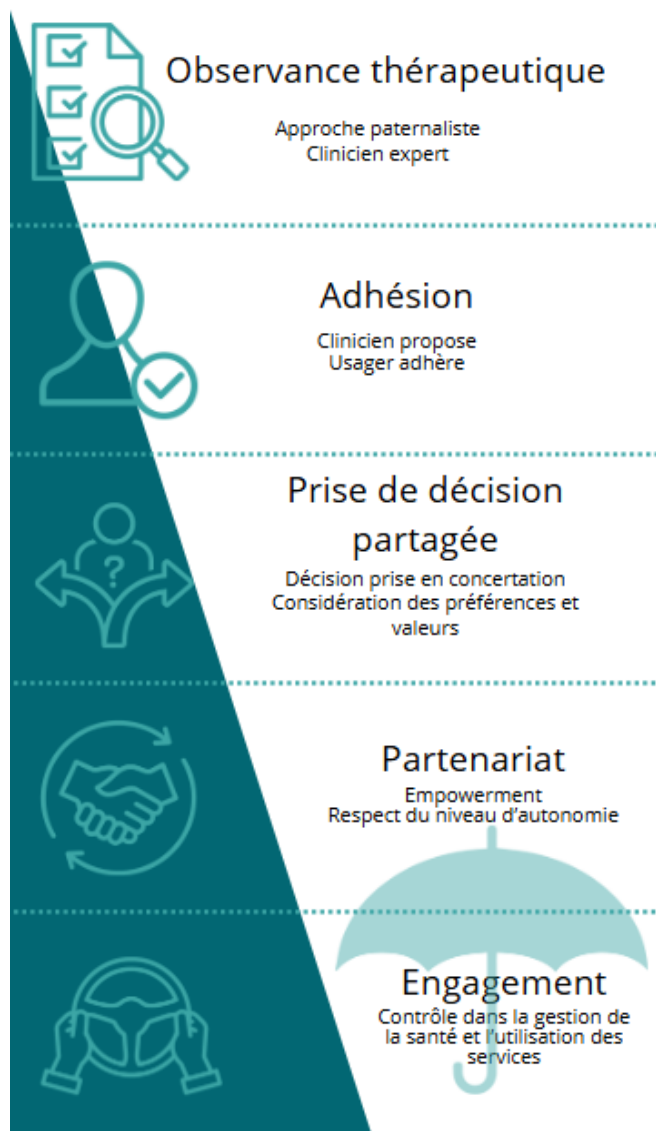
ANNEXE A

Étapes d'élaboration du modèle

Identification du besoin
Comprendre la problématique : recueil de points de vue variés incluant ceux des personnes usagères, intervenant·es, gestionnaires, etc.
Établir un consensus sur le concept de l'engagement
Établir un consensus sur le besoin et le défi
Identification des solutions
Identifier les solutions issues de la littérature et de l'intelligence collective
Concevoir un modèle croisant les connaissances du comité ainsi que les données de la littérature
Élaborer une vision
Sélectionner des pratiques à implanter

DU CONSENTEMENT A L'ENGAGEMENT

Évolution des pratiques



Modèle de soutien à l'engagement (*Interactive Care model*)

Ce premier modèle propose un processus menant à une prise de décisions pertinentes, équitables et cohérentes en matière d'ajustement de services (9). Le but étant de favoriser une utilisation responsable de ceux-ci en soutenant l'engagement chez la personne. Les cinq étapes prévues dans ce processus circulaire sont les suivantes :

- Évaluer les capacités d'engagement de la personne ainsi que les facteurs les influençant
- Échanger des informations et communiquer ses préférences
- Élaborer un plan conjoint et personnalisé
- Déterminer les interventions appropriées pour outiller la personne
- Ré-évaluer son niveau d'engagement afin d'ajuster le soutien offert lorsque possible

Ces actions, semblables aux étapes d'un processus clinique, ont été intégrées dans le modèle développé et ont permis de le bonifier.

Modèle évolutif de l'engagement du patient (*Patient Health Engagement model*)

Ce deuxième modèle, développé par Graffigna & Barello (2018), apporte un regard spécifique sur les dimensions psychosociales de l'engagement. Les auteurs ont identifié, dans la littérature, les facteurs ayant un impact sur l'engagement et les ont regroupés en quatre catégories :

- Facteurs reliés au patient
- Facteurs reliés aux équipes de professionnels de la santé
- Facteurs reliés à l'organisation
- Facteurs reliés à la communauté

Les auteurs ont également développé une théorie psychosociale permettant de mieux comprendre le sens que la personne donne à ses soins de santé. Cette théorie présente l'engagement comme un processus en développement qui implique différents stades.