

Département de médecine de famille  
et de médecine d'urgence  
Faculté de médecine

Université   
de Montréal

## **Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique (AIS) en partenariat avec l'utilisateur**

**Élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en  
Unité de formation clinique interprofessionnelle  
universitaire (UFCI-U) en Centre d'hébergement et de soins  
de longue durée (CHSLD)**

Avril 2018

# Crédits

## Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU)

Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Pavillon Roger-Gaudry  
Bureau N-912  
2900, boul. Édouard-Montpetit  
Montréal (Québec) H3T 1J4

### Adresse postale :

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7  
Téléphone : 514-343-6497  
Site web : <https://medfam.umontreal.ca>

---

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

Implantation des UFCI-U, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal

## AUTEURS PRINCIPAUX

### Michel Carbonneau, PhD

Proche aidant partenaire formateur  
DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal

### Bernard Deschênes, M. ps.éd.

Gestionnaire de projet, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD

### Édith Fournier, PhD

Proche aidante partenaire formatrice  
DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal

### Paule Lebel, MSc, Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique

Professeure agrégée et Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Conseillère sénior au Centre d'excellence en partenariat avec les patients et le public (CEPPP) et membre de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Université de Montréal  
Médecin-conseil, Équipe santé des adultes et des aînés (SAA), Direction régionale de santé publique (DRSP), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### Suzanne Lebel, Médecin de famille

Professeure adjointe de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Responsable de l'UFCI-U en CHSLD(CHSLD Drapeau-Deschambault) pour le CUMF (GMF-U) de St-Eustache  
Co-gestionnaire médical Programme SAPA et de l'implantation du plan d'Alzheimer en GMF, CISSSS des Laurentides

## **EN COLLABORATION AVEC :**

### **Louise Authier, Médecin de famille**

Professeure agrégée de clinique et Responsable de l'enseignement des soins aux personnes âgées (SAPA), DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Médecin de famille à la CUMF (GMF-U) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

### **Geneviève Dechêne, Médecin de famille**

Chargée d'enseignement clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Médecin de famille au GMF Sud-Ouest Verdun  
Responsable de l'UFCI-U en SAD (équipe de SAD du CLSC Verdun) pour le CUMF (GMF-U de Verdun), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal  
Directrice scientifique de Palli-Science

### **Michel Tassé, MSc. Pharmacien**

Associé à la Faculté de pharmacie, Université de Montréal

---

## **COORDINATION DES TRAVAUX**

### **Paule Lebel, MSc, Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique**

Professeure agrégée et Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal

### **Bernard Deschênes, M. ps.éd.**

Gestionnaire de projet, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD

---

## **MISE EN PAGE ET INFOGRAPHIE**

Catherine Fontaine

---

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) dans la boîte à outils SAPA sur le site internet du DMFMU de l'Université de Montréal :

<https://medfam.umontreal.ca>

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

DMFMU (2018). *Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique (AIS) : La révision des médicaments* Montréal, Québec : Université de Montréal



## Table des matières

---

Liste des acronymes .....	5
Notes terminologiques.....	6
Préambule : les UFCI-U et le plan d'intervention interdisciplinaire en CHSLD .....	7
<b>1. La préparation au PII .....</b>	<b>9</b>
a. Les intervenants.....	9
b. L'utilisateur .....	10
I. Lorsqu'un proche aidant ressource prépare l'utilisateur .....	10
II. Lorsqu'un intervenant (infirmière ou autre professionnel) de l'équipe prépare l'utilisateur.....	12
<b>2. Élaboration en équipe et mise en œuvre du PII.....</b>	<b>13</b>
a. L'animateur de la réunion PII .....	13
b. L'utilisateur .....	14
c. Les intervenants, en collaboration avec l'animateur .....	14
d. Le retour réflexif de l'équipe sur l'atteinte des résultats .....	15
e. Le suivi du PII .....	17
<b>3. Auto-évaluation réflexive du résident ou du stagiaire sur l'AIS.....</b>	<b>17</b>
a. Auto-évaluation réflexive des résidents et stagiaires sur l'AIS.....	17
b. Auto-évaluation réflexive de la personne âgée et du proche aidant sur l'AIS .....	17
<b>ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES .....</b>	<b>18</b>

## Liste des acronymes

---

<b>AIS :</b>	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
<b>CEPPP :</b>	Centre d'excellence sur le partenariat avec le public et les patients
<b>CHSLD :</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS :</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS :</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>DCPP :</b>	Direction collaboration et partenariat patient
<b>DMFMU :</b>	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
<b>LSSSS :</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MSSS :</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PID :</b>	Plan d'intervention disciplinaire
<b>PII :</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>RUIS :</b>	Réseau universitaire intégré de santé
<b>SAD :</b>	Soins à domicile
<b>SCPD :</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence
<b>SMART :</b>	Spécifique, Mesurable, Attirant/Atteignable, Réaliste, Situé dans le Temps
<b>UdeM :</b>	Université de Montréal
<b>UFCI-U :</b>	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire

## Notes terminologiques

---

Les termes « usager », « client », « bénéficiaire », « personne », « malade » sont d'usage courant dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Dans le respect de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le terme « **usager** » sera utilisé dans le présent document.

Par ailleurs, dans le contexte du partenariat patient en santé et services sociaux, la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal préfère l'usage du terme **patient partenaire** à celui de l'usager partenaire, soit une personne qui a (eu) recours aux services de santé ou aux services sociaux, expérience au cours de laquelle elle a développé des savoirs expérientiels.

Le terme **usager inclut le proche aidant** dans l'ensemble des documents produits.

Afin d'alléger le texte,

- l'expression « **usager partenaire** », définie à l'Annexe 1, sera remplacée le plus souvent par « usager »;
- les expressions « **proche aidant partenaire formateur** » et « **proche aidant partenaire ressource** » définies à l'Annexe 1, seront remplacées par « proche aidant formateur » et « proche aidant ressource ».

Le terme **professionnel** peut désigner un intervenant ou un gestionnaire de la santé et des services sociaux.

**L'équipe** est composée de l'usager et d'un ou plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux de professions différentes. Elle peut également accueillir toute autre personne (p. ex. proche aidant, gestionnaire clinique, préposé aux bénéficiaires, bénévole, personnel administratif, usager ou proche aidant ressource) jugée appropriée pour accompagner l'usager dans son parcours de santé et valoriser son expérience comme usager.

## Préambule : les UFCI-U et le plan d'intervention interdisciplinaire en CHSLD

---

L'Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire (UFCI-U) en CHSLD regroupe de 60 à 120 lits d'hébergement destinés aux soins et à la formation clinique des résidents en médecine de famille et des stagiaires de diverses professions de la santé et des services sociaux, sous la supervision de superviseurs de stage des différentes professions.

Les **Activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) en partenariat avec l'utilisateur et ses proches** ont pour objectif de développer chez les résidents et les stagiaires la compétence de pratique collaborative en partenariat patient, dans un contexte clinique spécifique (élaboration d'un PII, révision de la médication, interventions auprès d'utilisateurs présentant des Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD)). Le présent document concerne l'élaboration du PII en CHSLD. Des adaptations peuvent être faites pour réaliser cette AIS en contexte de soins à domicile.

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale de l'utilisateur nécessite de mobiliser et de concerter les actions d'intervenants de plusieurs professions avec celui-ci, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés.

L'élaboration du PII nécessite la tenue d'**une réunion d'équipe formelle** (en présence, au téléphone, ou par d'autres moyens de communication) incluant l'utilisateur partenaire comme membre à part entière de l'équipe et tous les intervenants visés. Il constitue un outil clinique qui fait partie du dossier de l'utilisateur.

Avant la tenue de cette réunion, les intervenants auront échangé de l'information à partir du dossier médical de l'utilisateur, par téléphone, ou au moyen de rencontres informelles. En plus d'éviter des duplications, des incohérences dans les actions des différents intervenants, la rencontre de PII se veut une occasion de favoriser le développement de l'autodétermination de l'utilisateur en tenant compte de ses capacités et en lui offrant des choix d'interventions.

Alors que les professionnels détiennent des savoirs scientifiques et techniques, l'utilisateur partenaire, quant à lui, possède des savoirs expérientiels sur sa vie avec la maladie et sur sa situation psychosociale. Utilisateur et professionnels, en tant que partenaires, travaillent à améliorer la situation médicale ou psychosociale de l'utilisateur et à la réalisation de son projet de vie ou des objectifs à court terme.

Dans certains cas, un **intervenant pivot ou un gestionnaire de cas** assure la coordination des interventions.

Dans une approche de partenariat patient, il est souhaité qu'un **proche aidant partenaire ressource** (voir définition à l'Annexe 1) soutienne l'utilisateur dans la préparation de son PII et l'accompagne lors de la réunion d'équipe à cet effet. Ce proche aidant ressource est recruté parmi les proches aidants du CHSLD qui vivent ou ont vécu (l'utilisateur est décédé) l'expérience d'hébergement d'un membre de leur famille. Dans l'immédiat si ce proche aidant partenaire ressource n'est pas disponible, un membre de l'équipe, le plus souvent l'infirmière, assure la préparation et l'accompagnement de l'utilisateur à la réunion de l'élaboration du PII.

---

*Le recrutement, la formation et le coaching de ce proche aidant partenaire ressource est réalisé conjointement par l'UFCI-U et la direction du CISSS/CIUSSS responsable de l'implantation du partenariat patient au sein de l'établissement.*

---

Un PII adéquat comprend le projet de vie de l'utilisateur (ou attentes ou objectifs à court terme), ses besoins/problèmes de santé, les objectifs spécifiques et les modalités d'intervention convenus avec lui (interventions relevant à la fois des intervenants et de l'utilisateur), ainsi que la répartition des tâches entre les membres de l'équipe.

---

*Une équipe qui élabore et met en œuvre des PII doit démontrer créativité, flexibilité et sens de l'innovation.*

---

---

*Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un PII taillé sur mesure pour lui.*

---

**Les objectifs d'un PII sont multiples:**

- Synthétiser les informations essentielles recueillies par tous;
- Constituer un outil de référence pour les intervenants et l'utilisateur lors d'un suivi ou d'une révision du PII;
- Structurer les discussions des intervenants avec l'utilisateur afin d'en arriver à une évaluation globale des besoins de l'utilisateur, en tenant compte de son projet de vie, ses attentes et ses objectifs;
- Fixer des objectifs communs à atteindre, selon la liste des besoins/problèmes jugés prioritaires;
- Sélectionner les interventions les plus réalistes, pertinentes et adaptées aux besoins de l'utilisateur;
- Répartir les tâches et les responsabilités entre les intervenants et l'utilisateur, si pertinent.

**Le processus entourant un PII comprend 4 étapes:**

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

Ce document touche principalement les deux premières étapes.

## 1. La préparation au PII

---

### a. Les intervenants

Les intervenants doivent recueillir l'information complète, pertinente et synthétisée sur les éléments suivants:

- État de santé de l'utilisateur (données médicales, psychologiques, sociales, etc.). Notamment, les résultats d'outils d'évaluation et de protocoles standardisés et validés, spécifiques à chaque profession;
- Antécédents médicaux et psychosociaux pertinents;
- Niveau de littératie et de littératie en santé;
- Besoins, attentes et objectifs de l'utilisateur (court, moyen et long terme, si pertinent), en matière de retombées sur son état de santé et son bien-être (cueillette d'information uniprofessionnelle)<sup>1</sup>;
- Préoccupations de l'utilisateur (et du proche aidant, si pertinent);
- Réseau de soutien familial et social;
- Toute autre donnée psychosociale pertinente.

**Note :** Lors de la réunion d'équipe, chaque intervenant ne dispose que de quelques minutes pour apporter l'**information pertinente** de sa profession. Il peut être utile de faire l'exercice en équipe de déterminer de façon générale ce qui est pertinent de présenter lors d'une réunion PII par chacun des membres.

---

*Une préparation rigoureuse s'avère essentielle. Chaque intervenant doit être prêt lors de la discussion et avoir recueilli toutes les informations nécessaires auprès des personnes concernées.*

---

---

*L'évaluation de l'utilisateur appelle à l'écoute, à la rigueur, à la retenue dans le cadre d'une approche proportionnée.<sup>2</sup>*

---

---

<sup>1</sup>Les besoins, attentes et les objectifs de l'utilisateur et du proche aidant peuvent, le plus souvent, être recueillis par l'infirmière et transmises aux autres professionnels. Ceci évitera des dédoublements de prise d'informations auprès de l'utilisateur.

<sup>2</sup> Voyer, G. (2007), *Éthique clinique*, chapitre 59 (p.985-999) dans Arcand, M., & Hébert, R. (2007) *Précis pratique de gériatrie*, Edition Edisem, Maloine, Montréal

---

*La présence des troubles cognitifs chez l'utilisateur ne doit pas faire obstacle à sa présence à la réunion PII.*

---

## **b. L'utilisateur**

### **I. Lorsqu'un proche aidant ressource prépare l'utilisateur à son PII**

#### **Étape 1 : Accueillir et situer**

- Situer le contexte de la rencontre;
- Évoquer le premier contact téléphonique qui a été fait pour rendre rendez-vous à la demande des responsables du CHSLD;
- Revenir sur l'expérience du proche aidant ressource;
- Déterminer très rapidement l'objectif de la rencontre : situer le PII;
- Qui participe à une réunion interdisciplinaire en général?
- Le rôle de la personne ressource : préparer, accompagner.

---

*Il est important de « mettre la table » de façon concrète et succincte.*

---

#### **Étape 2 : créer le climat de confiance**

- D'abord : que vivent-ils? Prendre des nouvelles;
- Gérer l'anxiété s'il y a lieu : certaines personnes sont encore sous le choc de la séparation et de l'admission dans un nouveau milieu de vie.

---

*D'abord créer une alliance.*

---

---

*Laisser l'anxiété s'exprimer. Éviter de convaincre la personne qu'il est inutile d'être anxieux. Prendre le temps requis pour que chacun exprime ce qu'il vit.*

---

#### **Étape 3 : préparer la rencontre PII**

- Définir ce qu'est un Plan d'Intervention Interdisciplinaire (PII) (voir dépliant destiné à l'utilisateur);
- Qui participe à cette rencontre?

- Le but : favoriser des conditions de vie les plus agréables possible pour l'utilisateur ET pour le proche aidant;
- Comment ça se passe en ce moment pour l'utilisateur : qu'a-t-il observé qui répond ou qui ne répond pas à ce qu'il espère vivre ici?
- Choisir 2 ou 3 points (besoins, attentes) qui pourraient être soumis lors de la rencontre d'équipe.

---

*Importance de situer le contexte et le but spécifique poursuivi.*

---

---

*Prendre le temps de gérer l'anxiété devant la tâche à réaliser.*

---

---

*Accueillir toutes les observations et attentes, réalisables et irréalisables.*

---

---

*Choisir en consensus 2 ou 3 points (attentes, besoins, objectifs) qui pourront être discutés avec l'équipe.*

---

#### **Étape 4 : Conclure et accompagner**

- Vos observations sont importantes, non seulement au moment de la réunion interdisciplinaire, mais tout au long de votre parcours ici;
- Avez-vous des craintes en face de l'équipe si vous exprimez ce que vous ressentez ou observez? (la façon de demander ou de revendiquer; la peur de ne pas être aimé ou des effets sur les soins à l'utilisateur);
- Assurer l'utilisateur de sa présence comme personne ressource lors de la réunion formelle.

---

*Mettre à profit les compétences que l'utilisateur a développées tout au long de son parcours de vie avec la maladie et qu'il continuera à développer durant son séjour en CHSLD.*

---

---

*Exprimer ce qui va bien est facile pour les familles. Il est bien plus difficile de communiquer son insatisfaction, voire le doute sur les soins.*

---

---

*Craindre les représailles des soignants est un constant enjeu pour l'utilisateur et ses proches ET un défi majeur de la collaboration usagers-familles-soignants.*

---

## **II. Lorsqu'un intervenant (infirmière ou autre professionnel) de l'équipe prépare l'utilisateur**

Il doit :

- Utiliser un langage adapté en tenant compte du niveau de littératie et de littératie en santé de l'utilisateur;
- Expliquer les objectifs et l'utilité du PII;
- Évaluer avec l'utilisateur son désir et sa capacité de s'impliquer dans la planification et la gestion de ses soins et services et de devenir ainsi un membre à part entière de l'équipe;
- Informer l'utilisateur au sujet des différentes étapes liées à la planification des soins et services et le partage des rôles entre les membres de l'équipe;
- Aider l'utilisateur à formuler son projet de vie, ses besoins, attentes et objectifs;
- Demander à l'utilisateur s'il souhaite être représenté ou accompagné par une tierce personne à la réunion PII;
- Échanger l'information pertinente (verbale et écrite) avec les intervenants de l'équipe concernés;
- Identifier l'interlocuteur clé du réseau de l'utilisateur (proche aidant partenaire), si nécessaire;
- Si l'utilisateur souhaite participer à la réunion PII le concernant :
  - Expliquer le déroulement de la réunion PII;
  - Si pertinent : demander à l'utilisateur quels sont les intervenants qu'il souhaite voir participer à la réunion et s'il désire la présence d'un proche aidant ressource;
  - Demander à l'utilisateur quel(s) point(s) il souhaite ou non aborder lors de la réunion PII.

---

*Prenez le temps de lire le dépliant destiné aux usagers et à leurs proches sur le PII afin de vous familiariser à un langage adapté que vous pourriez utiliser au besoin.*

---

## 2. Élaboration en équipe et mise en œuvre du PII

---

### a. L'animateur de la réunion PII

- Effectue un tour de table pour permettre aux participants de se présenter;
- Rappelle les règles de fonctionnement (temps disponible, étapes, droit de parole, etc.);
- Invite l'utilisateur à s'exprimer en premier sur ses besoins, attentes, objectifs;
- Invite chacun des intervenants à présenter les informations pertinentes à la compréhension de la situation de l'utilisateur, à partir de leur évaluation;
- Soutient l'équipe dans la formulation des objectifs SMART;
- S'assure d'une répartition optimale des tâches et des responsabilités entre les intervenants et l'utilisateur;
- Précise les délais de mise en œuvre des différentes interventions du PII (maximum de 3-4 objectifs)
- Précise une date de révision du PII;
- Favorise la participation active de l'utilisateur ou de son proche à l'élaboration du PII, et s'assure qu'il prend les décisions finales qui lui conviennent. Ces décisions pourront toujours être révisées lors de la réunion de suivi du PII, ou en tout temps si la situation le nécessite;
- Facilite la compréhension de tous sur les sujets discutés. L'usage d'acronymes doit être évité;
- Formule régulièrement des synthèses en résumant l'information pertinente, tout en faisant ressortir les forces et les compétences de l'utilisateur;
- Favorise la négociation entre les points de vue de l'utilisateur et ceux des intervenants, en s'assurant de l'application des valeurs de respect, d'ouverture, d'égalité et d'équité (ou autres valeurs importantes pour l'équipe et connues de tous).

---

*Idéalement, l'animateur de la réunion ne devrait pas être un intervenant de l'équipe. Ceci permet à l'animateur de consacrer son énergie à réaliser ses trois fonctions : i) le respect des procédures annoncées à l'équipe en début de réunion (déroulement et gestion du temps); ii) la gestion du contenu des échanges pour favoriser l'expression de tous, l'approfondissement des thèmes discutés et la prise de décision; iii) la régulation du climat (soutien à l'expression des émotions).*

---

---

*L'animateur rédige sur place le contenu du formulaire PII (papier ou électronique). Lorsque possible, le formulaire est projeté à l'écran afin que tous les participants puissent contribuer à sa rédaction.*

---

---

*La recherche d'un consensus à l'issue des échanges entre intervenants et usager n'est pas toujours possible. La décision finale appartient par contre à l'usager, s'il est apte à prendre des décisions pour lui-même.*

---

## **b. L'usager**

- comprend ce qu'est un PII et comment il peut se préparer à la réunion PII ;
- il a recueilli des observations qui peuvent être utiles à l'élaboration du plan d'intervention;
- il identifie ses conditions de vie particulières qui font en sorte que le plan d'intervention proposé demeure réaliste;
- exprime quelques objectifs, désirs, attentes ou besoins précis à proposer à l'équipe;
- identifie et fait valoir ses compétences propres dans l'application quotidienne des mesures qui sont discutées en réunion PII;
- comprend et explore les compétences des intervenants présents à la réunion PII et comprend comment il peut collaborer avec eux;
- développe un mode de communication claire avec les intervenants présents à la réunion PII;
- prend sa place lors de la réunion PII au même titre que les intervenants souvent rompus à ces discussions d'équipe.

## **c. Les intervenants, en collaboration avec l'animateur**

- s'adressent directement à l'usager lors des discussions, l'incitent à préciser ou compléter les informations présentées le concernant, lui expliquent clairement les avantages, les inconvénients, les risques et les conséquences liés aux choix d'interventions possibles et vérifient sa compréhension de ceux-ci;
- l'encouragent à participer activement à l'élaboration de son PII, explorent ses inquiétudes et le soutiennent, l'incitent à prendre la décision finale et respectent celle-ci;

- présentent une synthèse de l'information recueillie en s'attardant particulièrement aux besoins énoncés par l'utilisateur ;
- prennent en compte l'utilisateur dans sa globalité (physique, psychologique, sociale et spirituelle) dans l'ensemble des discussions;
- contribuent à établir les priorités avec l'utilisateur (3 ou 4 problèmes au maximum);
- formulent les objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, situé dans le Temps) à partir des besoins problèmes prioritaires de l'utilisateur;
- déterminent avec l'utilisateur les interventions appropriées pour chacun des besoins ou problèmes prioritaires identifiés, après avoir examiné les différentes alternatives possibles, avec leurs avantages et désavantages, les risques et complications potentiels;
- spécifient le type d'intervention, la fréquence, la durée et la séquence ou l'ordonnement des interventions;
- identifient les compétences actuelles de soins de l'utilisateur, et lui suggèrent des moyens pour l'aider à mettre en œuvre ses compétences ou développer davantage celles-ci;
- partagent et reconnaissent l'expertise et les savoirs de chacun;
- font preuve d'ouverture face à la diversité des perspectives;
- clarifient les rôles et responsabilités de chacun : ceux attribuables aux intervenants et à l'utilisateur;
- déterminent les modalités de suivi des interventions et la date de réévaluation du PII.

---

*Les intervenants soutiennent l'utilisateur dans l'identification et le développement de ses compétences de soins.*

---



---

*La suppression de tous les risques peut être une manière inadéquate de répondre aux besoins de l'utilisateur*

---

#### **d. Le retour réflexif de l'équipe sur l'atteinte des résultats**

Lorsque l'élaboration du PII est terminée, un retour réflexif de l'équipe comprenant l'utilisateur, son proche aidant, le proche aidant ressource, les résidents, les stagiaires, les intervenants, est réalisé afin de développer les habiletés de tous aux pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et ses proches.

Cet exercice doit être fait avec la plus grande humilité et dans le seul but de proposer un lieu de critique réflexive, de rétroaction productive, d'apprentissage et d'amélioration continue. Les uns les autres ne doivent pas évaluer, encore moins juger l'intervention de ses collègues, résidents et stagiaires, incluant l'utilisateur et son proche aidant.

Pour que cet exercice de rétroaction soit réussi dans une perspective de co-construction, l'ouverture d'esprit, la souplesse dans l'analyse et la disposition à se remettre en question sont de rigueur. Le groupe devra toujours garder en trame de fond, le partenariat réel avec l'utilisateur et son proche aidant.

---

*Le retour réflexif à la fin de la réunion a pour but d'améliorer la qualité du processus et de favoriser le développement des membres de l'équipe sur les pratiques collaboratives en partenariat avec l'utilisateur et ses proches.*

---

**Les règles de fonctionnement de la session de rétroaction sur l'AIS sont les suivantes :**

- L'animateur du PII (formé aux principes et à l'exercice du partenariat) animera la session de rétroaction;
- Avant toute amorce de discussion, l'animateur devra vérifier auprès de l'utilisateur s'il convient de participer à cet échange et s'il en comprend le sens. Cet accord pourrait aussi être discuté lorsque l'utilisateur est préparé au PII. Un 2<sup>e</sup> consentement sera obtenu séance tenante, tel qu'il est mentionné ici;
- Une attention spéciale sera accordée à l'utilisateur quand ce dernier n'est pas rompu à ce genre de rétroaction sur le fonctionnement d'une équipe. On lui rappellera que dans une perspective de partenariat, les autres membres de l'équipe ont besoin de son point de vue afin de mieux adapter leurs interventions et améliorer leurs pratiques et modes de communication;
- Le temps imparti à la séance de rétroaction doit être précisé au départ (maximum 10 à 15 minutes); l'animateur s'assure que tous les participants pourront s'exprimer;
- Un tour de parole débute par l'utilisateur dans la mesure du possible; le participant, qu'il soit l'utilisateur, un stagiaire, un résident, un intervenant, est invité à partager son expérience vécue lors du PII (sentiment d'accomplissement, déceptions s'il y a lieu, questions et points à améliorer ou à corriger, prise en compte du partenariat avec l'utilisateur et ses proches, etc.) à partir des **trois questions suivantes** :
  - Le déroulement de la réunion a-t-il permis de répondre aux besoins, attentes de l'utilisateur?
  - Le fait de travailler ensemble vous a-t-il appris quelque chose qui manquait à votre compréhension de la situation avant cette réunion? (conséquences de la co-construction)?
  - Comment peut-on améliorer la prochaine réunion au niveau du partenariat?
- Chacun s'abstient de porter un jugement radical, mais exprime ses réactions au « je ». Les accusations ou procès d'intention sont exclus de la discussion. À la place, il peut être intéressant de demander à clarifier ce qu'une personne visait par telle ou telle intervention plutôt que de qualifier cette intervention;

- Chaque participant doit au départ comprendre que certains points ne seront sans doute pas analysés et que des questions peuvent demeurer sans réponse.

#### **e. Le suivi du PII**

Les intervenants, l'utilisateur, les résidents, les stagiaires assureront après la réunion PII la mise en place des interventions identifiées dans le plan d'intervention.

Ils vérifieront auprès de l'utilisateur, l'atteinte des objectifs et sinon, modifieront en partenariat avec lui les interventions pour atteindre les objectifs. Ou ils modifieront ensemble les objectifs afin qu'ils deviennent atteignables.

### **3. Auto-évaluation réflexive du résident ou du stagiaire sur l' AIS**

---

#### **a. Auto-évaluation réflexive des résidents et stagiaires sur l' AIS**

Après la fin de l' AIS et du retour réflexif de l'équipe, le résident ou le stagiaire remplit le formulaire d'auto-évaluation réflexive spécifique à l' AIS PII. Puis il échange avec son superviseur de stage sur les différents items de celle-ci et identifie les habiletés qu'il voudrait développer davantage lors de la poursuite de son stage.

#### **b. Auto-évaluation réflexive de la personne âgée et du proche aidant sur l' AIS**

Après la fin de l' AIS et du retour réflexif de l'équipe, l'utilisateur peut s'il le souhaite réfléchir avec le proche aidant ressource ou un professionnel de l'équipe (le plus souvent un infirmier/infirmière) sur son rôle de partenaire avec les intervenants de l'équipe. Ceci permet de développer ses habiletés de partenaire et d'identifier l'aide dont il aura besoin, le cas échéant.

## ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES

---

### Source documentaire :

DCPP et CIO-UdeM (2016). *Terminologie de la pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec: Université de Montréal.

---

### Auto-détermination

Habilités et attitudes requises chez une personne lui permettant d’agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix, sans l’influence d’agents externes indus.

Ainsi, un comportement est autodéterminé seulement s’il présente les quatre caractéristiques essentielles suivantes :

1. La personne agit de manière autonome;
2. Le comportement est autorégulé;
3. La personne agit avec *empowerment* psychologique;
4. La personne agit de manière à s’auto-réaliser.

### Co-construction

Mode de collaboration entre usagers et professionnels, fondé sur la complémentarité des expertises et des savoirs expérientiels de chacun et sur un leadership partagé, en vue de réaliser une activité conjointe à partir d’une compréhension commune de la finalité visée et de la démarche à employer.

### Éducation à la santé

L’éducation à la santé permet à l’usager d’acquérir et de conserver les compétences pour comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Il s’agit d’un processus permanent, intégré dans les soins, qui implique des activités organisées de sensibilisation, d’information, d’apprentissage de l’autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et les interventions, les soins et les services, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie.

### Équipe de soins et de services

Équipe minimalement composée de l’usager et de un ou plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux de professions différentes. Elle peut également accueillir toute autre personne (p. ex. proche aidant, gestionnaire clinique, préposé aux bénéficiaires, bénévole, personnel administratif, usager ou proche aidant ressource) jugée appropriée pour accompagner l’usager dans son parcours de santé et valoriser son expérience comme usager.

## Expertise de vivre avec la maladie (savoirs expérientiels de l'usager)

Ensemble des savoirs tirés des situations vécues avec la maladie, qui ont eu un impact pour l'usager, tant sur ses façons de prendre soin de lui, d'interagir avec les intervenants, que sur sa manière d'utiliser les services de santé et les services sociaux.

## Intervenant

Personne qui dispense des soins de santé ou des services sociaux, qu'elle soit ou non un professionnel. Cette personne reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre à l'usager de développer ses compétences de soins et de s'habiliter progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. L'intervenant respecte l'usager dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe.

## Littératie

La littératie réfère à l'ensemble des habiletés nécessaires pour trouver, comprendre, utiliser et communiquer l'information dans différents domaines.

## Littératie en santé

La littératie en santé est la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capables de composer avec les divers contextes de santé afin de promouvoir la santé tout au long de leur vie. La littératie en santé est aussi la capacité d'une personne à identifier son besoin d'information, à obtenir cette information et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées en lien avec sa santé.

## Objectifs SMART

L'acronyme SMART est utilisé pour représenter les divers critères d'un objectif formulé par une équipe ou un intervenant de la santé et des services sociaux (comité d'amélioration continue, équipe de soins et de services dans le cadre de l'élaboration d'un PII). Les lettres qui le composent représentent les mots suivants :

- **S** spécifique : décrivant précisément ce qui doit changer;
- **M** mesurable : permettant de porter un jugement objectif sur leur atteinte; indice de mesure;
- **A** attirant, atteignable;
- **R** réaliste : en fonction des moyens disponibles;
- **T** situé dans le temps : échéancier précis avec une durée ou une fréquence déterminée.

## **Partenariat patient en santé et services sociaux**

Relation de collaboration égalitaire entre les partenaires que sont le patient, ses proches aidants et les intervenants, les gestionnaires et les décideurs des services de santé et des services sociaux.

Cette relation s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'auto-détermination du patient (choix de santé libres et éclairés) et l'atteinte de résultats optimaux en fonction du contexte spécifique du patient.

Fondée sur la complémentarité des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, de reconnaissance mutuelle des savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre sa situation de santé en main. En ce sens, patient et intervenant forment une équipe.

## **Patient (usager) partenaire**

Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe de soins et de services.

Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins, objectifs et de son projet de vie.

## **Patient (usager) partenaire formateur**

Le patient (usager) formateur contribue à faire prendre conscience de la nécessaire complémentarité des savoirs scientifiques et cliniques en santé et services sociaux et des savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie, dans le cadre de la formation des étudiants, résidents et stagiaires en sciences de la santé et en sciences psychosociales ainsi que du développement professionnel continu.

Sa contribution s'étend également à la formation continue des intervenants, des gestionnaires, des formateurs et des chercheurs de la santé et des services sociaux. Il participe ainsi au développement de la capacité de tous ces apprenants à imprégner leurs actions et leurs décisions de l'approche de partenariat patient en santé et services sociaux.

## **Patient (usager) partenaire ressource**

Le patient (usager) partenaire ressource contribue à l'amélioration de l'expérience des patients en milieux de soins et à leur qualité de vie par le partage de ses savoirs expérientiels et la promotion d'un partenariat dans les soins et services. Il participe ainsi aux initiatives propices à la co-construction, à la collaboration et à l'apprentissage, tant sur le plan clinique que sur celui de la gouvernance.

## Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale de l'utilisateur nécessite de mobiliser et de concerter les actions d'intervenants de plusieurs professions avec celui-ci, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. L'élaboration du PII nécessite la tenue d'**une réunion d'équipe formelle** (en présence, au téléphone, par d'autres moyens de communication) incluant l'utilisateur comme membre à part entière de l'équipe et tous les intervenants visés.

Avant la tenue de cette réunion, les intervenants auront échangé de l'information à partir du dossier médical de l'utilisateur, par téléphone, ou au moyen de rencontres informelles. En plus d'éviter des duplications, des incohérences dans les actions des différents partenaires, la rencontre de PII se veut une occasion de favoriser le développement de l'autodétermination de l'utilisateur en tenant compte de ses capacités et en lui offrant des choix d'interventions. Dans certains cas, un intervenant pivot ou un gestionnaire de cas assure la coordination des interventions.

## Pratique collaborative

Processus dynamique d'interactions sous forme d'échanges d'information, d'éducation, de prise de décisions partagées. Pratique qui interpelle toute l'équipe de soins et de services engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue. Les objectifs visés sont d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie de l'utilisateur et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

## Proche aidant

Personne que le patient (utilisateur) identifie comme étant celle qui l'accompagne dans son parcours de santé, c'est-à-dire la personne qui peut lui offrir différents types de soutien (émotif, instrumental, social, etc.) et même, souvent, certains soins requis par son état.

Cette personne peut être un membre de la famille (conjoint, frère ou sœur, père ou mère, ou autre) ou un membre de l'entourage (ami, voisin, collègue, etc.) identifié par l'utilisateur. Le proche aidant connaît ou partage le projet de vie de l'utilisateur (tout en menant son propre projet de vie), d'où l'importance de l'inclure dans l'équipe de soins et de services, dans la mesure du possible.

Le proche aidant possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour l'équipe, entre autres, une expertise « biographique » de l'utilisateur (ses habitudes de vie, ses expériences antérieures, ses valeurs et croyances, etc.).

## Proche aidant partenaire formateur

Un proche aidant partenaire formateur contribue à faire prendre conscience de la nécessaire complémentarité des savoirs scientifiques et cliniques en santé et services sociaux et des savoirs expérientiels issus de l'accompagnement d'un patient (utilisateur) de sa famille le long du parcours de vie de celui-ci avec la maladie, dans le cadre de la formation des étudiants, résidents et stagiaires en sciences de la santé et en sciences psychosociales ainsi que du développement professionnel continu.

Sa contribution s'étend également à la formation continue des intervenants, des gestionnaires, des formateurs et des chercheurs de la santé et des services sociaux. Il participe ainsi au développement

de la capacité de tous ces apprenants à imprégner leurs actions et leurs décisions de l'approche de partenariat patient en santé et services sociaux.

### **Proche aidant partenaire ressource**

Le proche aidant partenaire ressource contribue à l'amélioration de l'expérience des patients en milieu de soins et à leur qualité de vie par le partage de ses savoirs expérientiels et la promotion d'un partenariat dans les soins et services. Il participe ainsi aux initiatives propices à la co-construction, à la collaboration et à l'apprentissage, tant sur le plan clinique que sur celui de la gouvernance.

### **Professionnel**

Ce terme désigne les professionnels de la santé membres de l'équipe de soins et de services. Selon le contexte, ce terme inclut ou n'inclut pas les médecins.

### **Projet de vie**

Représentation mentale de la vie que le patient souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir.

Le projet de vie oriente le comportement de la personne à différents moments et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie.

Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie (p. ex. permettre une fin de vie dans la dignité, selon la volonté de la personne). Le projet de vie peut différer selon qu'il s'agit du point de vue de l'utilisateur ou de celui du proche aidant, mais dans une telle situation, c'est toujours le point de vue de l'utilisateur qui primera conformément à la loi.

Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, inaptitude du patient, etc.), au lieu de référer à un projet de vie, il est peut-être plus facile de formuler :

- des besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien de l'utilisateur tels que :
  - le soulagement de symptômes (p. ex. le soulagement des douleurs);
  - la récupération d'une fonction ou d'une capacité (p. ex., la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, de la continence);
- des projets à court terme.