

**GUIDE POUR LA SUPERVISION DES ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE  
INTERPROFESSIONNELLES EN STAGES CLINIQUES (AIS)  
EN PARTENARIAT AVEC LES PERSONNES ÂGÉES  
ET LES PROCHES AIDANTS**

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

**2018**

# Crédits

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

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

### **Adresse postale**

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

---

## **AUTEURES PRINCIPALES**

### **Édith Fournier, PhD**

Proche aidante partenaire formatrice  
Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Faculté de médecine, Université de Montréal

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

Professeure agrégée, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD  
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  
Cogestionnaire médicale du programme SAPA et de l'implantation du plan d'Alzheimer en GMF, CISSSS des Laurentides

### **Sylvie Scurti, MSc, Ergothérapeute**

Responsable gestion et développement de la formation clinique, programme d'ergothérapie, école de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

### **Louise St-Denis, MSc, Nutritionniste**

Professeure agrégée, responsable du 1<sup>er</sup> cycle, département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

## EN COLLABORATION

### **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

---

## COORDINATION DES TRAVAUX DE RÉVISION

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

Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD, 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

### **Colombe-Hélène Jacques, consultante en secrétariat**

---

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 :

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal (2018). *Guide pour la supervision des activités d'apprentissage interprofessionnelles en stages cliniques (SAD) en soins à domicile et en CHSLD, en partenariat avec les personnes âgées et les proches aidants*, Montréal, Québec.



## NOTE AU LECTEUR

Les personnes vulnérables suivies par les équipes cliniques au sein des UFCI en SAD ou CHSLD présentent des pertes d'autonomie modérées à sévères. La plupart d'entre elles sont des personnes âgées. Nous utiliserons donc le terme « **personnes âgées** » dans le document en synonyme de : patients, usagers, résidents, clients, personnes vulnérables, personnes handicapées.

Le « **proche aidant** » est une personne, membre de la famille ou non, que la personne âgée identifie comme étant celle qui l'accompagne dans son parcours et qui peut lui offrir différents types de soutien (émotif, instrumental, et même, souvent, certains soins requis par son état). Le proche aidant possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour l'équipe, entre autres une expertise biographique de la personne âgée (ses habitudes de vie, ses expériences, ses valeurs et croyances, etc.). Le proche aidant fait donc partie de l'équipe au même titre que la personne âgée elle-même, avec l'accord de cette dernière.

Le « **proche aidant formateur** » est un proche identifié conjointement par la direction responsable d'implanter le partenariat patient (direction de la qualité) et la direction SAPA (programmes cliniques SAD ou CHSLD) au sein du CISSS/CIUSSS. Ce proche aidant répond aux critères de proche partenaire tels que décrits par la direction Collaboration et Partenariat patient (DCPP) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il détient une expérience significative des soins et services à domicile ou en CHSLD auprès de la personne âgée. Il est formé et accompagné pour devenir un formateur au sein des UFCI-U, autant auprès des personnes âgées et leurs proches qu'auprès des résidents et des stagiaires.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE</b>	<b>1</b>
<b>1) INTRODUCTION</b>	<b>2</b>
A) HISTORIQUE DE LA CRÉATION DES UNITÉS DE FORMATION CLINIQUE INTERPROFESSIONNELLES UNIVERSITAIRES (UFCI-U) .....	2
B) DÉFINITION DES UFCI-U .....	3
C) OBJECTIFS DES UFCI-U .....	5
<b>2) CONCEPT DES AIS (ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE INTERPROFESSIONNELLE EN STAGES CLINIQUES)</b>	<b>5</b>
A) DÉFINITION .....	5
B) SITUER L' AIS DANS LE CONTINUUM DE FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES .....	6
C) THÈMES DE L' AIS .....	7
<b>3) COMPÉTENCES À DÉVELOPPER ET OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DES AIS</b>	<b>7</b>
A) RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE EN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES .....	7
i) <i>Compétence centrale : Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux (PII)</i> .....	7
B) RÉFÉRENTIEL DE LA COMPÉTENCE DU PATIENT PARTENAIRE .....	9
C) OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DES AIS (PII, MÉDICAMENTS, SCPD) .....	10
i) <i>Objectifs d'apprentissage de l' AIS PII</i> .....	10
ii) <i>Objectifs d'apprentissage de l' AIS révision systématique des médicaments</i> .....	11
iii) <i>Objectifs d'apprentissage de l' AIS sur les approches pharmacologiques et non pharmacologiques des SCPD</i> .....	12
<b>4) RÔLES ET RESPONSABILITÉS</b>	<b>12</b>
A) COORDONNATEURS DES AIS (SECONDÉS PAR UN COMMIS OU SECRÉTAIRE MÉDICALE) .....	13
B) SUPERVISEURS DE STAGE DE L' ÉQUIPE .....	13
C) PERSONNES ÂGÉES ET PROCHES AIDANTS PARTENAIRES .....	13
D) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES FORMATEURS .....	14
E) RÉSIDENTS ET STAGIAIRES .....	14
F) INTERVENANTS DE L' ÉQUIPE .....	14
G) DIRECTION DE L' ENSEIGNEMENT ET AUTRES DIRECTIONS (DSP, DSM, DSI, DIRECTION QUALITÉ) .....	14
H) RESPONSABLES DES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES .....	15
I) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES FORMATEURS UNIVERSITAIRES .....	15
<b>5) DÉROULEMENT GÉNÉRAL DES AIS ET PRINCIPES DE RÉTROACTION À L' ÉQUIPE</b>	<b>15</b>
A) PLANIFICATION DE L' AIS .....	15
B) DÉROULEMENT DE L' AIS .....	17
i) <i>Préparation de l' AIS</i> .....	17
ii) <i>Réalisation de l' AIS</i> .....	17
iii) <i>Retour réflexif de l' équipe sur l' AIS et principes de rétroaction</i> .....	17
iv) <i>Suivi de l' AIS</i> .....	19
C) AUTOÉVALUATION RÉFLEXIVE DU RÉSIDENT OU DU STAGIAIRE SUR L' AIS .....	19
D) AUTOÉVALUATION RÉFLEXIVE DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DU PROCHE AIDANT SUR L' AIS .....	20

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>FIGURE 1 -</b>	<b>CADRE STRUCTUREL DES UFCI-U</b>	<b>4</b>
<b>FIGURE 2 -</b>	<b>CONTINUUM DE FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LES PROCHES</b>	<b>6</b>
<b>FIGURE 3 –</b>	<b>REFERENTIEL DE COMPETENCES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE ET DU PARTENARIAT PATIENT EN SANTE ET SERVICES SOCIAUX</b>	<b>8</b>
<b>FIGURE 4 -</b>	<b>SCHÉMATISATION DES RÔLES DES ACTEURS DES MILIEUX UNIVERSITAIRE ET CLINIQUE LORS DE LA PRÉPARATION ET DE LA RÉALISATION DES AIS</b>	<b>12</b>
<b>TABLEAU 1 -</b>	<b>DÉTERMINATION DES MOMENTS PROPICES À LA TENUE DES AIS</b>	<b>16</b>

## LISTE DES ACRONYMES

<b>AIS</b>	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>DCCP</b>	Direction Collaboration et partenariat patient
<b>DMFMU</b>	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>GMF-U</b>	Groupe de médecine de famille universitaire
<b>NIM</b>	Niveau d'intervention médicale (niveau de soins)
<b>PII</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>PDG</b>	Président directeur général
<b>RUIS</b>	Réseau universitaire intégré de santé
<b>SAD</b>	Soins à domicile
<b>SAD</b>	Soutien à domicile (équipe de CLSC de soutien à domicile)
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence
<b>UFCI-U</b>	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire

## Préambule

Les activités d'apprentissages interprofessionnelles en stages cliniques (AIS) dans le domaine des soins aux personnes âgées à domicile et en CHSLD, offrent à tous un moment privilégié pour approfondir de façon concrète, dans l'action, la pratique collaborative en partenariat avec les patients et leurs proches : les personnes âgées et leurs proches aidants, les résidents et les stagiaires, ainsi que tous les intervenants, qu'ils soient des professionnels ou non, qu'ils soient des superviseurs de stage ou non. **Les UFCI-U constituent un moteur à consolidation et à la transformation de la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches.** Les acquis peuvent être par la suite transférés vers d'autres équipes d'un même programme clinique, ou adaptés à d'autres programmes cliniques.

Ainsi, non seulement les UFCI-U contribuent-elles à la formation des futurs professionnels de la santé et des services sociaux mais elles permettent également le développement des compétences des professionnels et du personnel en exercice.

Il s'agit d'une première dans le développement de stages cliniques en approche de partenariat patient et de formation interprofessionnelle systématisée. Solidarité, humilité et approche réflexive entre personnes âgées, proches aidants, intervenants, superviseurs et gestionnaires cliniques s'avèrent essentiels au développement de cette innovation. Le désir de se dépasser dans le respect, l'écoute et l'ouverture, et la créativité seront des gages de succès. Il y aura certainement des difficultés, des erreurs mais nous apprendrons de celles-ci pour faire mieux.

## 1) Introduction

### a) HISTORIQUE DE LA CRÉATION DES UNITÉS DE FORMATION CLINIQUE INTERPROFESSIONNELLES UNIVERSITAIRES (UFCI-U)

Le vieillissement de la population québécoise nécessite que les futurs professionnels de la santé et des services sociaux des soins de première ligne (GMF, programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)) soient bien formés et prêts à travailler en équipe, en partenariat avec les personnes âgées et leurs proches aidants, afin de répondre à leurs besoins complexes. Ils pourront assurer ainsi des soins de santé et psychosociaux accessibles, continus, fondés sur les meilleures pratiques.

Conscient de l'importance de répondre à ces besoins, le Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal déposait en 2013 un rapport intitulé « *Repenser l'enseignement des soins aux personnes âgées pour nos futurs médecins de famille : une démarche pas à pas* ». La création d'unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en soins à domicile et en CHSLD constitue l'une des recommandations phares de ce rapport. Ces unités sont appelées à accueillir des résidents en médecine de famille et de pharmacie ainsi que des stagiaires de diverses professions de la santé et des sciences psychosociales.

Ultimement, chacun des 18 Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) du DMFMU de l'Université de Montréal pourra compter sur une *Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire en soins à domicile* et une *Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire en CHSLD*, sur le territoire du CISSS ou CIUSSS auquel il appartient.

Par la suite, une mobilisation d'autres programmes de formation en santé et services sociaux de l'Université de Montréal s'est faite autour de ce projet éducatif et clinique rassembleur. Pour le moment, les programmes de sciences infirmières, de pharmacie, de service social, d'ergothérapie et de nutrition ont associé leurs efforts à ceux du programme de médecine de famille. Ceci a permis la conceptualisation d'activités de formation et de supervision interprofessionnelles, en partenariat avec les personnes âgées et les proches aidants. Ces activités seront implantées progressivement dans les UFCI-U.

Le succès de la création et de l'implantation de ces unités repose sur un travail de concertation étroit avec les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du RUIS de l'Université de Montréal auxquelles sont rattachés les GMF-U. Il s'agit d'une façon innovatrice de répondre aux besoins des personnes âgées et des proches aidants de leur territoire en permettant une accessibilité et une qualité de soins et des services sociaux accrues à domicile et en milieu d'hébergement à

travers ces unités. De plus, la création de ces unités favorise le recrutement de jeunes médecins et professionnels intéressés à cette pratique et bien formés. Le ministre de la Santé et de Services sociaux et les PDG des CISSS et CIUSSS de tout le Québec se sont engagés, lors du Forum sur les meilleures pratiques en soins à domicile tenu en mai 2017, à soutenir le développement des UFCI-U.

Plusieurs directions des CISSS/CIUSSS sont interpellées pour travailler étroitement avec les programmes universitaires à la création de ces unités : principalement la direction SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) et la direction de l'enseignement, en collaboration étroite avec les directions de la qualité et performance (partenariat patient), des services professionnels, des soins infirmiers, des services multidisciplinaires, et d'autres directions de soutien selon les besoins.

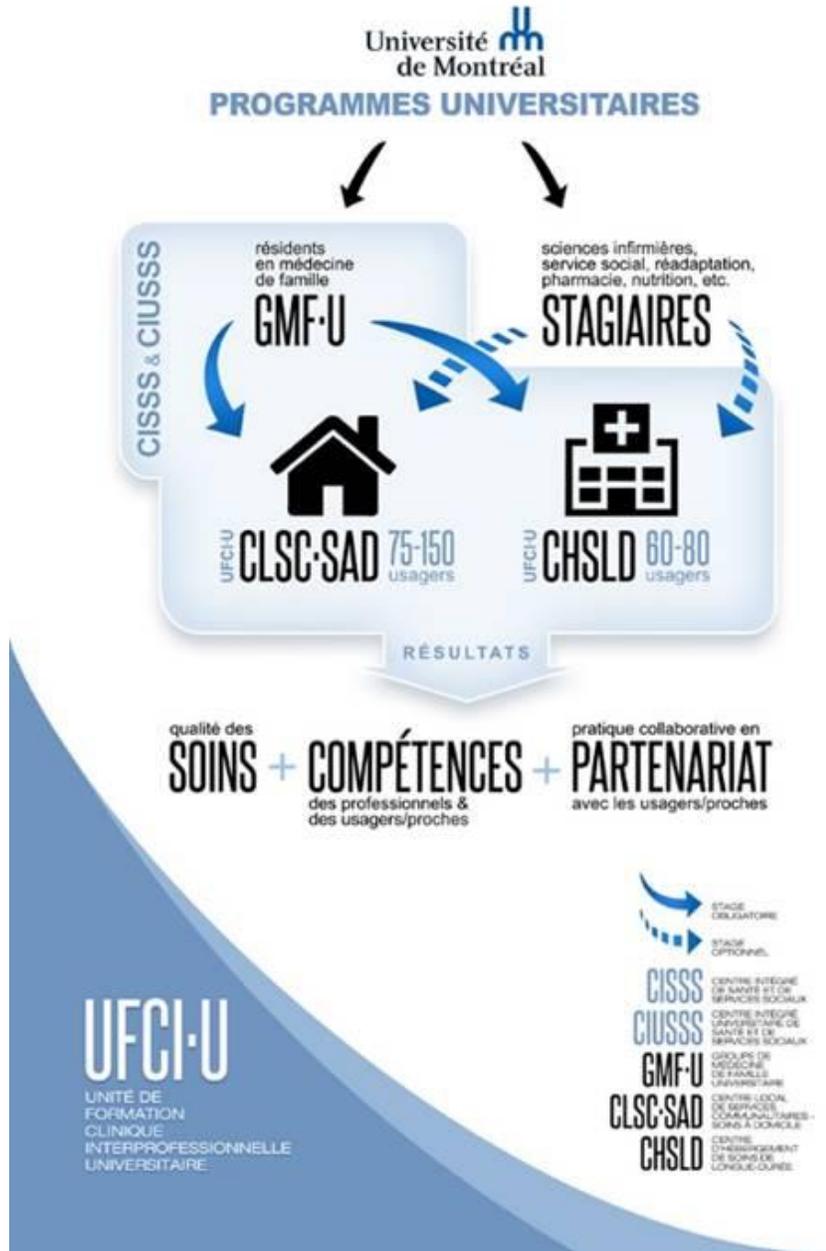
## b) DÉFINITION DES UFCI-U

Le DMFMU de l'Université de Montréal propose la création *d'unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en SAD et en CHSLD* associées à chaque GMF-U (CUMF), afin de créer des milieux propices à l'apprentissage interprofessionnel de soins aux personnes âgées vulnérables pour les futurs professionnels de soins de première ligne (médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychoéducateurs, psychologues et neuropsychologues, dentistes, optométristes, audiologistes, orthophonistes, etc.). La **figure 1** illustre ce cadre structurel des UFCI-U.

### L'UFCI-U se définit comme :

- ◇ *un groupe de médecins de famille et d'intervenants de diverses professions en SAD ou en CHSLD qui forme une ÉQUIPE de superviseurs de stages,*
- ◇ *auprès d'un groupe de résidents en médecine de famille et de stagiaires de diverses professions,*
- ◇ *afin d'assurer ensemble les soins à domicile ou en CHSLD,*
- ◇ *d'un groupe de personnes âgées (usagers) vulnérables en partenariat avec leurs proches,*
- ◇ *à travers des soins continus de problèmes de santé et psychosociaux chroniques,*
- ◇ *en accès adapté qui permet de répondre rapidement aux besoins de la clientèle, en accordant une priorité aux conditions de santé et psychosociales instables, en incluant les soins de fin de vie.*

FIGURE 1 - Cadre structurel des UFCI-U



## c) OBJECTIFS DES UFCI-U

Les UFCI-U en SAD ou en CHSLD ont pour objectifs :

- **Améliorer la formation des médecins de famille et des autres professionnels de la santé et des services sociaux**
  - augmenter l'exposition des résidents de médecine de famille et de pharmacie ainsi que celle des stagiaires des autres professions en santé et en services sociaux à la pratique en SAD et en CHSLD pour leur permettre d'atteindre les objectifs d'apprentissage visés par les programmes éducatifs universitaires des différentes professions;
  - favoriser la collaboration interprofessionnelle entre les résidents et les stagiaires et avec les autres professionnels de l'Unité;
  - intégrer l'approche du partenariat avec l'utilisateur et ses proches dans l'enseignement.
  
- **Améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins et des services sociaux**
  - optimiser la prestation de soins et de services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère en SAD et en CHSLD;
  - assurer l'accès et la continuité des soins et des services en situation d'urgence ou en situation de crise;
  - optimiser la collaboration interprofessionnelle au sein des pratiques cliniques des équipes de SAD et des équipes en CHSLD;
  - intégrer la personne âgée, ou son proche aidant, comme partenaire actif de ses propres soins et services;
  - harmoniser les pratiques et les moyens de communication intra/inter-établissements entre les professionnels mais aussi entre les professionnels et les usagers/proches, dans une perspective de continuité des soins et des services pour la personne âgée.

## 2) Concept des AIS (Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stages cliniques)

### a) DÉFINITION

- Activité d'apprentissage planifiée à un moment précis du stage
- Offerte à des résidents/stagiaires de diverses professions
- Supervisée de façon directe, à l'aide d'une grille d'observation
- Sur un thème spécifique, en contexte clinique réel en partenariat avec la personne âgée (et son proche aidant) suivie à domicile ou en CHSLD

**b) SITUER L' AIS DANS LE CONTINUUM DE FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES**

La formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches destinée aux étudiants du premier cycle de la santé et des sciences psychosociales comporte une série de 3 cours (CSS 1900, 2900, 3900) durant le cursus universitaire des trois premières années. Ces cours d'un crédit sont communs à l'ensemble des programmes et sont construits selon le même format pédagogique illustré ci-dessous. Les programmes représentés sont : audiologie, ergothérapie, kinésiologie, médecine, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, sciences infirmières et service social.

CSS 1900

- Découverte des autres professions
- Partager une situation vécue / point de vue du patient

CSS 2900

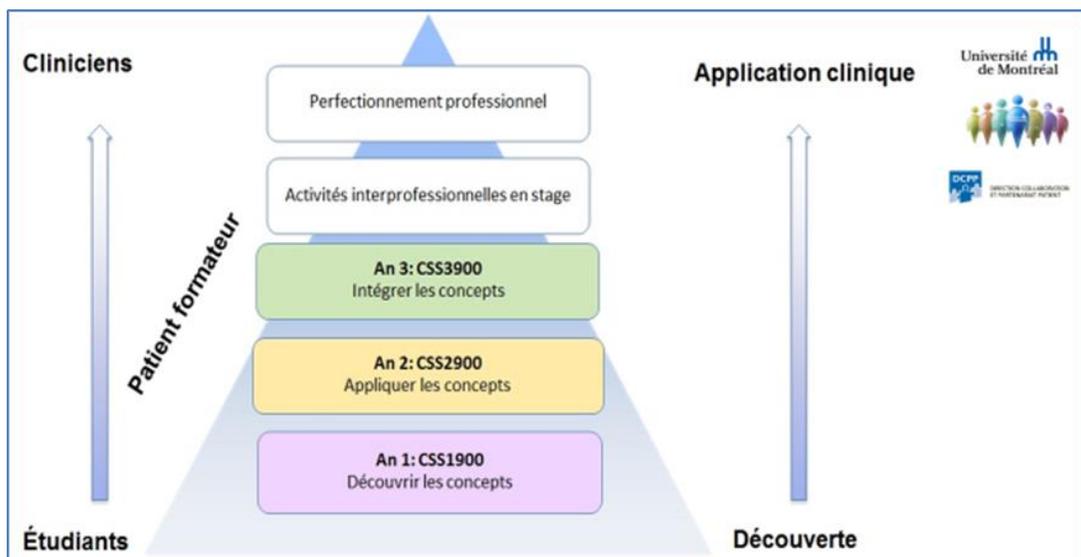
- Vignette clinique / rôle professionnel
- Leadership collaboratif

CSS 3900

- Réalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
- Présentation d'un outil thérapeutique

La réalisation des AIS constitue la prolongation des apprentissages interprofessionnels en partenariat avec le patient et ses proches, en contexte réel clinique, particulièrement les soins à domicile et en CHSLD.

**FIGURE 2 - Continuum de formation à la collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux en partenariat avec les patients et les proches**



### c) THÈMES DE L'AIS

Les thèmes des activités interprofessionnelles qui ont été choisis sont les suivants :

- Planification d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avec la personne âgée et son proche aidant
- Révision systématique des médicaments avec la personne âgée et son proche aidant
- Évaluation et traitement pharmacologique et non pharmacologique des SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence) avec la personne âgée et son proche aidant

## 3) Compétences à développer et objectifs d'apprentissage des AIS

Le stage clinique au sein des UFCI-U permet de poursuivre le développement des compétences des résidents et des stagiaires sur la *Pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches* amorcé dans les cours CSS de l'Université de Montréal (*Référentiel de compétences. Pratique collaborative et partenariat en santé et services sociaux. DCCP, Faculté de médecine et cours CSS, Université de Montréal, 2016*). Ce référentiel a été co-construit par des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que des patients et des proches partenaires.

De même, les personnes âgées et leurs proches aidants seront appelés à développer leurs propres compétences de partenaires, accompagnés par des proches formateurs et les intervenants de l'équipe.

### a) RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE EN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES

#### i) **Compétence centrale : Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux (PII)**

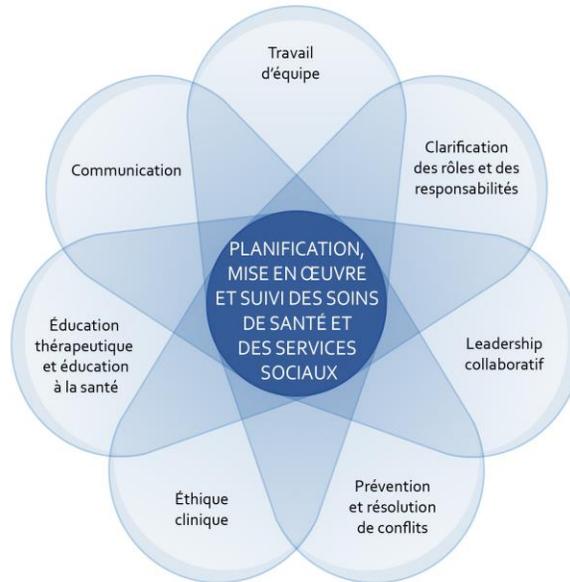
La **compétence centrale** de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des soins de santé et des services sociaux fait appel à sept compétences transversales, qui seront mobilisées à des degrés divers selon la situation. Ces compétences se développeront à plus ou moins brève échéance, selon le niveau d'apprentissage, de pratique ou d'expérience des personnes apprenantes en cause et selon la complexité des situations. Les **compétences transversales** sont les suivantes :

- le travail d'équipe;
- la clarification des rôles et des responsabilités;
- la communication;
- le leadership collaboratif;
- l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé;
- l'éthique clinique;
- la prévention et la résolution des conflits.

**FIGURE 3 – Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux**



## PRATIQUE COLLABORATIVE ET PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



Sources : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient – Version 1.1*, RUIS de l'UdeM, 66 p. [En ligne] URL : [http://www.ruis.umontreal.ca/publications\\_comites](http://www.ruis.umontreal.ca/publications_comites): Guide d'implantation, version 1.1.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 37 p. [En ligne] URL : <http://www.cihc.ca> (page consultée le 13-05-16)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. [En ligne] URL : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rcjcanmeds/framework> (page consultée le 13-05-16)



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
CC BY-NC

Cette licence permet aux autres de remixer, arranger, et adapter votre œuvre à des fins non commerciales et, bien que les nouvelles œuvres doivent vous créditer en citant votre nom et ne pas constituer une utilisation commerciale, elles n'ont pas à être diffusées selon les mêmes conditions.

La compétence centrale de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des soins de santé et de services sociaux se résume ainsi (Patient = personne âgée et proche aidant) :

*En tant que partenaires de services de santé et de services sociaux, le patient et les intervenants collaborent afin de planifier et de coordonner leurs actions en réponse aux besoins, aux problèmes de santé et à la situation psychosociale du patient, en tenant compte de ses besoins, de ses objectifs, de son projet de vie. Ils interviennent de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue.*

*Fondée sur la reconnaissance mutuelle de la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels, la relation qui se développe ainsi entre les partenaires s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, d'échanges*

*d'informations en vue de prises de décisions libres et éclairées par la personne âgée. La personne âgée et les intervenants se partagent les responsabilités de façon synergique afin d'obtenir des résultats de santé optimaux en fonction du contexte spécifique du patient.*

*La planification des soins de santé et des services sociaux se réalise à travers l'élaboration et la mise en œuvre conjointe d'un plan d'intervention du patient, et des intervenants de l'équipe. Par exemple :*

- *un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour les besoins et problèmes identifiés du patient;*
- *un plan de révision systématique des médicaments;*
- *un plan d'intervention pour les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD).*

**NOTE :**

La réalisation de ces trois types de plan d'intervention est à la base des AIS (compétence centrale). Des compétences transversales seront également mobilisées lors de ces AIS dont le travail d'équipe, la communication, la clarification des rôles et des responsabilités, le leadership collaboratif, l'éducation thérapeutique.

**b) RÉFÉRENTIEL DE LA COMPÉTENCE DU PATIENT PARTENAIRE**

À travers la réalisation des AIS, les personnes âgées et leurs proches aidants développeront leurs compétences de patients partenaires de soins, soit :

- Se connaître dans la vie avec la maladie
- Mobiliser ses savoirs expérientiels
- Développer sa résilience
- Redonner un sens à sa vie à travers ses expériences
- Élaborer un projet de vie et l'adapter au changement

Certains proches aidants, à titre de proches aidants formateurs, seront appelés à transmettre leurs expertises à d'autres personnes âgées et proches aidants, lors d'activités de soins ou d'enseignement, en collaboration avec les intervenants de l'équipe :

- Faire preuve d'altruisme
- Être réflexif et transmettre
- Être à l'écoute
- Communiquer
- Se raconter de façon pédagogique

## c) OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DES AIS (PII, MÉDICAMENTS, SCPD)

### i) Objectifs d'apprentissage de l'AIS PII

#### POUR LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES

À la fin de l'AIS PII, le résident ou stagiaire est en mesure de :

- Inscrire ses observations et ses propositions d'intervention, en tenant compte des conditions d'existence, des besoins, limites, espoirs et désirs de vie du patient.
- Témoigner de la rigueur dans sa préparation à cette réunion. Son expertise s'appuie sur une démarche de cueillette et d'analyse des observations spécifiques à sa profession, conforme aux normes des meilleures pratiques.
- Entendre, explorer et tenir compte des compétences des autres professionnels, du patient et de ses proches et collaborer avec eux.
- Reconnaître les savoirs expérimentiels du patient et de ses proches, les nommer et le leur refléter signifiant ainsi qu'à titre de professionnel, il a besoin de ces savoirs pour exercer son rôle de façon optimale.

#### POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS PROCHES AIDANTS

À la fin de l'AIS PII, le patient ou son proche-aidant est en mesure de :

- Comprendre 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 a identifié ses conditions de vie particulières qui font en sorte que le plan d'intervention proposé demeure réaliste;
  - il a cerné quelques objectifs précis à proposer à l'équipe.
- Identifier et faire valoir ses compétences propres dans l'application quotidienne des mesures qui sont discutées en réunion PII.
- Comprendre et explorer les compétences des intervenants présents à la réunion PII et comprendre comment il peut collaborer avec eux.
- Développer un mode de communication claire avec les intervenants présents à la réunion PII.
- Prendre sa place lors de la réunion PII au même titre que les intervenants souvent rompus à ces discussions d'équipe.

## ii) Objectifs d'apprentissage de l'AIS révision systématique des médicaments

### POUR LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES

À la fin de l'AIS Révision systématique des médicaments, le résident ou stagiaire est en mesure de :

- Identifier les patients dont le profil médicamenteux doit être révisé de façon systématique en équipe et mettre en branle ce processus de révision, incluant le patient et ses proches aidants.
- Appliquer une approche systématique de révision des médicaments selon les étapes suivantes :
  - mise à jour de la liste des médicaments, des paramètres sanguins, du niveau d'intervention médicale (NIM);
  - évaluation de l'indication de chaque médicament selon :
    - le consensus sur les données probantes,
    - la spécificité du patient,
    - les effets indésirables (qualité de vie, cascade médicamenteuse);
  - arrêt du médicament ou réduction de la dose, sans risque significatif;
  - application et suivi du plan d'intervention de révision des médicaments.
- Utiliser de façon optimale des outils d'aide à une prise de décision fondée sur des données probantes en matière de médication pour les clientèles âgées.
- Collaborer de façon efficace entre professionnels à la révision systématique des médicaments, en s'assurant que chaque professionnel exerce son rôle de façon optimale.
- Travailler en partenariat avec le patient et ses proches afin qu'ils contribuent de façon active à la révision systématique des médicaments et à la mise en œuvre du plan d'action, dans le respect de leurs désirs et conditions de vie, en leur apportant le soutien et les outils nécessaires.

### POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS PROCHES AIDANTS

À la fin de l'AIS Révision systématique des médicaments, le patient ou son proche-aidant est en mesure de :

- Constituer la liste de ses médicaments prescrits et non prescrits.
- Comprendre la raison pour laquelle chaque médicament est prescrit et sinon poser les questions nécessaires.
- Observer les effets secondaires des médicaments et les rapporter.
- Discuter des alternatives aux traitements médicamenteux.
- Prendre conscience de son rapport à la prise de médicaments (oubli, arrêt, peur, etc.).

- Exprimer son opinion sur les médicaments afin de les faire ajuster en conséquence, s'il y a lieu.
- Participer au sevrage de médicaments ou à l'introduction de nouveaux médicaments.
- Consulter d'autres professionnels de la santé que le médecin qui peuvent l'aider quant à la prise de ses médicaments (pharmacien, infirmière, etc.).

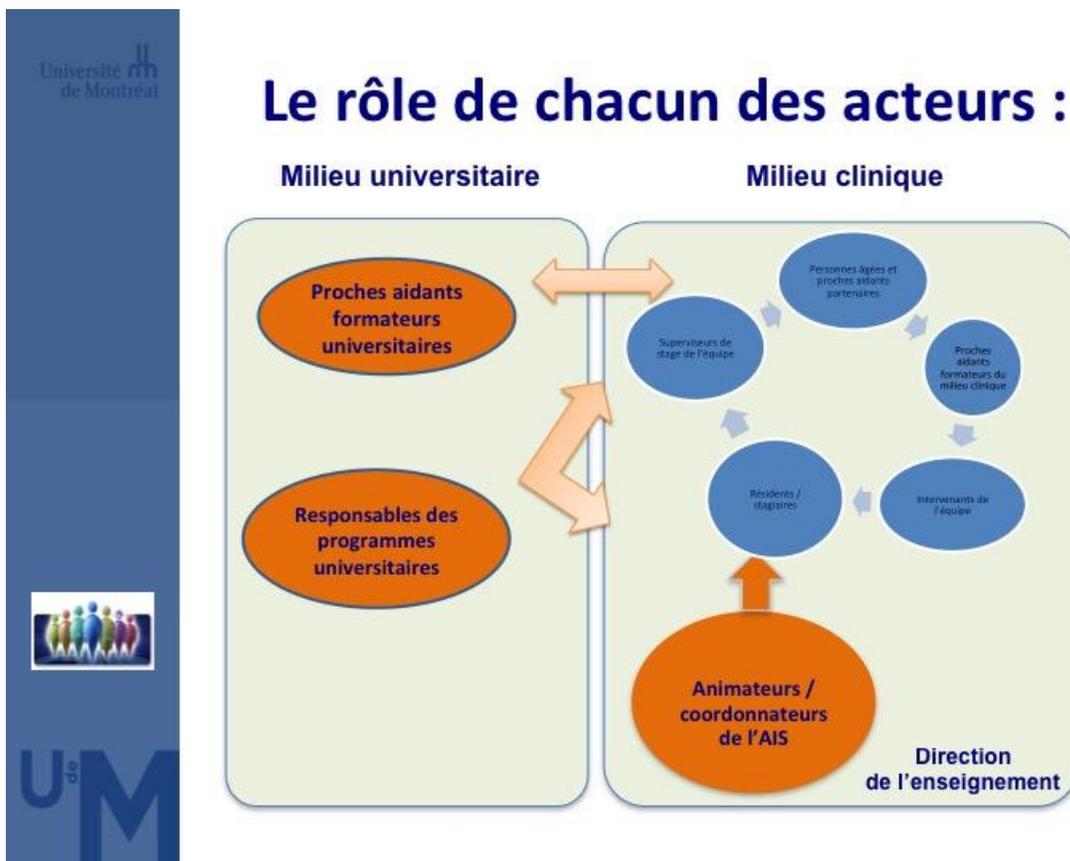
iii) Objectifs d'apprentissage de l'AIS sur les approches pharmacologiques et non pharmacologiques des SCPD

À VENIR À L'AUTOMNE 2018

#### 4) Rôles et responsabilités

Les rôles des différents acteurs des milieux universitaire et clinique sont précisés dans cette section mais peuvent en tout temps être adaptés aux réalités locales des milieux cliniques.

FIGURE 4 - Schématisation des rôles des acteurs des milieux universitaire et clinique lors de la préparation et de la réalisation des AIS



## MILIEU CLINIQUE

---

### a) COORDONNATEURS DES AIS (SECONDÉS PAR UN COMMIS OU SECRÉTAIRE MÉDICALE)

Le coordonnateur de l'AIS aux plans clinique et pédagogique sera le plus souvent, au début du moins, le médecin superviseur, compte tenu de la présence régulière des résidents en médecine de famille. Ce rôle pourra éventuellement être partagé par le ou la chef d'unité ou son assistant/assistante. Pour l'organisation opérationnelle (gestion des horaires, envoi des invitations, réservation des salles, etc.), le médecin sera secondé par le commis/secrétaire médicale de l'UFCI-U.

Le coordonnateur de l'AIS :

- coordonne tout au long de l'année les activités de stage interprofessionnelles en fonction de la présence des résidents et des stagiaires à l'UFCI-U, en collaboration avec les autres superviseurs de stage;
- s'assure de la réalisation des activités;
- anime le retour réflexif à la fin de l'AIS avec les superviseurs, les résidents et les stagiaires, le patient et ses proches, avec le proche aidant partenaire formateur, s'il y a lieu;
- agit comme personne-ressource pour les superviseurs de stage des résidents/stagiaires qui participent aux activités interprofessionnelles;
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS.

### b) SUPERVISEURS DE STAGE DE L'ÉQUIPE

Le superviseur de stage de chaque profession qui reçoit un résident ou un stagiaire :

- est responsable de la supervision interprofessionnelle liée au stage clinique;
- facilite l'intégration des résidents ou des stagiaires aux activités interprofessionnelles;
- prépare les résidents ou les stagiaires aux activités interprofessionnelles;
- participe à la supervision interprofessionnelle, avec ou sans proche aidant partenaire formateur;
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS.

### c) PERSONNES ÂGÉES ET PROCHES AIDANTS PARTENAIRES

La personne âgée ou le proche aidant partenaire :

- identifie ses besoins/objectifs avant l'AIS avec l'aide d'un professionnel de l'équipe (le plus souvent l'infirmier/infirmière) ou d'un proche formateur;
- partage ses besoins et objectifs aux membres de l'équipe de soins lors de l'AIS;
- précise sa contribution tout en identifiant la nature de l'aide requise des intervenants de l'équipe pour la soutenir;

- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS;
- participe à la supervision interprofessionnelle en donnant son appréciation du déroulement de l'AIS et des façons d'intervenir;
- développe, s'il le désire, ses habiletés de partenaire de soins à l'aide d'une grille d'autoréflexion après l'AIS, avec le soutien d'un professionnel de l'équipe (le plus souvent l'infirmier/infirmière) ou d'un proche aidant partenaire formateur.

#### **d) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES FORMATEURS**

Le proche aidant partenaire formateur :

- soutient la personne âgée et les proches aidants partenaires dans les différentes étapes de AIS (préparation, déroulement de l'AIS, suivi et autoévaluation post-AIS);
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS;
- contribue au développement des compétences des résidents et stagiaires et favorise leur capacité réflexive face aux pratiques collaboratives et au partenariat avec la personne âgée et ses proches.

#### **e) RÉSIDENTS ET STAGIAIRES**

Le résident ou le stagiaire :

- se prépare à l'AIS à l'aide des documents qui lui sont fournis à cet effet et évalue préalablement le patient;
- participe activement à l'AIS en exerçant son rôle professionnel;
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS;
- procède à l'autoévaluation de son rendement, avec le soutien de son superviseur et à l'occasion d'un proche aidant partenaire formateur.

#### **f) INTERVENANTS DE L'ÉQUIPE**

L'intervenant de l'équipe qui ne supervise pas de résidents ou de stagiaires :

- joue son rôle professionnel lors de l'AIS;
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l'AIS.

#### **g) DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET AUTRES DIRECTIONS (DSP, DSM, DSI, DIRECTION QUALITÉ)**

Le professionnel de l'une ou l'autre de ces directions :

- contribue à l'organisation de l'AIS en fournissant les informations nécessaires à sa réalisation (ex. : noms des stagiaires, professions, dates de stage);
- collabore aux activités de formation des équipes sur les pratiques collaboratives, le partenariat patient, le développement professionnel continue au plan clinique;

- fait la promotion des AIS au sein de l'établissement;
- assure le lien entre l'université et les milieux cliniques.

## MILIEU UNIVERSITAIRE

---

### h) RESPONSABLES DES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES

Le responsable de chaque programme universitaire :

- participe au développement, à l'implantation, à l'évaluation et à l'ajustement des AIS;
- participe aux activités de formation des superviseurs de stage ou s'assure que le superviseur de stage a reçu la formation pédagogique nécessaire du programme universitaire;
- offre de la rétroaction à l'équipe après l'AIS lors des prétests des AIS;
- procède à l'assignation des résidents ou stagiaires dans les milieux cliniques désignés;
- participe à la formation des multiplicateurs des CISSS/CIUSSS qui assureront la poursuite de l'implantation des AIS après les prétests.

### i) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES FORMATEURS UNIVERSITAIRES

Le proche aidant partenaire formateur universitaire :

- participe au développement, à l'implantation, à l'évaluation et à l'ajustement des AIS;
- participe au recrutement à la formation et au coaching des proches aidants partenaires formateurs des milieux cliniques, en collaboration avec la direction responsable du partenariat patient au sein du CISSS/CIUSSS;
- participe aux activités de formation/coaching des personnes âgées et proches aidants des milieux cliniques lors des prétests;
- offre de la rétroaction à l'équipe après l'AIS lors des prétests des AIS;
- participe à la formation des multiplicateurs des CISSS/CIUSSS qui assureront la poursuite de l'implantation des AIS après les prétests.

## 5) Déroulement général des AIS et principes de rétroaction à l'équipe

### a) PLANIFICATION DE L'AIS

Le coordonnateur de l'AIS tiendra compte de la présence des résidents et des stagiaires pour choisir, en collaboration avec les superviseurs de stage, le meilleur moment pour tenir l'AIS. Pour ce faire, il est utile de travailler avec la direction de l'enseignement de l'établissement et les responsables des programmes universitaires afin d'obtenir le calendrier des stages pour l'ensemble de l'année.

Il est utile d'utiliser un tableau (**Tableau 1**) pour planifier les activités. En rouge, sont indiquées les périodes les plus favorables pour tenir les AIS car elles rejoignent plusieurs résidents et stagiaires au même moment :

**TABLEAU 1 - Détermination des moments propices à la tenue des AIS**



## Détermination des moments propices à la tenue d'AIS

Composition De l'équipe			Janvier				Février				
Profession	Niveau stage	Nb stagiaires	4	11	18	25	1	8	15	22	29
MD	R2	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x
INF	B3	2			x	x	x	x		x	x
TS	M	1			x	x	x	x	x	x	x
ERG	B3	1	x	x	x					x	x
NUT	B3								x	x	x

De façon générale, des résidents en médecine de famille seront présents sur l'UFCI-U toute l'année et se joindront d'autres stagiaires de façon plus ponctuelle, jusqu'à ce que l'UFCI-U atteigne sa maturité comme lieu de stage. Une AIS peut se réaliser en autant qu'un résident ou un stagiaire est présent, les professionnels travaillant à l'UFCI-U complétant à ce moment les autres membres de l'équipe.

## **b) DÉROULEMENT DE L' AIS**

### **i) Préparation de l' AIS**

Le coordonnateur de l' AIS (médecin), avec la collaboration des autres membres de l' équipe, identifie parmi les personnes âgées de l' UFCI-U celle dont la situation sera discutée lors de l' AIS (PII, révision systématique des médicaments, SCPD). Il demande le consentement de la personne âgée ou de son proche aidant à participer à l' AIS et l' informe du soutien qu' elle recevra d' un professionnel de l' équipe, le plus souvent une infirmière ou un proche aidant formateur, lors des différentes étapes (préparation, réalisation, retour réflexif de l' équipe et individuel du résident ou stagiaire). Le résident ou le stagiaire, de même que les superviseurs de stage et les autres membres de l' équipe, sont également informés de la tenue de l' AIS et du choix de la personne âgée.

Résident, stagiaire, personne âgée et proche aidant doivent se préparer à réaliser l' AIS afin de remplir leur rôle avec le plus de justesse possible. Pour ce faire, ils sont secondés :

- par leur superviseur de stage (résident ou stagiaire), ou
- par un professionnel de l' équipe ou un proche aidant partenaire formateur (personne âgée ou proche aidant).

Des ressources documentaires sont mises à leur disposition pour soutenir le développement de leur expertise (guide spécifique à l' AIS, grilles ou aide-mémoires, sites internet, chapitres de livre, articles, guides cliniques, fiches informatives, etc.). Ces ressources sont regroupées sur le site internet du DMFMU (ou l' intranet du CISSS/CIUSSS) ou dans un cahier sur l' UCFI-U.

### **ii) Réalisation de l' AIS**

Le commis ou secrétaire, en soutien au coordonnateur de l' AIS, précise la date de la tenue de l' AIS et le lieu où se tiendra la rencontre. Tous les participants à l' AIS sont avisés à l' avance.

L' AIS est animée par un professionnel ou un gestionnaire de l' équipe clinique, selon un déroulement connu de tous (règles d' animation et du déroulement de la rencontre) et rappelé en début d' activité. De façon générale, la durée de l' AIS ne doit pas dépasser plus de 45 minutes.

### **iii) Retour réflexif de l' équipe sur l' AIS et principes de rétroaction**

Afin de développer les habiletés du partenariat entre la personne âgée, le proche aidant, les résidents et stagiaires ainsi que les intervenants de l' équipe, un retour réflexif de 10 à 15 minutes est prévu à la fin de l' AIS.

- **Retour réflexif de l'équipe sur l'atteinte des résultats avec l'aide du coordonnateur de l'AIS**

Après que l'AIS soit terminée, un retour réflexif de l'équipe comprenant personne âgée, proche aidant, résidents, stagiaires, intervenants est réalisé afin de développer les habiletés de tous aux pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et ses proches.

- **Principes de rétroaction à l'équipe**

**PRÉALABLES**

- Cet exercice doit être fait dans 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 la personne âgée 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 la personne âgée et son proche aidant.

**RÈGLES DE FONCTIONNEMENT**

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

- Si possible, il est recommandé que l'animation soit confiée à un tandem professionnel/proche aidant partenaire formateur afin de faire respecter les règles de discussion de l'équipe. Sinon un professionnel formé aux principes et à l'exercice du partenariat animera seul la session de rétroaction. De façon générale, ce sera le médecin superviseur qui assurera cette animation.
- Avant toute amorce de discussion, l'animateur/trice désigné(e) devra vérifier auprès de la personne âgée ou de son proche aidant s'ils conviennent de participer à cet échange et s'ils en comprennent le sens. Cet accord pourrait aussi être discuté lorsque la personne âgée et son proche aidant sont préparés par un intervenant de l'équipe à l'AIS. Un 2<sup>e</sup> consentement sera obtenu séance tenante, tel qu'il est mentionné ici.
- Une attention spéciale sera accordée à la personne âgée et au proche aidant quand ces derniers ne sont pas rompus à ce genre de rétroaction sur le fonctionnement d'une équipe. On leur rappellera que dans une perspective de partenariat, les autres

membres de l'équipe ont besoin de leur 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 la personne âgée ou le proche aidant dans la mesure du possible; le participant, qu'il soit la personne âgée ou le proche aidant, un stagiaire, un résident, un intervenant, est invité à partager son expérience vécue lors de l' AIS (sentiment d'accomplissement, déceptions s'il y a lieu, questions et points à améliorer ou à corriger, prise en compte du partenariat avec le patient 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 la personne âgée et du proche aidant?*
  - *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.

#### **iv) Suivi de l' AIS**

Les résidents, stagiaires, intervenants, personne âgée et proches aidants, suite à l' AIS, assureront la mise en place des interventions identifiées dans le plan d'intervention (PII, plan de révision des médicaments, plan des interventions pour les SCPD). Ils vérifieront auprès de la personne âgée l'atteinte des objectifs et sinon, modifieront en partenariat avec elle les interventions pour atteindre les objectifs. Ou ils modifieront ensemble les objectifs afin qu'ils deviennent atteignables.

#### **c) AUTOÉVALUATION RÉFLEXIVE DU RÉSIDENT OU DU STAGIAIRE 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'autoévaluation réflexive spécifique à l' AIS. 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.

**d) AUTOÉVALUATION 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, la personne âgée ou le proche aidant réfléchit avec un proche aidant formateur ou un professionnel de l'équipe (le plus souvent un infirmier/infirmière), à l'aide d'un aide-mémoire, sur son rôle de partenaire avec les intervenants de l'équipe. Ceci permet de développer ses habilités de partenaire et d'identifier l'aide dont il aura besoin, le cas échéant.