

**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)

AVRIL 2019

# 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 universitaire

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 de clinique, 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

Co-gestionnaire médicale SAPA CISSS des Laurentides

Co-gestionnaire médicale du programme SAPA et de l'implantation du plan d'Alzheimer en GMF, CISSS 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

### **Sylvie Trépanier, M.A. neuropsychologue**

Gestionnaire de projet Implantation des UFCI-U  
DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal  
DEUR, CIUSSS Centre-Sud de Montréal

---

## 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 (2019).  
*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.



## NOTES AU LECTEUR

Les personnes vulnérables suivies par les équipes cliniques au sein des Unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en soins à domicile (SAD) ou en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (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, ses désirs concernant l'intensité des soins qu'elle souhaite recevoir, 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 ressource » est un proche identifié conjointement par la direction responsable d'implanter le partenariat patient au sein de l'établissement (le plus souvent la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) ou la direction des services multidisciplinaires (DSM)) et la direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (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 de leurs proches qu'auprès des résidents et des stagiaires.

Afin d'alléger le texte, nous utiliserons le terme « **résidents** » pour désigner les résidents en médecine de famille et les résidents en pharmacie. Le terme « **stagiaires** » sera utilisé pour désigner les stagiaires des différentes autres professions du domaine de la santé et des services sociaux.

Toujours afin d'alléger le texte, nous utiliserons le terme « **superviseurs** » pour les médecins enseignants et les intervenants superviseurs du domaine de la santé et des services sociaux.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES</b>	<b>VI</b>
<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>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>Objectifs d'apprentissage de l' AIS PII</i> .....	10
<i>Objectifs d'apprentissage de l' AIS révision systématique des médicaments</i> .....	10
<i>Objectifs d'apprentissage de l' AIS sur les approches non pharmacologiques des SCPD</i> .....	12
<b>4) RÔLES ET RESPONSABILITÉS</b>	<b>13</b>
A) COORDONNATEUR DES AIS ET ADOJOINT ADMINISTRATIF DE L' UFCI-U .....	13
B) SUPERVISEURS DE STAGE DE L' ÉQUIPE.....	14
C) PERSONNES ÂGÉES ET PROCHES AIDANTS.....	15
D) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES RESSOURCES .....	15
E) LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES .....	16
F) INTERVENANTS DE L' ÉQUIPE.....	16
G) DIRECTION DE L' ENSEIGNEMENT ET AUTRES DIRECTIONS (DSP, DSM, DSI, DQEPE) .....	16
A) RESPONSABLES DES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES.....	17
B) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES FORMATEURS UNIVERSITAIRES.....	17
<b>5) DÉROULEMENT GÉNÉRAL DES AIS ET PRINCIPES DE RÉTROACTION À L' ÉQUIPE</b>	<b>17</b>
A) PLANIFICATION DE L' AIS.....	17
B) DÉROULEMENT DE L' AIS.....	18
<i>Préparation de l' AIS</i> .....	18
<i>Réalisation de la rencontre AIS</i> .....	19
<i>Suivi du plan de l' AIS</i> .....	21
<i>Auto-évaluation réflexive</i> .....	21
C) DÉROULEMENT DE L' AIS SELON LE CONTEXTE DOMICILE OU CHSLD.....	21

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1 — CADRE STRUCTUREL DES UFCI-U	4
FIGURE 2 — CONTINUUM DE FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LES PROCHES	6
FIGURE 3 — REFERENTIEL DE COMPETENCES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE ET DU PARTENARIAT PATIENT EN SANTE ET SERVICES SOCIAUX	8
FIGURE 4 — SCHÉMATISATION DES RÔLES DES ACTEURS DES MILIEUX UNIVERSITAIRE ET CLINIQUE LORS DE LA PRÉPARATION ET DE LA RÉALISATION DES AIS	13
TABLEAU 1 — DÉTERMINATION DES MOMENTS PROPICES À LA TENUE DES AIS	18

## 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>DCPP</b>	Direction Collaboration et partenariat patient
<b>DQEPE</b>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
<b>DMFMU</b>	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers
<b>DSM</b>	Direction des services multidisciplinaires
<b>DSP</b>	Direction des services professionnels
<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>	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'apprentissage 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 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 la 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. Il y aura certainement des difficultés, des erreurs, mais nous apprendrons de celles-ci pour faire mieux. Le désir de se dépasser dans le respect, l'écoute et l'ouverture, et la créativité seront des gages de succès.



## 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 et GMF-U, programme 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 jusqu'en fin de vie, 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. À l'occasion, deux GMF-U créeront une UFCI-U partagée où ils enverront leurs résidents.

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 auxquels 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 de 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 à 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, évaluation, performance et éthique (partenariat patient), des services professionnels, des soins infirmiers, des services multidisciplinaires, et d'autres directions de soutien selon les besoins.

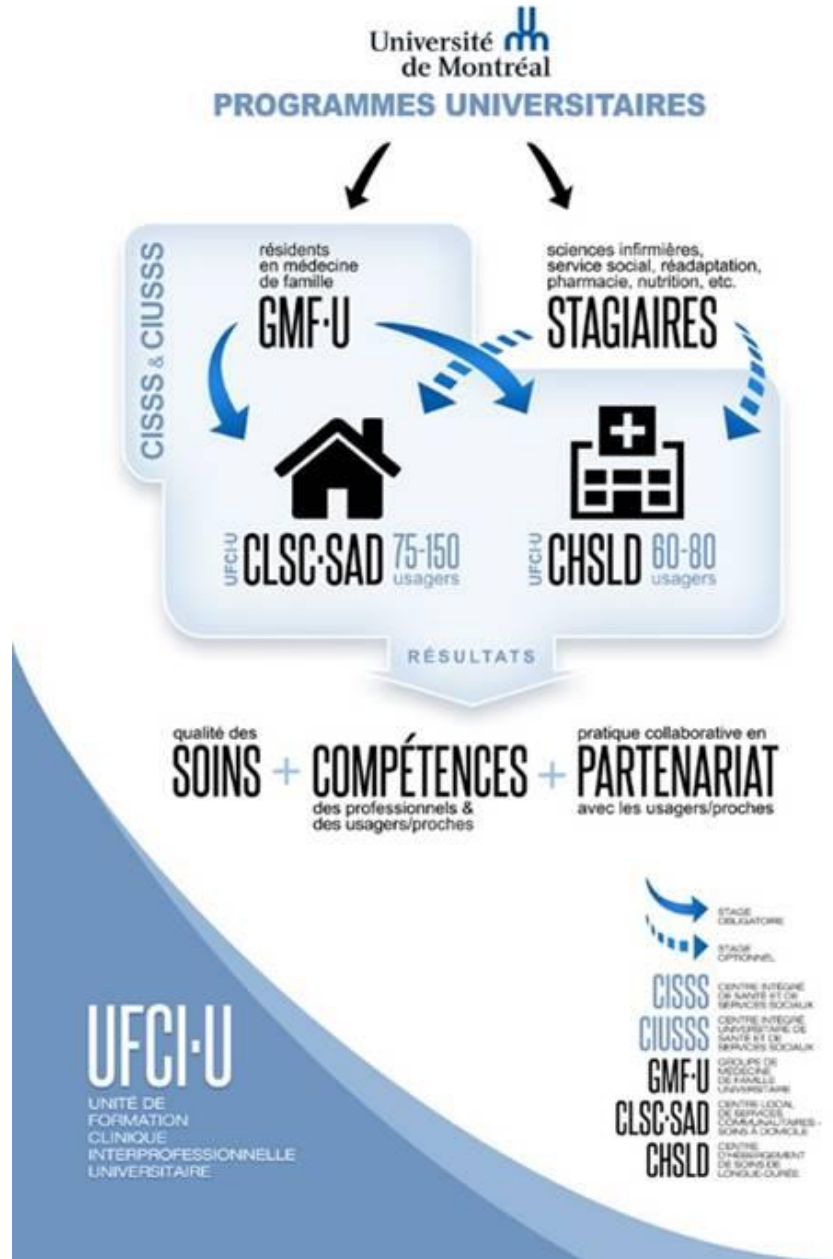
## b) DÉFINITION DES UFCI-U

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 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 la personne âgée et son proche aidant 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 personnes âgées/proches aidants, 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 et des stagiaires
- 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), 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

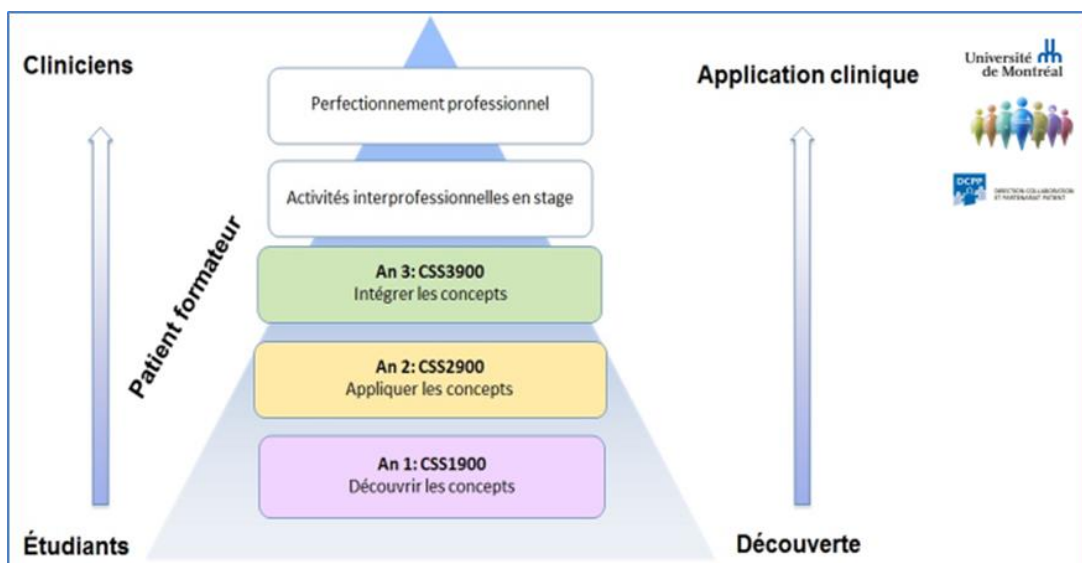
- Vignette clinique/rôle professionnel
- Leadership collaboratif

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 choisis sont les suivants :

- Réalisation 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
- Approches non pharmacologiques 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 aidants formateurs et les intervenants de l'équipe.

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

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

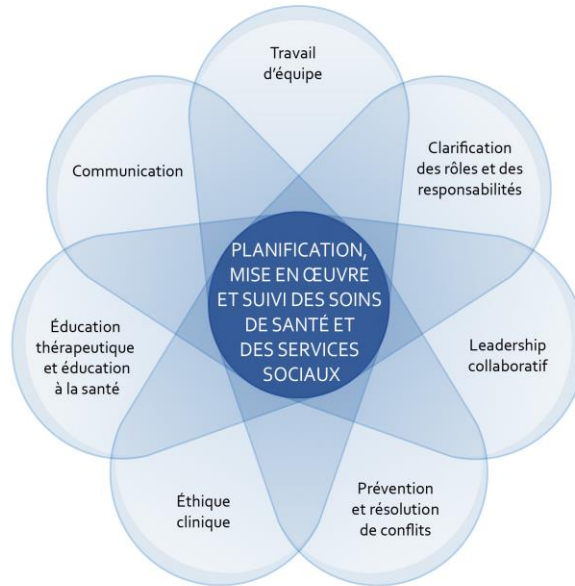
La **compétence centrale** de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des soins de santé et des services sociaux fait appel à sept compétences transversales, qui seront mobilisées à des degrés divers selon la situation. Ces compétences se développeront à plus ou moins brève échéance, selon 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/rc/canmeds/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 :

*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 conjointes d'un plan d'intervention de la personne âgée et son proche aidant et des intervenants de l'équipe. Par exemple :

- un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour les besoins et problèmes identifiés de la personne âgée et son proche aidant ;
- un plan de révision systématique des médicaments ;
- un plan pour les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD).

**NOTE :**

La réalisation de ces trois types de plan 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 (Université de Montréal. Direction collaboration et partenariat patient [DCPP]. (2015). Référentiel de compétences du patient partenaire : l'expertise de vivre avec la maladie. Montréal), 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)

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

#### POUR LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES

À la fin de l'AIS PII, les résidents ou les stagiaires seront en mesure de :

- Inscrire leurs observations et leurs propositions d'intervention, en tenant compte des conditions de vie, des besoins, limites, espoirs et désirs de vie de la personne âgée et son proche aidant.
- Démontrer de la rigueur dans la préparation à cette réunion. Leur expertise s'appuie sur une démarche de cueillette et d'analyse des observations spécifiques à leur profession, conforme aux normes des meilleures pratiques.
- Entendre, explorer et tenir compte des compétences des autres professionnels, de la personne âgée et de son proche aidant et collaborer avec eux.
- Reconnaître les savoirs expérientiels de la personne âgée et de son proche aidant, les nommer et le leur refléter signifiant ainsi qu'à titre de professionnel, ils ont besoin de ces savoirs pour exercer leur rôle de façon optimale.

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

À la fin de l'AIS PII, la personne âgée (ou son proche aidant) est progressivement habilitée et en mesure de :

- Comprendre ce qu'est un PII et comment elle peut se préparer à la réunion PII :
  - elle a recueilli des observations qui peuvent être utiles à l'élaboration du plan d'intervention ;
  - elle a identifié ses conditions de vie particulières qui font en sorte que le plan d'intervention proposé demeure réaliste ;
  - elle 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 elle 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.

### 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, les résidents et les stagiaires seront en mesure de :

- Identifier les personnes âgées 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 de la personne âgée ;
    - 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 la personne âgée et son proche aidant 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, la personne âgée (ou son proche aidant) est progressivement habilitée et 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.).

## Objectifs d'apprentissage de l'AIS sur les approches non pharmacologiques des SCPD

### POUR LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES

À la fin de l'AIS SCPD, les résidents et les stagiaires seront en mesure de :

- Identifier les personnes âgées qui présentent des SCPD et dont la situation doit être discutée en équipe, incluant la personne âgée et son proche aidant.
- Appliquer le processus clinique visant l'évaluation et le traitement des SCPD, incluant la personne âgée et son proche aidant.
- Utiliser de façon optimale les outils d'évaluation et d'intervention non pharmacologiques fondés sur les données probantes en matière de SCPD.
- Collaborer de façon efficace avec les autres professionnels à l'évaluation et au suivi des SCPD, en s'assurant que chacun exerce son rôle de façon optimale (leadership).
- Travailler en partenariat avec les personnes âgées et leurs proches aidants afin qu'ils contribuent de façon active à l'évaluation des SCPD et à la mise en œuvre du plan SCPD, dans le respect de leurs désirs et conditions de vie, tout en leur apportant le soutien et les outils nécessaires.

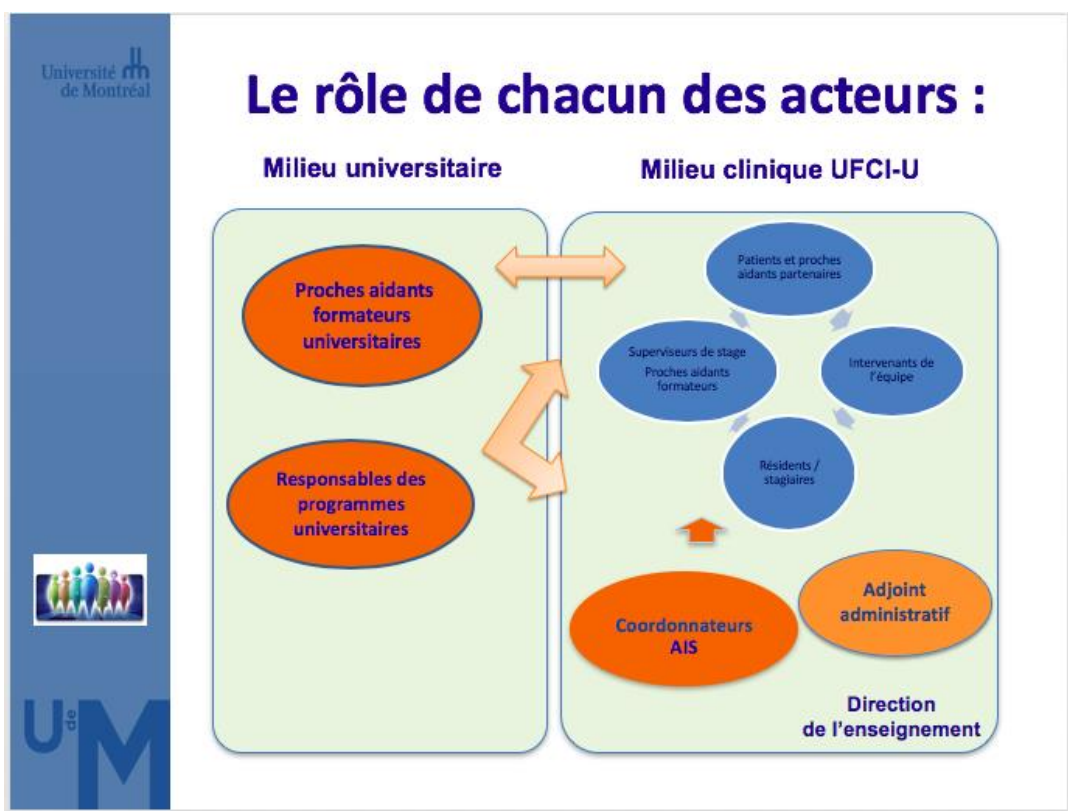
### POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS PROCHES AIDANTS

- Exprimer leurs sentiments tels la solitude, le désarroi et le cas échéant la honte ;
- Percevoir le potentiel d'une intervention comportementale des SCPD ;
- Comprendre les limites d'une approche exclusivement pharmacologique ;
- Retrouver l'espoir d'une atténuation des comportements inappropriés ;
- Accepter que le processus s'inscrive dans le temps ;
- Prendre conscience de la portée de son éventuelle contribution à une action concertée auprès de son proche.

## 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) COORDONNATEUR DES AIS ET ADJOINT ADMINISTRATIF DE L'UFCI-U

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 au sein de l'UFCI-U. Ce rôle pourra éventuellement être partagé avec un autre superviseur de stage. Pour l'organisation opérationnelle (gestion des horaires, envoi des invitations, réservation des salles, etc.), le médecin sera secondé par l'adjoint administratif/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, les stagiaires, la personne âgée et son proche aidant, avec le proche aidant ressource, s'il y a lieu ;
- agit comme personne-ressource pour les superviseurs de stage qui participent aux activités interprofessionnelles.

### L'adjoint administratif/secrétaire médicale de l'UFCI-U :

- planifie l'horaire des résidents et des stagiaires pour la réalisation des AIS, en fonction de leur calendrier de stage et transmet les invitations à toutes les personnes concernées (personnes âgées et proches aidants, résidents, stagiaires, superviseurs, autres membres de l'équipe)
- fait parvenir aux résidents et aux stagiaires la documentation nécessaire pour préparer leur participation aux AIS ;
- réserve la salle de rencontre et, au besoin, planifie les conférences téléphoniques ;
- fait parvenir aux résidents, aux stagiaires et aux superviseurs le formulaire d'auto-évaluation de l'activité ;
- tient des statistiques sur la tenue des AIS en vue de la production d'un rapport annuel.

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

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

### AVANT L'AIS :

- S'assure que le résident/stagiaire a pris connaissance de toutes les informations nécessaires pour la tenue de l'AIS ;
- L'informe qu'il représentera sa profession lors de la rencontre d'équipe ;
  - Le résident/stagiaire sera assis directement à la table de rencontre de l'équipe (ou au domicile de l'utilisateur) ;
  - Le superviseur sera en retrait pour observer la rencontre et intervenir, seulement si nécessaire.
- L'encourage à exercer un leadership médical ou professionnel approprié durant la rencontre ;
- Parcourt avec lui la fiche d'auto-évaluation qu'il utilisera afin qu'il connaisse les comportements qui seront évalués ;
- L'encourage à s'exprimer lors du retour réflexif de l'équipe ;
  
- Quelques jours avant l'AIS (ou la journée même), discute du dossier (évaluations et/ou interventions faites, analyse de la situation et plan d'intervention en cours ou prévu) et des points importants que le résident/stagiaire envisage de discuter lors de l'AIS. Si nécessaire, invite le résident/stagiaire à poursuivre son évaluation de l'utilisateur.

### PENDANT L' AIS :

- S'assoit en retrait de la table de rencontre et observe la rencontre ;
- Prend des notes afin de donner de la rétroaction au groupe assistant à la rencontre (incluant l'utilisateur et ses proches), et par la suite au résident/stagiaire ;
- Intervient au besoin durant l' AIS :
  - avec tact en mentionnant qu'il souhaite compléter une information ;
  - seulement si des points qui n'ont pas été abordés ont un impact significatif sur l'utilisateur ou son proche.

### APRÈS L' AIS :

- Prévoit le temps nécessaire au résident/stagiaire pour remplir le formulaire d'auto-évaluation ;
- Écoute avec attention les réflexions du résident/stagiaire sur son expérience de l' AIS ;
- Assure une rétroaction constructive au résident/stagiaire concernant son auto-évaluation et sa participation à l' AIS ;
- Révise avec le résident/stagiaire la note synthèse que celui-ci écrira au dossier ;
- Soutient le résident/stagiaire dans la formulation d'objectifs de développement des compétences ;
- Soutient le transfert des apprentissages du résident/stagiaire à d'autres circonstances et contextes cliniques.

## **c) PERSONNES ÂGÉES ET PROCHES AIDANTS**

La personne âgée ou le proche aidant partenaire :

- identifie ses besoins/objectifs avant l' AIS avec l'aide d'un professionnel de l'équipe ou d'un proche aidant ressource ;
- 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 ;
- développe, si elle 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 ou d'un proche aidant ressource.

## **d) PROCHES AIDANTS PARTENAIRES RESSOURCES**

Le proche aidant partenaire ressource :

- soutient la personne âgée et son proche aidant dans les différentes étapes de l' AIS (préparation, déroulement de l' AIS, suivi et auto-évaluation post-AIS) ;
- participe au retour réflexif de l'équipe à la fin de l' AIS ;

- contribue au développement des compétences des résidents et des stagiaires et favorise leur capacité réflexive face aux pratiques collaboratives et au partenariat avec la personne âgée et son proche aidant.

#### **e) LES RÉSIDENTS ET LES STAGIAIRES**

Les résidents et les stagiaires :

- se préparent à l’AIS à l’aide des documents qui leur sont fournis à cet effet et évaluent préalablement la personne âgée ;
- participent activement à l’AIS en exerçant leur rôle professionnel ;
- participent activement aux activités interprofessionnelles
- participent au retour réflexif de l’équipe à la fin de l’AIS ;
- procèdent à l’auto-évaluation de leur rendement, avec le soutien de leur 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 résident ou de stagiaire :

- 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, DQEPE)**

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 résidents et des stagiaires, professions, dates de stage) ;
- collabore aux activités de formation des équipes sur les pratiques collaboratives, le partenariat patient, le développement professionnel continu 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

---

### a) 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 et des stagiaires dans les milieux cliniques désignés ;
- participe à la formation des multiplicateurs des CISSS/CIUSSS qui assureront la poursuite de l’implantation des AIS.

### b) 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 concernée au sein du CISSS/CIUSSS (DQEPE, DSM, autre) ;
- participe aux activités de formation/coaching des personnes âgées et proches aidants des milieux cliniques ;
- participe à la formation des multiplicateurs des CISSS/CIUSSS qui assureront la poursuite de l’implantation des AIS.

## 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 à l’UFCI-U toute l’année et se joindront à 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 pourvu qu’un résident en médecine de famille soit présent, les professionnels travaillant à l’UFCI-U contribuant à l’aspect interprofessionnel.

### b) DÉROULEMENT DE L’AIS

#### Préparation de l’AIS

Le coordonnateur de l’AIS, 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 ou d’un proche aidant ressource, lors des différentes étapes (préparation, réalisation, retour réflexif de l’équipe et individuel des résidents et des stagiaires). L’adjoint administratif 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 auprès de tous les participants.

Les résidents, les stagiaires, la personne âgée et son 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 ou par un professionnel de l'équipe ou un proche aidant partenaire ressource.

#### *Préparation des résidents et des stagiaires*

Le superviseur s'assure que le résident ou le stagiaire se prépare à l'AIS à l'aide des documents qui lui sont fournis à cet effet, incluant la cueillette des informations, l'observation, analyse et évalue préalablement la personne âgée.

#### *Préparation de la personne âgée et du proche*

**Par un proche aidant ressource :** À travers le partage de vécu commun, le proche aidant ressource soutient la personne âgée et le proche aidant dans les différentes étapes de l'AIS (préparation, déroulement de l'AIS, suivi et auto-évaluation post-AIS) ;

**Par un intervenant :** Il soutient la personne âgée et le proche aidant dans les différentes étapes de l'AIS (préparation, déroulement de l'AIS, suivi et auto-évaluation post-AIS). Il doit porter une attention particulière au vécu et du niveau de littératie de la personne âgée et du proche aidant. Il souligne les avantages de la participation dans le partage du savoir expérientiel et finalement l'aide à la formulation du projet de vie, attentes et objectifs.

Des ressources documentaires sont mises à leur disposition pour soutenir le développement de leur expertise (dépliants explicatifs, guide spécifique à l'AIS, grilles ou aide-mémoires, chapitres de livre, articles, guides cliniques, fiches informatives, site web, vidéos, etc.). Certaines de ces ressources sont regroupées dans la boîte à outils sur le site internet du DMFMU et d'autres sur l'intranet du CISSS/CIUSSS ou dans un cahier disponible à l'UCFI-U.

### **Réalisation de la rencontre AIS**

L'AIS est habituellement animée par un professionnel ou un gestionnaire de l'équipe clinique. Les trois guides (PII, révision systématique des médicaments et SCPD) présentent les règles d'animation et le déroulement de la rencontre favorisant la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins et de services. De façon générale, la durée de l'AIS ne doit pas dépasser plus de 45 minutes.

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

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

## ▪ 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, des résidents, des 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 DE RÉTROACTION DE L' AIS**

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 désigné 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 bien 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.
- Une attention spéciale sera accordée à la personne âgée et au proche aidant lorsqu'on leur rappellera que dans une perspective de partenariat, les résidents, les stagiaires et 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, les résidents, les stagiaires, un intervenant, sont invités à partager leurs expériences vécues lors de l' AIS à partir des trois questions suivantes :
  1. *Le déroulement de la réunion a-t-il permis de répondre aux besoins, attentes de la personne âgée et du proche aidant ?*

2. *Quels éléments nouveaux avez-vous appris en travaillant ensemble et qui favorisent une meilleure compréhension de la personne âgée ou son proche aidant (conséquence de la co-construction) ?*
  3. *Comment peut-on améliorer la prochaine réunion au niveau de la collaboration interprofessionnelle ou 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.

## **Suivi du plan de l'AIS**

Les résidents, les stagiaires, intervenants, la personne âgée et son proche aidant, suite à l'AIS, assureront la mise en place des interventions identifiées dans le plan d'intervention (PII, plan de révision des médicaments, plan 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.

## **Auto-évaluation réflexive**

### *a) Des résidents et des stagiaires sur l'AIS*

Après la fin de l'AIS et du retour réflexif de l'équipe, les résidents et les stagiaires remplissent le formulaire d'auto-évaluation réflexive spécifique à l'AIS. Puis ils échangent avec leurs superviseurs de stage sur les différents items de celle-ci et identifient les habiletés qu'ils voudraient développer davantage lors de la poursuite de leur stage.

### *b) 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) peut, si elle le souhaite, réfléchir avec un proche aidant formateur ou un professionnel de l'équipe à l'aide d'un aide-mémoire, 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 elle aura besoin, le cas échéant.

## **c) DÉROULEMENT DE L'AIS SELON LE CONTEXTE DOMICILE OU CHSLD**

Le déroulement de l'AIS doit tenir compte du contexte où l'activité est réalisée, au domicile de la personne âgée ou en CHSLD. Les équipes des UFCI-U adaptent la tenue de l'AIS en tentant de préserver le plus possible les pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant.

### **CHSLD**

- La rencontre d'équipe se tient au CHSLD avec la personne âgée et son proche aidant, si elle le souhaite, dans une salle de rencontre adéquate, prévue à cet effet.
- Tous les intervenants concernés sont présents et interviennent directement. À l'occasion, un intervenant qui ne peut être présent à la rencontre est représenté par un autre membre de l'équipe.
- Il peut arriver qu'une personne ne puisse être présente sur place (proche aidant, intervenant) ; elle assiste à la rencontre à distance (téléphone, skype, etc.)
- L'agenda de la rencontre doit tenir compte le plus possible de la disponibilité du proche aidant.
- En tout temps, les intervenants de l'équipe doivent être alertes pour identifier la fatigue ou tout autre symptôme incommodant la personne âgée et la raccompagner à sa chambre au besoin.
- Le suivi des interventions est assuré par l'infirmière responsable du dossier.

#### **DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE**

- La rencontre d'équipe avec la personne âgée, et son proche aidant si elle le désire se fait le plus souvent au domicile de celle-ci. À l'occasion, la rencontre peut se faire dans les locaux du CLSC.
- Souvent, le nombre d'intervenants présents à la rencontre est réduit, compte tenu de l'espace disponible au domicile et du respect de l'intimité de la personne âgée.
- De ce fait, des intervenants sur place représentent d'autres collègues. Ainsi plusieurs communications entre intervenants se font avant cette rencontre, afin d'assurer le transfert d'information. Ces communications sont faites en présence, par courriel, au téléphone, à travers le dossier clinique informatisé.
- L'utilisation des moyens de communication à distance permet cependant de faciliter la participation de certaines personnes (pharmacien communautaire, membre de la famille, etc.).
- Il faut tenir compte de la disponibilité, de la fatigue, des symptômes de la personne âgée et du proche aidant (moment/durée de la rencontre ; positionnement de la personne âgée ; analgésie avant la rencontre pour que la personne soit confortable durant la rencontre, etc.). Les intervenants doivent être prêts à quitter rapidement si nécessaire.
- Le suivi des interventions est assuré par l'intervenant-pivot de l'équipe.