

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

Université 
de Montréal

Guide de supervision clinique
Activité d'apprentissage interprofessionnelle
en stage clinique
en partenariat avec la personne âgée et son
proche aidant

Élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire

Avril 2019

Version 1.2

UFCE-U

UNITÉ DE
FORMATION
CLINIQUE
INTERPROFESSIONNELLE
UNIVERSITAIRE

Crédits

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

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

Adresse postale :

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

COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

AUTEURS PRINCIPAUX

Michel Carbonneau, PhD

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

Bernard Deschênes, M. ps. éd.

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

Édith Fournier, PhD

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

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

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

Suzanne Lebel, Médecin de famille

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

EN COLLABORATION AVEC :

Louise Authier, Médecin de famille

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

France Camiré, B. Sc. inf., M. Sc. (Administration de la santé)

Consultante experte
Développement des compétences-
Planification et organisation des soins/services et du travail

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

Isabelle Desjardins, DtP, M.A., Cert. Gér.

Superviseure universitaire de stages en nutrition, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Michel Tassé, MSc. Pharmacien

Associé à la Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Marie-Ève Thériault, Ergothérapeute

CHSLD Jean-de-la-Lande, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COORDINATION DES TRAVAUX

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

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

Bernard Deschênes, M. ps. éd.

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

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

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) dans la boîte à outils SAPA sur le site internet du DMFMU de l'Université de Montréal :
<https://medfam.umontreal.ca>

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

DMFMU (2019). *Guide de supervision clinique: Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant :Élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire*, Montréal, Québec : Université de Montréal



Table des matières

Liste des acronymes	6
Notes aux lecteurs.....	7
Préambule : les UFCI-U et le plan d'intervention interdisciplinaire	8
1. La préparation au PII	10
a. La préparation de la personne âgée et son proche	10
I. Lorsqu'un proche aidant ressource prépare la personne âgée et son proche aidant à son PII, il parcourt les étapes suivantes :.....	10
II. Lorsqu'un résident ou un stagiaire prépare la personne âgée et son proche aidant.....	12
III. La préparation du résident ou du stagiaire	13
2. Réalisation de la rencontre PII en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant.....	14
a. Lorsque le stagiaire anime la réunion PII	14
b. La personne âgée et son proche aidant	16
c. Le proche aidant ressource.....	17
d. Le résident, le stagiaire et les autres intervenants, en collaboration avec	17
l'animateur	17
e. Le superviseur	18
f. Le retour réflexif de l'équipe sur l'atteinte des résultats	19
3. Le suivi du PII	21
4. Auto-évaluation réflexive sur l' AIS PII.....	21
a. Auto-évaluation réflexive des résidents et stagiaires sur l' AIS.....	21
b. Auto-évaluation réflexive de la personne âgée et du proche aidant sur l' AIS	21
ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES	22

Liste des acronymes

AIS :	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DCPP :	Direction collaboration et partenariat patient
DMFMU :	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PID :	Plan d'intervention disciplinaire
PII:	Plan d'intervention interdisciplinaire
RI :	Ressources intermédiaires
RUIS:	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soins à domicile
SMART :	Spécifique, Mesurable, Attirant/Atteignable, Réaliste, Situé dans le Temps
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UFCI-U:	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Notes aux lecteurs

Les personnes vulnérables suivies par les équipes cliniques au sein des UFCI-U 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 « **personne âgée** » 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 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.

L'équipe est composée de la personne âgée, de son proche aidant et d'un ou plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux, des résidents et de stagiaires. Elle peut également accueillir toute autre personne (par exemple, proche aidant ressource, gestionnaire clinique, bénévole, personnel administratif) jugée significative pour accompagner la personne âgée dans son parcours de santé et valoriser son expérience.

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

L'Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire (UFCI-U) en CHSLD regroupe de 60 à 80 lits d'hébergement, alors que pour le volet SAD le regroupement doit toucher entre 75 à 150 personnes âgées inscrites. Ces unités sont destinées aux soins et à la formation clinique des stagiaires sous la supervision de superviseurs de stage des différentes professions.

Les **Activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) en partenariat avec la personne âgée et son proche** ont pour objectif de développer chez les résidents et stagiaires la compétence de pratique collaborative en partenariat, dans un contexte clinique spécifique (élaboration d'un PII, révision de la médication, interventions auprès des personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence [SCPD]).

Le **plan d'intervention interdisciplinaire (PII)** est un instrument clinique qui est élaboré en équipe avec la personne âgée et son proche et les intervenants de l'UFCI-U. Ce plan vise à assurer la coordination des soins et des services dispensés aux personnes âgées. Il comprend les problèmes ou besoins de la personne âgée et son proche, les objectifs poursuivis ainsi que les moyens ou interventions à mettre en place. Il indique également la durée estimée des interventions et les modalités de réévaluation et de suivi.

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale de la personne âgée et son proche nécessite de mobiliser et de concerter les actions d'intervenants de plusieurs professions avec celui-ci, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. En CHSLD et en SAD, le PI ou le PII sont obligatoires. Il doit être révisé annuellement par la suite ou si la condition clinique ou psychosociale de la personne âgée le nécessite.

L'élaboration du PII nécessite la tenue d'une réunion d'équipe formelle. La rencontre en mode présentiel est à privilégier. Cependant dans le contexte du domicile de la personne âgée, il se peut que les personnes qui assistent à la réunion du PII soient présentes par téléphone ou par un autre moyen de communication. La personne âgée, ou le proche aidant sont invités, car ils sont considérés comme membre à part entière de l'équipe. La rencontre d'élaboration du PII se veut une occasion de **favoriser le développement de l'autodétermination de la personne âgée**, en facilitant la formulation de ses propres besoins, préoccupations, objectifs et projet de vie, et en lui permettant de jouer une part active dans le choix et la réalisation des interventions qui la concernent.

Alors que les professionnels détiennent des savoirs scientifiques et techniques, la personne âgée possède des savoirs expérientiels de sa vie avec la maladie et de sa situation psychosociale. La personne âgée et les professionnels, en tant que partenaires, travaillent à améliorer le mieux-être de celle-ci.

Un PII complet comprend :

- le projet de vie de la personne âgée et son proche (ou attentes ou objectifs à court terme);
- ses besoins/problèmes de santé ou psychosociaux;

- les objectifs spécifiques et les modalités d'intervention convenus avec elle (interventions relevant à la fois des intervenants et de la personne âgée et son proche);
- ainsi que la répartition des tâches entre les membres de l'équipe, y compris la personne âgée et son proche aidant.

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

Chaque personne âgée bénéficie d'un PII taillé sur mesure pour elle.

Les objectifs d'un PII sont multiples :

Synthétiser les informations essentielles concernant la personne âgée ;

Constituer un outil de référence pour les intervenants et la personne âgée lors d'un suivi ou d'une révision du PII ;

Structurer les discussions des intervenants avec la personne âgée et son proche afin d'en arriver à une évaluation globale des besoins de la personne âgée, en tenant compte de son projet de vie, de ses attentes et de ses objectifs ;

Fixer des objectifs communs à atteindre, situés dans le temps selon la liste des besoins/problèmes jugés prioritaires ;

Sélectionner les interventions les plus réalistes, pertinentes et adaptées aux besoins de la personne âgée ;

Répartir les activités à réaliser et les responsabilités entre les intervenants et la personne âgée, le proche aidant si pertinents.

Le processus entourant un AIS PII comprend 4 étapes qui concernent autant la personne âgée, son proche aidant que les intervenants :

- 1) La préparation;
- 2) La réalisation de la rencontre PII en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant;
- 3) Le suivi du plan du PII.
- 4) L'auto-évaluation réflexive sur l'AIS.

1. La préparation au PII

a. La préparation de la personne âgée et son proche

Dans une approche de partenariat il est souhaité qu'un **proche aidant partenaire ressource** (voir définition à l'Annexe 1) soutienne la personne âgée et son proche dans la préparation de son PII et l'accompagne lors la réunion d'équipe à cet effet. Ce proche aidant ressource, qui vit ou a vécu (la personne âgée est décédée) l'expérience de soins et de services de santé d'un membre de sa famille en CHSLD ou en SAD, est recruté avec la collaboration de la direction responsable de l'implantation de l'approche partenariat de soins et de services du CISSS/CIUSSS. Dans l'immédiat si ce proche aidant partenaire ressource n'est pas disponible, un membre de l'équipe assure la préparation et l'accompagnement de la personne âgée à la réunion de l'élaboration du PII, en utilisant les mêmes étapes et matériel éducatif.

À noter que cette préparation peut se réaliser dans le cadre d'une rencontre en présence ou par l'entremise d'un appel téléphonique.

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

I. Lorsqu'un proche aidant ressource prépare la personne âgée et son proche aidant à son PII, il parcourt les étapes suivantes :

Accueillir

- Situer le contexte de la rencontre PII ;
- Évoquer le premier contact téléphonique qui a été fait pour prendre rendez-vous à la demande des responsables du CHSLD ou du SAD, afin de soutenir la personne âgée ou son proche aidant dans la préparation à son PII;
- Revenir sur sa propre expérience d'accompagnement d'une personne âgée;
- Déterminer très rapidement l'objectif de la rencontre : définir ce qu'est le PII, comment y participer et préciser ses besoins ou attentes prioritaires;
- Le rôle du proche aidant ressource : préparer, accompagner.

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

Créer le climat de confiance

- D'abord prendre des nouvelles : que vivent la personne âgée et son proche aidant ?
- Gérer l'anxiété s'il y a lieu : ex. : pour le volet CHSLD, certaines personnes sont encore sous le choc de la séparation et de l'admission dans un nouveau milieu de vie

D'abord créer une alliance.

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

Préparer la rencontre PII

- Définir ce qu'est un Plan d'Intervention interdisciplinaire (PII) (voir dépliant destiné à la personne âgée) ;
- Qui participe à cette rencontre ?
- Le but : favoriser des conditions de vie les plus agréables possible pour la personne âgée ET pour le proche aidant ;
- Comment ça se passe en ce moment pour la personne âgée et le proche aidant ? Ex. : Pour le volet SAD, qu'ont-ils observé dans les services et soins à domicile ?
- Guider le choix de 2 ou 3 besoins ou attentes qui pourraient être soumis lors de la rencontre d'équipe.

Importance de situer le contexte et le but spécifique poursuivi.

Accueillir toutes les observations et attentes, réalisables ou non à première vue.

Conclure et accompagner

- Souligner à la personne âgée et à son proche aidant que leurs observations sont importantes, non seulement au moment de la réunion interdisciplinaire, mais tout au long du parcours de soins et de services ;
- Vérifier s'ils ont des craintes face à l'équipe s'ils expriment ce qu'ils ressentent ou observent ? (la façon de demander ou de revendiquer ; la peur de ne pas être aimé ou des effets sur les soins donnés) ;

- Assurer la personne âgée et son proche aidant de sa présence comme personne-ressource lors de la réunion du PII formelle.

Mettre à profit les compétences que la personne âgée, et son proche aidant, ont développées tout au long du parcours de vie avec la maladie et qu'ils continueront à développer durant le séjour en CHSLD ou de la prestation de soins et de services à domicile.

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

Craindre les représailles des soignants est un constant enjeu pour la personne âgée et son proche aidant. La collaboration entre la personne âgée, sa famille et les soignants est un défi majeur et constant.

II. Lorsqu'un résident ou un stagiaire prépare la personne âgée et son proche aidant

Le superviseur s'assure que le résident ou le stagiaire adapte les étapes présentées à la section précédente (préparation de la personne âgée et son proche aidant par le proche aidant ressource). Il s'assure aussi que le résident ou le stagiaire :

- Utilise un langage adapté en tenant compte du niveau de littératie générale et de littératie en santé de la personne âgée et de son proche aidant ;
- Crée une alliance avec la personne âgée et son proche aidant en les écoutant sur ce qu'ils ont vécu depuis l'admission en CHSLD ou le début des services à domicile ;
- Explique les objectifs de la rencontre et l'utilité du PII ;
- Invite la personne âgée à participer à la réunion PII, ainsi que son proche aidant, le cas échéant ;
- Souligne les avantages de la participation de la personne âgée et de son proche aidant à son PII et souligne l'importance de partager ses savoirs expérientiels de la vie avec la maladie aux intervenants de l'équipe ;
- Aide la personne âgée à formuler son projet de vie, ses besoins, attentes et objectifs ;
- Écoute les craintes de la personne âgée et son proche aidant face à sa participation (peur de représailles de l'équipe s'ils expriment des besoins non comblés, des insatisfactions);

- Prends le temps de gérer l'anxiété de la personne âgée et de son proche aidant et de les assurer de sa présence lors de la réunion afin de les soutenir ;
- Si la personne âgée ne souhaite pas participer à la rencontre, vérifier la possibilité du proche aidant à y participer. Si aucun d'eux ne veut participer, vérifier avec eux quelle autre personne de l'équipe pourrait les représenter.

Prendre le temps de lire le dépliant destiné aux personnes âgées et à leurs proches sur le PII afin de vous familiariser à un langage adapté que vous pourriez utiliser au besoin.¹

III. La préparation du résident ou du stagiaire

Avant la rencontre d'élaboration du PII, le superviseur s'assure que le résident ou le stagiaire a recueilli auprès de la personne âgée et avec les autres professionnels les informations spécifiques à ses rôles et responsabilités. Il sera ainsi en mesure de contribuer de façon significative et éclairée aux échanges qui se tiendront lors du PII. Ces informations peuvent concerner l'un ou l'autre des éléments suivants :

- État de santé de la personne âgée (données médicales, fonctionnelles, psychologiques, sociales, etc.). Ceci peut comprendre les résultats d'outils d'évaluation et de protocoles standardisés et validés, spécifiques à chaque profession ;
- Antécédents médicaux et psychosociaux pertinents qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé actuel de la personne âgée ;
- Niveau de littératie générale et de littératie en santé de la personne âgée ;
- Difficultés de communication (vision, audition, langage) ;
- Niveau d'intervention médicale ;
- Besoins, préoccupations, attentes de la personne âgée et de son proche aidant selon la cueillette d'information spécifique au rôle de l'intervenant ;
- Réseau de soutien familial et social ;
- Toute autre donnée psychosociale pertinente.

¹ Le dépliant destiné aux personnes âgées et à leurs proches sur la réunion d'équipe PII est disponible à la section AIS de la **Boîte à outils SAPA**, déposée sur le site web www.medfam.umontreal.ca

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

L'évaluation de la personne âgée appelle à l'écoute, à la rigueur, à la retenue dans le cadre d'une approche proportionnée.²

La présence des troubles cognitifs chez la personne âgée ne doit pas faire obstacle à sa présence à la réunion PII.

2. Réalisation de la rencontre PII en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant

Étant donné l'organisation des services qui diffère entre le CHSLD et le SAD, il est pertinent de souligner que la rencontre PII présente des modalités distinctes selon les contextes de soins. En CHSLD, la rencontre PII permet la présence des principaux intervenants avec la personne âgée et son proche aidant dans une salle de l'institution. Pour les soins à domicile, la rencontre peut se tenir dans les locaux du CLSC où travaillent les intervenants de l'équipe, mais le plus souvent elle se tient au domicile de la personne âgée. Dans cette situation spécifique, l'ensemble des intervenants ne peuvent être réunis autour d'une même table et des mesures d'adaptation doivent être prises telles l'utilisation de moyens de communication technologiques (cellulaire, visioconférence à partir d'un portable, etc.) pour assurer la présence des professionnels. Une autre modalité d'adaptation est la possibilité qu'un intervenant puisse représenter d'autres intervenants lors de la rencontre.

a. Lorsque le stagiaire anime la réunion PII

- Accueille la personne âgée et son proche aidant chaleureusement et lui propose de s'asseoir de telle façon qu'ils soient dans son champ de vision pour être attentif à leurs réactions verbales et non verbales ;
- Effectue un tour de table pour permettre aux participants de se présenter ;
- Rappelle les règles de fonctionnement (temps disponible, étapes, droit de parole, etc.) ;
- Invite la personne âgée, ou son proche aidant en premier lieu à s'exprimer, dans les limites de ses capacités, sur ses besoins, attentes, objectifs ; si la personne âgée a délégué quelqu'un pour la représenter et qu'il est présent, l'animateur l'invite tout de

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

même l'usager à formuler ses besoins, de façon à développer pas à pas ses compétences d'usager partenaire;

- Reformule les besoins/objectifs de la personne âgée et de son proche aidant afin de s'assurer que tous les participants les aient bien compris et qu'ils sont fidèles aux propos de la personne âgée ;
- Invite les intervenants à compléter s'il y a lieu la liste des besoins/objectifs suite à leur évaluation et s'assure que la personne âgée et son proche aidant sont d'accord de les aborder en réunion ;
- Facilite les échanges entre la personne âgée, son proche aidant et les intervenants pour chacun des besoins/problèmes afin d'approfondir la compréhension de tous par l'apport de la perspective de la personne âgée (savoirs liés à son expérience avec la vie avec la maladie en CHSLD ou en SAD) et des différents intervenants (savoirs liés à leur expertise professionnelle).
- Soutient l'équipe dans la formulation des objectifs SMART (maximum de 3-4 objectifs) ;
- S'assure d'une répartition optimale des tâches et des responsabilités entre les intervenants, la personne âgée et son proche aidant ;
- Précise les délais de mise en œuvre des différentes interventions du PII ;
- Précise une date de révision du PII ;
- Favorise la participation active de la personne âgée ou de son proche aidant à l'élaboration du PII, et s'assure qu'elle prend les décisions finales qui lui conviennent. Ces décisions pourront toujours être révisées lors de la réunion de suivi du PII, ou en tout temps si la situation le nécessite ;
- S'assure de la compréhension des différents éléments de la discussion. Dans cette optique, l'usage d'acronymes doit être évité ;
- Formule régulièrement des synthèses en résumant l'information pertinente, tout en faisant ressortir les forces et les compétences de la personne âgée et son proche aidant ;
- Favorise l'arbitrage harmonieux entre les points de vue de la personne âgée et son proche aidant et ceux des intervenants, en s'assurant de l'application des valeurs de respect, d'ouverture, d'égalité et d'équité (ou autres valeurs importantes pour l'équipe et connues de tous).

La recherche d'un consensus à l'issue des échanges entre intervenants et la personne âgée et son proche aidant n'est pas toujours possible. La décision finale appartient par contre à la personne âgée, si elle est apte à prendre des décisions pour elle-même.

Idéalement, l'animateur de la réunion ne devrait pas être un intervenant de l'équipe. Ceci permet à l'animateur de demeurer centré sur ses trois fonctions :

i) le respect des procédures annoncées à l'équipe en début de réunion (déroulement et gestion du temps)

ii) la gestion du contenu des échanges pour favoriser l'expression de tous, l'approfondissement des thèmes discutés et la prise de décision ;

iii) la régulation du climat (soutien à l'expression des émotions).

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

b. La personne âgée et son proche aidant

- Comprennent ce qu'est un PII et comment il peut se préparer à la réunion PII ;
- Ils transmettent des observations qui peuvent être utiles à l'élaboration du plan d'intervention ;
- Ils partagent, avec les autres membres de l'équipe, leurs conditions de vie particulières qui font en sorte que le plan d'intervention proposé demeure réaliste ;
- Expriment leurs objectifs, désirs, attentes ou besoins prioritaires à proposer à l'équipe ;
- Identifient et font valoir leurs compétences propres dans l'application quotidienne des mesures qui sont discutées en réunion PII ;
- Mettent à profit les compétences des intervenants présents à la réunion PII et comprennent comment ils peuvent collaborer avec eux ;
- Développent un mode de communication claire avec les intervenants présents à la réunion PII ;
- Prennent leurs places lors de la réunion PII : interviennent dans la discussion afin d'exprimer leurs points de vue ou partager leurs observations, au même titre que les intervenants souvent familiers à ces discussions d'équipe.

c. Le proche aidant ressource

- Accueille la personne âgée et son proche aidant, les accompagne à la table de réunion et s'assoit près d'eux.
- S'abstient d'intervenir à la place de la personne âgée ou de son proche aidant. Dans la plupart des cas, le proche aidant ressource demeurera silencieux tout au long de la réunion d'élaboration du PII.
- Le proche aidant ressource n'intervient au cours de la réunion que pour rappeler un point qualifié d'important lors de la rencontre préparatoire et qui passerait sous silence durant la réunion d'équipe.
- S'il arrive que l'un ou l'autre membre de l'équipe interpelle le proche aidant ressource, c'est avec la plus grande prudence que ce dernier rappellera que sa présence n'est justifiée à cette réunion que pour accompagner et faciliter l'expression de la personne âgée et son proche aidant. En aucun cas, il ne devrait se permettre d'évaluer ni l'état de la personne âgée et de son proche aidant, ni les décisions prises de concert avec eux.

d. Le résident, le stagiaire et les autres intervenants, en collaboration avec l'animateur

- S'adressent directement à la personne âgée et son proche aidant lors des discussions, les incitent à préciser ou compléter les informations présentées les concernant, leur expliquent clairement les avantages, les inconvénients, les risques et les conséquences liés aux choix d'interventions possibles et vérifie leurs compréhensions de ceux-ci ;
- Présentent les informations pertinentes issues de son évaluation professionnelle au moment de la discussion de chaque besoin/problème convenu au début de la rencontre ;
- Participent activement à la recherche de solutions novatrices pour répondre aux besoins et aux attentes de la personne âgée et son proche aidant;
- Collaborent à l'instauration et au maintien d'un climat d'échange harmonieux;
- Prennent en compte la personne âgée et son proche aidant dans leur globalité (physique, psychologique, sociale et spirituelle) dans l'ensemble des discussions ;
- Contribuent à établir les priorités avec la personne âgée et son proche aidant (3 ou 4 problèmes au maximum) ;
- Formulent les objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, situé dans le Temps) ;
- Déterminent avec la personne âgée et son proche aidant les interventions appropriées pour chacun des besoins ou problèmes identifiés, après avoir examiné les différentes alternatives possibles, avec leurs avantages et désavantages, les risques et complications potentiels ;
- Spécifient pour chaque intervention, leur fréquence, leur durée et précisent leur séquence ou l'ordonnancement ;

- Identifient les compétences actuelles de soins de la personne âgée et son proche aidant, et leur suggèrent des moyens pour les aider à mettre en œuvre leurs compétences ou développer davantage celles-ci ;
- Partagent et reconnaissent l'expertise et les savoirs de chacun ;
- Font preuve d'ouverture face à la diversité des perspectives ;
- Clarifient les rôles et responsabilités de chacun : ceux attribuables aux intervenants, à la personne âgée et son proche aidant.

Le résident ou le stagiaire ou l'intervenant soutient la personne âgée et son proche aidant dans l'identification et le développement de leurs compétences de soins.

La suppression de tous les risques peut être une manière inadéquate de répondre aux besoins de la personne âgée.

e. Le superviseur

Le superviseur est présent à cette rencontre. Il s'assoit en retrait pour bien observer le résident ou le stagiaire lors de la rencontre. Ses observations porteront en autres sur :

- le niveau de préparation du résident ou du stagiaire ;
- la capacité du résident ou du stagiaire de travailler en partenariat (prendre en compte le vécu expérientiel, chercher l'avis de la personne âgée et son proche aidant, les faire participer aux réflexions et décisions, susciter leur collaboration pour le suivi, etc.)
- la communication avec la personne âgée et son proche aidant, soit l'adaptation au niveau de littératie, la validation de la compréhension de ceux-ci et l'accueil fait aux émotions ;
- la compréhension adéquate des différents rôles et responsabilités des membres de l'équipe ;
- la capacité du résident ou du stagiaire à travailler en collaboration avec les membres de l'équipe, la personne âgée et son proche aidant ;
- le leadership exercé pendant la rencontre, dont les bonnes interventions au bon moment ;
- les informations transmises pendant la rencontre, complètes et pertinentes ;
- le chemin parcouru dans l'acquisition des connaissances en lien avec l'élaboration du PII.

À noter que le superviseur n'intervient habituellement pas durant la rencontre sauf si des éléments essentiels à la condition de la personne âgée n'ont pas été abordés.

f. Le retour réflexif de l'équipe sur l'atteinte des résultats

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

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

Le retour réflexif à la fin de la réunion a pour but d'améliorer la qualité du processus et de favoriser le développement des membres de l'équipe sur les pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant.

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

- L'animateur du PII (formé aux principes et à l'exercice du partenariat) animera la session de rétroaction ;
- Avant toute amorce de discussion, l'animateur vérifiera auprès de la personne âgée et son proche aidant s'il convient de participer à cet échange et s'il en comprend le sens. Cet accord pourrait aussi être discuté lorsque la personne âgée et son proche aidant sont préparés au PII. Un 2^e consentement sera obtenu séance tenante, tel qu'il est mentionné ici ;
- Une attention spéciale sera accordée à la personne âgée et son proche aidant quand ces derniers ne sont pas familiers 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 leurs points 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 minutes) ; l'animateur s'assure que tous les participants pourront s'exprimer ;
- Un tour de parole débute par la personne âgée et son proche aidant dans la mesure du possible ; le participant, qu'il soit la personne âgée, son proche aidant, un résident, un stagiaire, un intervenant, est invité à partager son expérience vécue lors du PII (sentiment d'accomplissement, déceptions s'il y a lieu, questions et points à améliorer ou à corriger, prise en compte du partenariat avec la personne âgée et son proche aidant, etc.) à partir des **trois questions suivantes** :

- De quelle façon le déroulement de la réunion vous a-t-elle permis de répondre aux besoins/attentes de la personne âgée et son proche aidant ?
- Quels éléments nouveaux avez-vous appris en travaillant ensemble et qui favorisent une meilleure compréhension de la personne âgée et son proche aidant (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.

3. Le suivi du PII

Les intervenants, la personne âgée et son proche aidant, les résidents et les stagiaires assureront après la réunion PII la mise en place des interventions identifiées dans le plan d'intervention.

Ils vérifieront auprès de la personne âgée et son proche aidant, l'atteinte des objectifs et sinon, modifieront en partenariat avec eux les interventions pour atteindre les objectifs. Ou ils modifieront ensemble les objectifs afin qu'ils deviennent atteignables.

4. Auto-évaluation réflexive sur l'AIS PII

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

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

Évaluation : le rôle des superviseurs

- Faire un retour sur la rencontre du PII avec le résident ou le stagiaire (lui demander ses commentaires sur la réunion et ce qu'il a observé et appris au cours de cette réunion ;
- Donner une rétroaction concernant la note synthèse de la rencontre PII ;
- Demander au résident ou au stagiaire de suivre l'évolution de la personne âgée à chaque fois qu'il est présent à l'UFCI-U ;
- Aider le résident ou le stagiaire à identifier les éléments sur lesquels il doit approfondir ses connaissances ;
- Aider le résident ou le stagiaire à fixer ses objectifs d'amélioration pour les prochaines rencontres de PII;
- Discuter avec le résident ou le stagiaire de la possibilité de faire une réunion de PII dans d'autres contextes cliniques : GMF-U, GMF, SAD, RI, hospitalisation, UCDG, URFI.

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

Après la fin de l'AIS et du retour réflexif de l'équipe, la personne âgée et son proche aidant peuvent s'ils le souhaitent réfléchir avec le proche aidant ressource ou un professionnel de l'équipe sur leur rôle de partenaire avec les intervenants de l'équipe. Ceci permet de développer leurs habiletés de partenaire et d'identifier l'aide dont ils auront besoin, le cas échéant.

ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES

Source documentaire :

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

Autodétermination

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

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

1. La personne agit de manière autonome ;
2. Le comportement est autorégulé ;
3. La personne agit avec *empowerment* psychologique ;
4. La personne agit de manière à s'autoréaliser.

Co-construction

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

Éducation à la santé

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

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

Équipe de soins et de services

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

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

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

Intervenant

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

Littératie

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

Littératie en santé

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

Objectifs SMART

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

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

Partenariat patient en santé et services sociaux

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

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

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

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

Patient (usager) partenaire

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

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

Patient (usager) partenaire formateur

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

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

Patient (usager) partenaire ressource

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

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) constitue l'instrument clinique qui est élaboré conjointement par les membres de l'équipe et le résident et proche aidant. Ce plan vise à assurer la coordination des soins et des services dispensés aux résidents. Il comprend les problèmes ou besoins du résident, les objectifs poursuivis ainsi que les moyens ou interventions à mettre en place. Il indique également la durée estimée des interventions et les modalités de réévaluation et de suivi.

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

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

Pratique collaborative

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

Proche aidant

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

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

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

Proche aidant partenaire formateur

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

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

Proche aidant partenaire ressource

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

Professionnel

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

Projet de vie

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

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

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

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

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