

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

Université 
de Montréal

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

**GUIDE POUR LA SUPERVISION DE LA
Révision de la médication**

Mars 2019

Version 1.3

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 Tassé, MSc. Pharmacien

Clinicien associé, Faculté de pharmacie, Université 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 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

Michel Carbonneau, PhD

Proche aidant partenaire formateur
DCPP, Faculté de médecine, Université 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

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

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

Superviseure universitaire de stages en nutrition, Département de nutrition, Faculté de médecine, 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 de clinique et Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal

Bernard Deschênes, M. ps. éd.

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

Sylvie Trépanier, M.A. neuropsychologue

Gestionnaire de projet Implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD
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 activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant : GUIDE POUR LA SUPERVISION de la Révision de la médication*. Montréal, Québec : Université de Montréal.



Table des matières

Liste des acronymes	6
Notes au lecteur.....	7
Préambule	8
1. Préparation.....	10
Préparer la personne âgée et son proche aidant.....	10
Préparer les résidents et stagiaires à l'analyse	11
2. L'analyse	13
Révision des médicaments	13
3. Mise en œuvre (réunion de révision de la médication en partenariat).....	15
Établir un plan de traitement et un plan de communication avec la personne âgée et entre les professionnels	15
4. Suivi du plan de la révision de médication	19
Assurer un filet de sécurité.....	19
5 Auto-évaluation réflexive sur l'AIS	20
a) Auto-évaluation réflexive des résidents et stagiaires sur l'AIS.....	20
b) Auto-évaluation réflexive de la personne âgée et du proche aidant sur l'AIS	20
ANNEXE 1 : LISTE DES RESSOURCES À CONSULTER PAR THÈME	21
Évaluation de la fonction rénale chez la personne âgée.....	21
Charge anticholinergique	21
Médicaments non appropriés en gériatrie	21
Pharmacothérapie adaptée à la personne âgée.....	22
Déprescrire	23
Ressources pour les personnes âgées et leurs proches aidants.....	23
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE : QUE PENSEZ-VOUS DE VOS MÉDICAMENTS ?	24
ANNEXE 3 : DÉFINITION DES TERMES	25

Liste des acronymes

AIS :	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
BCM :	Bilan comparatif des médicaments
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
NIM :	Niveau d'intervention médical
PID :	Plan d'intervention disciplinaire
PII:	Plan d'intervention interdisciplinaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RUIS:	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soins à domicile
SMART :	Spécifique, Mesurable, Attirant/Atteignable, Réaliste, Situé dans le Temps
UFCI-U:	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire

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, 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 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 leurs proches qu'auprès des résidents et des stagiaires.

Dans ce document, **le résident en médecine de famille, le stagiaire ou le résident en pharmacie** sont spécifiquement interpellés. Afin d'alléger le texte, nous utiliserons les termes « **les stagiaires** » 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 « **superviseur** » pour les médecins enseignants et les intervenants superviseurs du domaine de la santé et des services sociaux.

Équipe et révision de la médication

Dans le cas spécifique de la révision de la médication, en plus de la personne âgée et son proche aidant (et dans certaines occasions un proche aidant partenaire ressource), l'équipe comprend principalement le médecin, son résident, le pharmacien, son résident, les intervenants en soins infirmiers et leurs stagiaires.

Selon le contexte, d'autres professionnels peuvent se joindre à l'équipe (ergothérapeute, nutritionniste, et leurs stagiaires par exemple). Il est important que l'évaluation fonctionnelle et cognitive de la personne âgée ait été complétée avant la révision des médicaments et que les possibles interactions médicaments-aliments ou avec les produits naturels et produits de vente libre soient prise en compte.

Préambule

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 aidant ont pour objectif de développer chez les résidents et les 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]).

La **révision des médicaments** en partenariat avec la personne âgée fait partie des bonnes pratiques sécuritaires. Cette révision permet d'atteindre une médication optimale c'est-à-dire des médicaments appropriés, en nombre minimal, avec le moins d'effets secondaires possible et des conditions d'administration acceptables et confortables pour la personne âgée tout en étant facilitante pour le personnel et la chaîne de service pharmaceutique.

Le moment idéal pour entreprendre une première révision globale de la médication est environ quatre à six semaines après l'admission de la personne âgée en CHSLD. On estime qu'à ce moment la période cruciale d'adaptation à son nouveau milieu est complétée et qu'un certain équilibre est atteint avec la médication offerte depuis l'admission. En SAD¹, la révision de médicaments peut se faire à tout moment et doit s'adapter à plusieurs contraintes de communication, ainsi qu'à une équipe professionnelle élargie qui inclut souvent le pharmacien de la communauté. Il faut d'ailleurs considérer et encourager la rencontre d'un pharmacien avec l'utilisateur et son aidant quel que soit le milieu de vie. Cette approche favorise une recherche spécifique et personnalisée des besoins et des problèmes liés à la médication.

Le temps nécessaire pour réaliser une révision complète de la médication est très variable et dépend de plusieurs facteurs tels que le nombre de médicaments, la qualité des interventions précédentes comme le bilan comparatif des médicaments à l'admission (BCM), l'accès à l'histoire pharmacothérapeutique antérieure, l'habileté d'analyse et l'expérience des intervenants, etc. Toutefois, les révisions périodiques entreprises ultérieurement seront grandement facilitées lorsque la révision initiale a été complétée de façon rigoureuse.

Les objectifs de l'enseignement de la révision de la médication sont :

- Appliquer sous supervision clinique une méthode systématique de révision des médicaments en intégrant les concepts de partenariat avec la personne âgée et son proche aidant
- Collaborer activement selon son rôle et agir en complémentarité selon le milieu d'intervention (CHSLD/SAD)

¹ Voir Guide AIS général page 22.

Cette révision se réalise en cinq étapes soit :

1. La préparation ;
2. l'analyse ;
3. la mise en œuvre
4. le suivi
5. l'auto-évaluation réflexive sur l'AIS

1. Préparation

À cette étape, plusieurs membres de l'équipe sont mis à contribution.

Préparer la personne âgée et son proche aidant

Un proche aidant ressource ou le résident en médecine de famille ou le stagiaire ou le résident en pharmacie explique à la personne âgée et son proche aidant l'objectif de la réunion sur la révision des médicaments, qui y participera et comment se déroulera la rencontre. Lorsque le résident ou le stagiaire est appelé à préparer la personne âgée, le superviseur s'assure que celui-ci adapte les consignes suivantes.

Il crée un climat de confiance avec la personne âgée et son proche aidant et prend le temps de gérer l'anxiété de ceux-ci devant la tâche à réaliser.

Il leur remet le dépliant destiné aux personnes âgées « La réunion de révision des médicaments ».

Il leur explique l'importance de communiquer leurs expériences avec l'utilisation des médicaments, leurs questionnements et leurs besoins.

Il invite la personne âgée, ou son proche aidant à remplir le questionnaire de 6 questions « Que pensez-vous de vos médicaments ? » (Annexe 2) en vue d'une discussion avec un professionnel, le plus souvent le pharmacien, avant la réunion d'équipe sur la révision des médicaments. Le questionnaire guide la préparation de la personne âgée et de son proche aidant pour la rencontre de groupe sur la révision de la médication. Il peut être remis à la personne âgée ou son proche aidant pour être complété avant une discussion préparation avec le pharmacien ou l'infirmière. Il permet amorcer une autoréflexion sur la consommation des médicaments et guider une première discussion avec un professionnel sur la perception qu'à la personne âgée ou son proche aidant sur la médication qu'il utilise.

Choisir en consensus 2 ou 3 points sur les médicaments (attentes, besoins, préoccupations) qui pourront être discutés avec l'équipe.

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

Craindre les représailles des soignants est un constant enjeu pour la personne âgée et son proche aidant s'ils veulent communiquer une insatisfaction ET un défi majeur de la collaboration personne âgée-familles-soignants

Préparer les résidents et stagiaires à l'analyse

Une préparation rigoureuse est essentielle à la réussite d'une révision globale de la médication.

Les résidents en médecine de famille, les stagiaires ou les résidents en pharmacie doivent rendre les informations disponibles et les inscrire au dossier médical pour permettre l'évaluation et l'analyse des données :

- Si la personne âgée n'est pas apte, identifier le proche aidant avec qui échanger (*stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire, résident en médecine de famille*).
- Obtenir la description du parcours de la personne âgée : histoire qui a conduit à l'hébergement (ou aux soins au domicile). (*stagiaire, infirmière, travailleur social*).
- Discuter et noter le niveau d'Intervention médicale (NIM) avec la personne âgée et son proche aidant (*résident en médecine de famille*).
- Estimer l'espérance de vie selon des tables prévues à cet effet (*résident en médecine de famille et stagiaire ou résident en pharmacie*).
- Établir les objectifs et cibles thérapeutiques par problème de santé avec la personne âgée (*résident en médecine de famille*).
- Préciser les choix et volontés quant à l'usage des médicaments (voir questionnaire de six questions remis à la personne âgée en préparation à la révision des médicaments) (*stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire et résident en médecine de famille. Le stagiaire ou le résident en pharmacie peut vouloir rencontrer la personne âgée ou son proche aidant avec le questionnaire complété*).
- Prendre connaissance du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission (*résident en médecine de famille et le stagiaire ou résident en pharmacie et autre stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire*).
- Identifier les habitudes antérieures de consommation des médicaments avec la personne âgée (*stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire. Le résident en médecine de famille et stagiaire ou résident en pharmacie doivent prendre connaissance de l'utilisation réelle des médicaments pour élaborer l'ordonnance d'admission en CHSLD*).

- Évaluer la capacité de gérer les médicaments lorsqu'applicable (*stagiaire ou résident en pharmacie, stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire*).
- Préciser comment les médicaments sont administrés : écrasés ou non ; les non utilisés ; fréquence des refus ; capacité d'avaler ; estimation de la portion réellement avalée (*stagiaire ou résident en pharmacie, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire*).
- Établir l'histoire pharmacothérapeutique avec la personne âgée (*résident en médecine de famille et stagiaire ou résident en pharmacie*).
- Rechercher les effets secondaires actuels et intolérances ou allergies antérieures auprès de la personne âgée (*stagiaire ou résident en pharmacie et en médecine de famille, stagiaire infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire*).
- Noter les paramètres biologiques pertinents relativement avec le monitoring des médicaments (bilan sanguin récent, tension artérielle, etc.) (*stagiaire ou résident en pharmacie et résident en médecine de famille, stagiaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire*).
- Noter les paramètres individuels (poids-date, taille). Calculer la clairance de la créatinine (*stagiaire ou résident en pharmacie et résident en médecine de famille, stagiaire, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*).

Le stagiaire ou résident en pharmacie et le résident en médecine de famille complètent au besoin ses recherches individuelles avec la littérature scientifique et auprès de la personne âgée, de son proche aidant ou d'autres intervenants impliqués dans l'administration des médicaments. Il veille à ce qu'il n'y ait pas de doublement des activités.

2. L'analyse

Chaque personne âgée doit bénéficier d'une médication personnalisée pour sa condition et adaptée à ses choix, selon son projet de vie.

À cette étape, sous la supervision du pharmacien et du médecin, le stagiaire ou résident en pharmacie et le résident en médecine de famille sont mis à contribution.

Le stagiaire ou le résident en pharmacie peut faciliter la rencontre avec le résident en médecine de famille en préparant une synthèse des informations pertinentes de l'étape 1 et en préparant le tableau suivant à l'aide du dossier médical :

Faire un tableau avec :

Problèmes de santé	Médicaments

Révision des médicaments

Réviser chaque médicament, un à un, en considérant le problème de santé et les éléments suivants :

- Indication claire ou non selon les données probantes ?
- Problème résolu ou non, cible thérapeutique atteinte ou non ?
- L'objectif thérapeutique est-il atteint une fois la durée du traitement terminée ?
- Temps pour obtenir un effet avec ce médicament est réaliste considérant l'espérance de vie et la condition du patient (*Time to benefit*) ?
- Médicament approprié ou non ? (voir outils STOPP/START et critères de BEERS)
- Quel est fardeau anticholinergique (voir les tables dans la référence de la liste des outils en annexe 1).
- Est-ce que la personne âgée présente un ou des effets secondaires reliés à ce médicament ?
- Est-ce qu'il y a présence de cascades médicamenteuses selon l'histoire pharmacothérapeutique ?

Considérer tout nouveau symptôme chez la personne âgée comme un effet indésirable médicamenteux jusqu'à preuve du contraire.

Si le médicament est toujours indiqué :

- Évaluer les risques vs bénéfices de le poursuivre.
- Considérer une approche non pharmacologique ou un meilleur choix pour remplacer le médicament actuel.
- Vérifier si la dose peut être ajustée à la baisse pour l'atteinte d'un même objectif thérapeutique (perte de poids récente, interaction médicamenteuse, etc.).

Cette analyse se fait idéalement conjointement entre le résident en médecine de famille et le stagiaire ou le résident en pharmacie. L'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le stagiaire peuvent être présents selon le niveau de préparation à l'étape 1.

Il est important pour les professionnels impliqués dans la discussion d'un plan de soins pharmaceutiques d'établir au préalable entre eux la meilleure façon de fonctionner et de l'adapter à leur milieu selon les moments de présence de chacun.

Le stagiaire ou le résident en pharmacie doit laisser une note pharmaceutique succincte au dossier médical : résultat de ses observations, un résumé de son analyse en incluant les éléments de discussion avec le médecin.

Si la discussion n'a pas été possible, le stagiaire ou le résident en pharmacie doit se rendre facilement disponible, par téléphone ou en personne, pour préciser certains aspects de la note qu'il a rédigée.

Il est possible que la personne âgée ou les intervenants de l'équipe de soins interrogent la pertinence de certains médicaments ou aient des questionnements quant aux recommandations du pharmacien. Celles-ci seront discutées en équipe. Le plan convenu pourra toujours être révisé au besoin.

3. Mise en œuvre (réunion de révision de la médication en partenariat)

À cette étape, le stagiaire ou le résident en pharmacie et le résident en médecine de famille (sous la supervision d'un médecin et d'un pharmacien), la personne âgée, le stagiaire, l'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou l'auxiliaire sont mis à contribution lors d'une révision de la médication.

Un animateur² (idéalement formé aux principes et à l'exercice du partenariat) parmi les intervenants présents doit assurer le bon déroulement de cette réunion. Les points abordés lors de cette rencontre :

Établir un plan de traitement et un plan de communication avec la personne âgée et entre les professionnels

L'animateur présente l'objectif de la rencontre et demande aux participants de se présenter.

La personne âgée ou son proche aidant exprime ses préoccupations face à la médication.

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 et 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.

Le résident en médecine de famille présente la liste des problèmes de santé et le niveau d'intervention médical (NIM).

Le stagiaire ou le résident en pharmacie présente la liste des médicaments et propose un plan pharmaceutique qui est discuté avec les participants.

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

² Dans les situations où un résident ou un stagiaire anime, le superviseur s'assure que les points ci-haut seront abordés.

- le niveau de préparation du résident en médecine de famille, le stagiaire ou le résident en pharmacie;
- Leurs capacités 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 accueil fait aux émotions ;
- La compréhension adéquate des différents rôles et responsabilités des membres de l'équipe ;
- La capacité du résident et stagiaire à travailler en collaboration avec les membres de l'équipe, le patient 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 ;
- L'acquisition des connaissances liée à l'usage approprié des médicaments, dont les antipsychotiques.

À noter que le superviseur n'intervient habituellement pas durant la rencontre sauf si des éléments essentiels n'auraient pas été abordés.

L'animateur s'assure d'obtenir l'avis de la personne âgée ou de son proche aidant pour chacune des propositions effectuées.

Planifier dans le temps les modifications des médicaments selon un ordre de priorité d'action axé sur la sécurité :

- Retirer les médicaments :
 - déjà nuisibles (effet secondaire, intolérance)
 - non utilisés ou non « avalés » (les écrasés en poudre-compote rejetés de la bouche)
 - à risque élevé et jugés inappropriés (voir outils : STOPP/START et critères de BEERS)
 - que la personne âgée souhaite cesser spontanément après enseignement et consentement éclairé
 - dont le traitement est terminé ou le problème est résolu
 - qui demandent des suivis simples facilement réalisables (laxatifs et cahier des selles, par exemple)
 - faciles à cesser, sans risques de sevrage ou d'effet rebond. (bisphosphonates, par exemple)

À moins d'urgence d'agir, pour la plupart des médicaments, surtout ceux du système nerveux central (SNC), diminuer progressivement, par palier, les doses d'un seul médicament à la fois pour ne pas confondre l'effet d'un sevrage ou un symptôme attribuable au retour d'un problème de santé.

Si deux médicaments doivent être cessés ou diminués simultanément, s'assurer que le profil d'effet de sevrage sera différencié pour savoir quel médicament doit être repris au palier de la dose précédente.

Planifier conjointement avec les intervenants et la personne âgée et son proche aidant, des modifications réalistes à apporter à la médication

Réévaluer l'horaire d'administration afin d'assurer une prise optimale de la médication par la personne âgée et une distribution efficace par l'équipe de soins.

Axer les interventions sur le mieux-être, sur la prévention et sur la gestion des risques reliés à la médication afin de rendre plus facile la déprescription. Discuter avec la personne âgée et son aidant d'oser expérimenter le mieux-être lorsque la médication est modifiée.

Discuter de la mise en œuvre du plan pharmaceutique et convenir des suivis à mettre en place.

A. Le retour réflexif de l'équipe sur la révision de la médication

Lorsque la rencontre de la révision de la médication 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 de la rencontre de révision de la médication formé aux principes et à l'exercice du partenariat) animera la session de rétroaction ;
- Avant toute amorce de discussion, l'animateur devra vérifier auprès de 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 à la rencontre. 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 de la rencontre révision de la médication (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.

4. Suivi du plan de la révision de médication

À cette étape, le stagiaire ou le résident en pharmacie et le résident en médecine de famille, le stagiaire, l'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou l'auxiliaire (ou tout autre intervenant) et la personne âgée sont mis à contribution.

Assurer un filet de sécurité

Le superviseur s'assure de bien définir les rôles des intervenants de l'équipe et de la personne âgée et clarifier les tâches (qui fait quoi et se coordonner selon les résultats attendus), aux résidents et stagiaires :

- Éviter la duplication des suivis

Créer en équipe des outils de suivi simples, adaptés au milieu et qui peuvent être utilisés par tous :

- Mettre à contribution les personnes âgées et les proches aidants lors de leurs visites (outils d'enseignement et de suivis).
- Informer le personnel en lien direct avec la personne âgée (proche aidant/soins de proximité) des éléments de surveillance reliés à la diminution ou de la cessation de médicament (paramètres à l'observation et manifestations)
- Prévoir des approches non pharmacologiques en contrebalance aux effets attendus si diminution des doses ou cessation d'un médicament.
- Identifier les éléments qui requièrent un suivi (surveillance particulière au PTI) suite à la modification de la médication. Transmettre l'information et émettre en ce sens des directives précises à l'équipe de soins via leur plan de travail.
- Documenter les résultats (effets thérapeutiques ou effets secondaires) au dossier médical.

Le pharmacien, son stagiaire ou son résident en pharmacie doit favoriser la communication et les interactions avec les membres de l'équipe incluant la personne âgée afin de faciliter le travail de chacun pour une bonne compréhension de l'usage des médicaments et de leur suivi, et ainsi, assurer des modifications sécuritaires.

Adapter le suivi des modifications de la médication selon les procédures en vigueur dans les milieux :

- Les modifications non urgentes des médicaments devraient se faire au moment de la distribution des prochains services sachets ou Dispill^{md} pour éviter les risques d'erreurs et un travail supplémentaire dans la chaîne de service pharmacie-nursing.

5 Auto-évaluation réflexive sur l'AIS

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

Après la fin de l'AIS sur la révision des médicaments et du retour réflexif de l'équipe, le stagiaire remplit le formulaire d'auto-évaluation réflexive à l'AIS médicament, spécifique à sa profession (médecine de famille, pharmacien, soins infirmiers).

Puis il échange avec son superviseur 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 de la révision de la médication 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 de la révision de la médication ;
- Demander au résident ou le stagiaire de suivre l'évolution du patient à chaque fois qu'il est présent à l'UFCI-U ;
- Aider le résident et 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 révision de médication ;
- Discuter avec le résident ou le stagiaire de la possibilité de faire une réunion de révision de médication dans d'autres contextes cliniques : GMF-U, GMF, SAD, R.I., hospitalisation, UCDG, URFI.

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

Après la fin de l'AIS sur la révision des médicaments et du retour réflexif de l'équipe, la personne peut s'il le souhaite réfléchir avec le proche aidant ressource ou un professionnel de l'équipe sur son rôle de partenaire avec les intervenants de l'équipe. Ceci permet de développer ses habiletés de partenaire et d'identifier l'aide dont il aura besoin, le cas échéant.

ANNEXE 1 : LISTE DES RESSOURCES À CONSULTER PAR THÈME

Évaluation de la fonction rénale chez la personne âgée

- *Aide à déterminer la formule la mieux adaptée pour le calcul de la fonction rénale selon les paramètres individuels*

http://www.globalrph.com/multiple_crcl.htm

Charge anticholinergique

- *Article de revue sur le sujet avec tableaux indiquant la charge anticholinergique attribuée à plusieurs médicaments*

Boily MJ et coll. Comment évaluer la charge anticholinergique ? *Pharmactuel* 2008 ; Suppl 1 (41) : 32.

<http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/viewFile/963/64>

Médicaments non appropriés en gériatrie

- *Critères STOPP/START*

Dalleur P, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel* 2016;49 : 61-64 + Annexes

(article en ligne) :

<http://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/830>

(annexes en ligne) :

<http://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095/831>

- *Lavan A et coll. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail Adults with Limited Life Expectancy) : Consensus. *Age and Ageing* 2017; 46: 600–607*

Liste de critères explicites pour l'identification de médicaments potentiellement inappropriés pour des personnes âgées fragiles avec espérance de vie limitée

https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/2017_STOPPFrail_AA.pdf

- *Outil informatisé d'aide à la décision STOPP/START. Permet une recherche par médicament et par pathologie.*

<http://stopstart.free.fr/>

- *Critères de BEERS (2015)*
Liste de médicaments inappropriés chez la personne âgée. L'inscription gratuite en ligne à l'American Geriatric Society (AGS) est nécessaire pour y accéder sans frais :

AGS 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults
- *Liste d'une version antérieure des Critères de BEERS (Pocket card en anglais. AGS 2012)*
<http://bcbpsd.ca/docs/part-1/PrintableBeersPocketCard.pdf>

Pharmacothérapie adaptée à la personne âgée

- Guide de gestion médicamenteuse en UCDG. Sous-comité sur la médication. Mars 2015
- *Ce guide s'applique également pour les personnes âgées vivant à domicile ou en milieu d'hébergement même s'il a été créé initialement pour des personnes âgées admises en UCDG.*

Plusieurs fiches thématiques disponibles gratuitement avec mises à jour périodique.

- | | |
|------------------------------------|--|
| ▪ anticoagulants oraux directs | ▪ épilepsie (mai 2018) |
| ▪ Antihypertenseurs | ▪ hypnotiques |
| ▪ antipsychotiques_en SCPD | ▪ incontinence urinaire |
| ▪ antipsychotiques en délirium | ▪ ostéoporose |
| ▪ antidépresseurs | ▪ statines |
| ▪ diabète type2 | ▪ Parkinson (traitement des symptômes moteurs) |
| ▪ douleur chronique non cancéreuse | |

http://rushgq.org/module_tableau_bord/

- Guide médical de soins de longue durée. Sous la direction scientifique de la Dre Nathalie Champoux. IUGM. Abonnement requis.
Comment adapter les soins pharmacologiques aux besoins des aînés ; arrêt et sevrage des médicaments ; effets indésirables des médicaments.

www.mdsl.ca

- PolyPharmacy Guidance, NHS Scotland.
Site gouvernemental écossais sur la polymédication (Scottish Government's national guidance on polypharmacy. 2nd ed.) qui propose une méthode structurée en 7 étapes pour réaliser une révision de la médication, centrée sur les besoins de l'individu, en encourageant le dialogue entre cliniciens et usagers.
<http://www.polypharmacy.scot.nhs.uk>
- Bergeron J et coll. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie : illustration à l'aide d'un cas de patient. *Pharmactuel* 2008 ; 41 (S1) : 11-25
<http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/viewFile/961/622>

Déprescrire

- Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD) :
Réseau voué à l'amélioration des soins de santé des aînés en réduisant l'utilisation de médicaments inappropriés ainsi que la promotion d'alternative non-pharmacologique
www.reseaudeprescription.ca
- Wouters, H et coll.. *Discontinuing Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. A Cluster Randomized Control Trial. Ann Intern Med* 2017 ; 167 (9) : 609-61.
Description et application d'une méthode de déprescription de la médication en soins de longue durée
<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/10/e006082.full.pdf>
- MEDSTOPPER. Université de la Colombie-Britannique. Canada.
Outil web en français et en anglais conçu pour aider les cliniciens et les usagers à prendre des décisions pour la réduction et l'arrêt d'une polymédication
<http://medstopper.com/>

Ressources pour les personnes âgées et leurs proches aidants

<https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/depliants-dinformation-sur-la-deprescription/>

Fournier, E., Carbonneau, M. (2018). La révision des médicaments. Dépliant d'information pour les usagers et les proches aidants. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU), Université de Montréal.

<https://medfam.umontreal.ca>

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE : QUE PENSEZ-VOUS DE VOS MÉDICAMENTS ?

Que pensez-vous de vos médicaments?

Nom : _____

Date : _____

S'il vous plaît, indiquez si vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants en cochant la case appropriée.

	D'accord	Incertain	Pas d'accord
1- Je sens que je prends un grand nombre de médicaments			
2- Je me sens bien avec la quantité de médicaments que je prends			
3- Je pense que tous mes médicaments sont essentiels			
4- Je crois qu'un ou plusieurs de mes médicaments me rend inconfortable ou me cause un effet indésirable			
5- Je serais d'accord pour réduire le nombre de médicaments que je prends avec un suivi approprié par l'équipe de soins			

6- Quelle est la quantité maximale de pilules/capsules à prendre chaque jour avec laquelle vous vous sentiriez à l'aise? (*Encerclez une des illustrations suivantes*)



Merci de votre collaboration !

Vos commentaires : _____

Complété par : _____

Ce questionnaire de 6 questions a été adapté et traduit en juin 2018 de *Patients' Attitudes Towards Deprescribing (PATD) questionnaire* par Michel Tassé, pharmacien et Edith Fournier, psychologue et patiente partenaire ressource. Avec la permission des auteurs : Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M.S. and Wiese, M.D., 2013. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. *International journal of clinical pharmacy*. 35 (1), pp.51-56.

ANNEXE 3 : 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 autonomisation psychologique (*empowerment*) ;
4. La personne agit de manière à s'auto-réaliser.

Co-construction

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

Éducation à la santé

L'éducation à la santé permet à l'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.

Partenariat patient en santé et services sociaux

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

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

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

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

Patient (usager) partenaire

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

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

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 personnalisés, intégrés et continus. 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 (usager) 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 ressource

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

Projet de vie

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

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

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

Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, inaptitude du patient, 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'utilisateur tels que
 - le soulagement de symptômes (p. ex. le soulagement des douleurs) ;
 - la récupération d'une fonction ou d'une capacité (par ex., la récupération de la mobilité, définir, enseigner et discuter, de l'alimentation, de la communication, de la continence) ;
- des projets à court terme.