

**CRÉATION ET IMPLANTATION
D'UNITÉS DE FORMATION CLINIQUE INTERPROFESSIONNELLES
UNIVERSITAIRES EN SOINS À DOMICILE ET EN CHSLD
(UFCI-U)**

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

Juillet 2019

UFCI-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 QC H3T 1J4

Adresse postale :

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal QC 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

AUTEURE PRINCIPALE

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

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

Conseillère sénior au Centre d'excellence en partenariat avec les patients et le public (CEPPP) et membre de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Université de Montréal

Médecin-conseil, Équipe santé des adultes et des aînés (SAA), Direction régionale de santé publique (DRSP), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

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

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

Suzanne Lebel, Médecin de famille

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

COORDINATION DES TRAVAUX

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

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

Bernard Deschênes, M. ps.éd.

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

Sylvie Trépanier, M.A. Neuropsychologue

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

MISE EN PAGE ET INFOGRAPHIE

Colombe-Hélène Jacques et Érik Ashley

=====
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). *Création et implantation d'unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires en soins à domicile et en CHSLD (UFCI-U)*. Montréal, Québec : Université de Montréal



**CRÉATION ET IMPLANTATION D'UNITÉS DE FORMATION CLINIQUE
INTERPROFESSIONNELLES UNIVERSITAIRES
EN SOINS A DOMICILE ET EN CHSLD**

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE	1
2. CONSTATS SUR L'ENSEIGNEMENT EN SAD ET EN CHSLD, EN MÉDECINE DE FAMILLE	6
3. DÉFINITION ET OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LES UFCI-U.....	7
4. MODALITÉS DU STAGE DE LA RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	10
5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE INTERPROFESSIONNELLES EN STAGE (AIS).....	15
6. PARTENARIAT AVEC LES USAGERS ET LEURS PROCHES	17
7. RESSOURCES À METTRE EN PLACE POUR LE FONCTIONNEMENT OPTIMAL DES UFCI-U	20
 <i>FIGURE 1- Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat en santé et services sociaux.....</i>	 <i>3</i>
<i>FIGURE 2- Cadre structurel des UFCI-U.....</i>	<i>9</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

AIS	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
CEPPP	Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIO	Comité inter-facultaire opérationnel
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Collaboration en sciences de la santé
CUMF	Clinique universitaire de médecine de famille
DAC	Démarche d'amélioration continue
DCPP	Direction collaboration et partenariat patient
DLP	Directeur local de programme
DME	Dossier médical électronique
DMFMU	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
DSQ	Dossier santé Québec
HLM	Habitation à loyer modique
NIM	Niveau d'intervention médicale
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPS	Programme partenaires de soins
RPA	Résidence privée pour personnes âgées
RUIS de l'UdeM	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal
SAD	Soins à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence
UFCI-U	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire

1. MISE EN CONTEXTE

LA REVISION DU PROGRAMME DE RESIDENCE EN MEDECINE DE FAMILLE EN ENSEIGNEMENT DES SOINS AUX PERSONNES AGEES A L'UNIVERSITE DE MONTREAL : VERS LA CREATION DES UFCI-U

Le département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal déposait en 2013 un rapport intitulé « *Repenser l'enseignement des soins aux personnes âgées pour nos futurs médecins de famille : une démarche pas à pas* ». Cette réflexion s'inscrivait dans un engagement du DMFMU à répondre aux besoins de la population québécoise vieillissante et plus particulièrement des besoins complexes des personnes âgées vulnérables.

Le programme en médecine de famille a été recentré sur la formation en soins aux aînés en première ligne. Ainsi, le stage obligatoire d'un mois de gériatrie hospitalière a été aboli et remplacé par un stage obligatoire en soins à domicile et en CHSLD, avec une partie significative des apprentissages consacrés aux soins de fin de vie dans les deux contextes. Notons qu'un stage d'un mois de gériatrie hospitalière demeure au curriculum des études médicales du premier cycle (externat).

La création d'Unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en soins à domicile (SAD) et en CHSLD constitue l'une des recommandations phares de ce rapport afin de faciliter les apprentissages, non seulement des résidents en médecine de famille, mais également des autres stagiaires de la santé et des sciences psychosociales de l'Université de Montréal. En effet, la complexité des problèmes médicaux et psychosociaux des aînés vulnérables nécessite une approche en équipe travaillant en collaboration interprofessionnelle dans les processus d'évaluation, d'intervention et de suivi. Les futurs professionnels de la santé et de services sociaux doivent développer des compétences en la matière en baignant dans des milieux exemplaires à cet effet, tout en apprenant également les uns des autres.

Ainsi, progressivement, une mobilisation d'autres programmes de formation universitaire s'est faite autour de ce projet éducatif et clinique rassembleur. Pour le moment, les programmes de sciences infirmières, de pharmacie, de travail social, d'ergothérapie et de

nutrition ont associé leurs efforts à ceux du programme de médecine de famille. D'autres programmes ont manifesté leur intérêt à se joindre au mouvement, dont l'audiologie, la médecine dentaire, l'optométrie, la physiothérapie.

Ultimement, chacun des 18 Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) du DMFMU de l'Université de Montréal sera en lien avec une unité de formation clinique interprofessionnelle en soins à domicile et une unité en CHSLD qui accueilleront leurs résidents en médecine de famille.

A noter que les CISSS/CIUSSS de la province ont le mandat de mettre en place dans chaque région, à même les services SAD des CLSC, des « Unités intensives de soins médicaux à domicile ». Ces équipes de médecins auront le mandat de desservir une clientèle en fin de vie de toutes conditions ainsi qu'une clientèle gériatrique en lourde perte d'autonomie avec instabilité médicale.

LA POURSUITE DES APPRENTISSAGES DES COURS UNIVERSITAIRES CSS (COLLABORATION EN SCIENCES DE LA SANTE) EN CONTEXTE REEL DE SOINS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

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

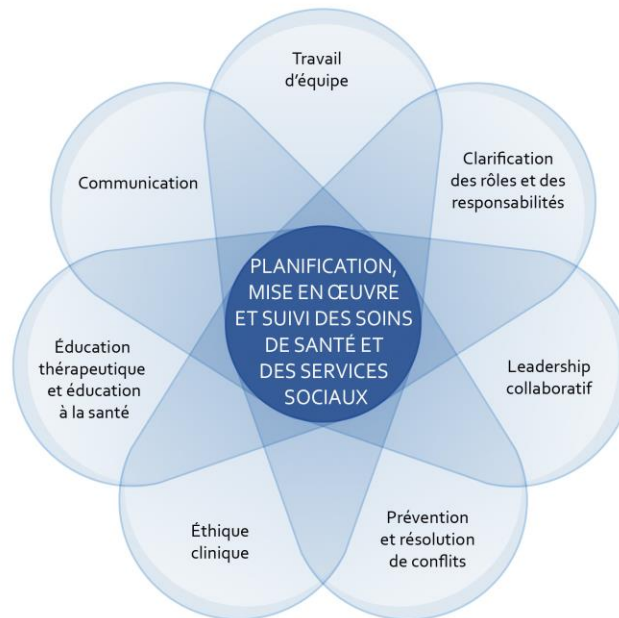
Fondés sur le référentiel de compétences « Pratiques collaboratives et Partenariat patient en santé et services sociaux » (DCPP-CIO, 2016) co-construits par des professionnels et des patients (**figure 1**), ces cours permettent aux étudiants de développer la compétence centrale de planification, de mise en œuvre et de suivi des soins de santé et des services sociaux en partenariat avec les patients et les proches ainsi que les compétences transversales suivantes : le travail d'équipe, la clarification des rôles et des responsabilités, la communication, le leadership collaboratif, l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé, l'éthique clinique, la prévention et la résolution des conflits.

FIGURE 1

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE ET DU PARTENARIAT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (DCPP-CIO, Université de Montréal, 2016)



PRATIQUE COLLABORATIVE ET PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



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

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

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



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale

CC BY-NC

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

Les apprentissages se font par mises en situation, témoignages (professionnels et gestionnaires de la santé et des services sociaux, patients et proches), études de cas et simulations en ligne et en présentiel en équipe d'une dizaine d'étudiants des divers programmes, co-animés par des professionnels et des patients formateurs. Le stage en UFCI-U permet aux résidents et aux stagiaires de consolider ces apprentissages et de poursuivre le développement de leurs compétences en contexte réel de pratique en soins à domicile et en CHSLD.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a lancé en 2018 un *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* qui confirme l'adoption de cette approche au sein des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

UNE CONCERTATION DES PROGRAMMES DE FORMATION DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL ET DES CISSS/CIUSSS DU RUIS DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Le succès de la création et de l'implantation de ces unités repose sur un travail de concertation étroit des programmes universitaires avec les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du RUIS de l'UdeM auxquels sont rattachés les GMF-U.

En effet, plusieurs directions des CISSS et des CIUSSS sont interpellées (soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), enseignement, services multidisciplinaires, services professionnels, soins infirmiers, qualité et performance, services de soutien) à travailler étroitement avec les directeurs locaux de programme (DLP) et les responsables de l'enseignement des soins aux aînés des GMF-U ainsi qu'avec les autres responsables des programmes universitaires.

UN ENGAGEMENT DU MSSS ET DES PDG DES CISSS ET DES CIUSSS DU QUEBEC

Lors du Forum en soins à domicile organisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au printemps 2017, les PDG des CISSS et des CIUSSS se sont engagés avec le MSSS à soutenir l'implantation des UFCI-U au sein de leur établissement respectif.

En effet, le MSSS et les PDG y ont vu une façon innovatrice de répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables et de leurs proches en offrant une accessibilité et une qualité de soins et des services sociaux accrus à domicile et en milieu d'hébergement. De plus, la création de ces unités favorise le recrutement de jeunes médecins et professionnels intéressés et bien formés.

La mise en place de l'ensemble de ces unités se réalisera progressivement au cours des prochaines années, avec un accompagnement d'une équipe d'experts des domaines cliniques, de l'enseignement, du partenariat avec les usagers et leurs proches et de la gestion.

Ce modèle des UFCI-U peut être adapté
aux particularités régionales et universitaires du Québec

2. CONSTATS SUR L'ENSEIGNEMENT EN SAD ET EN CHSLD, EN MÉDECINE DE FAMILLE

(Certains de ces constats peuvent également s'appliquer aux autres programmes de formation universitaires de la santé et des services sociaux.)

- **Pénurie de médecins de famille intéressés à pratiquer en SAD et en CHSLD.** Ainsi des équipes de SAD et de CHSLD n'ont pas accès à un nombre suffisant de médecins de famille, ce qui a pour conséquence que des personnes âgées « *orphelines* » sont dirigées vers les services d'urgence en cas de détérioration de leur état de santé, ce qui arrive fréquemment dans ce groupe de patients frêles.
- **Sous-exposition** des résidents en médecine de famille durant leur formation clinique à la pratique en SAD et en CHSLD et à **des médecins de famille « modèles de rôle » inspirants** qui :
 - i) interviennent en collaboration interprofessionnelle dans le suivi des maladies chroniques stables avec une approche de soins proportionnés,
 - ii) interviennent de façon rapide en cas de décompensation de maladies chroniques ou autres conditions aiguës afin d'éviter des visites à la salle d'urgence et des hospitalisations.
- **Besoins de créer une relève forte de médecins de famille cliniciens enseignants en SAD et en CHSLD** car plusieurs médecins enseignants expérimentés prendront bientôt leur retraite. Leur expertise doit être transmise à ceux qui les suivent.
- **Fonctionnement très souvent en silo** des médecins de famille des GMF-U vis-à-vis des équipes de SAD et de CHSLD entraînant un fonctionnement interprofessionnel ou inter-établissements sous optimal.
- **Méconnaissance et non référence aux ressources communautaires** en mesure de soutenir les aînés vulnérables résidant à domicile et leurs proches aidants.

3. DÉFINITION ET OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LES UFCI-U

Le DMFMU de l'Université de Montréal propose la création d'Unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires en SAD et en CHSLD associées à chaque Clinique universitaire de médecine de famille (CUMF) de GMF-U, afin de créer des milieux propices à l'apprentissage interprofessionnel de soins aux personnes âgées vulnérables pour les futurs professionnels de soins de première ligne (médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychoéducateurs, psychologues et neuropsychologues, dentistes, optométristes, audiologistes, orthophonistes, etc.). La **figure 2** illustre ce cadre structurel des UFCI-U.

a) Définition d'une Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire (UFCI-U)

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

b) Objectifs des UFCI

(Source : *Modèle logique des Unités de formation clinique interprofessionnelles en soins à domicile et en CHSLD*, ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration

avec le Comité de gouvernance des Unités de formation clinique interprofessionnelle en SAD et en CHSLD, 27 mars 2017.)

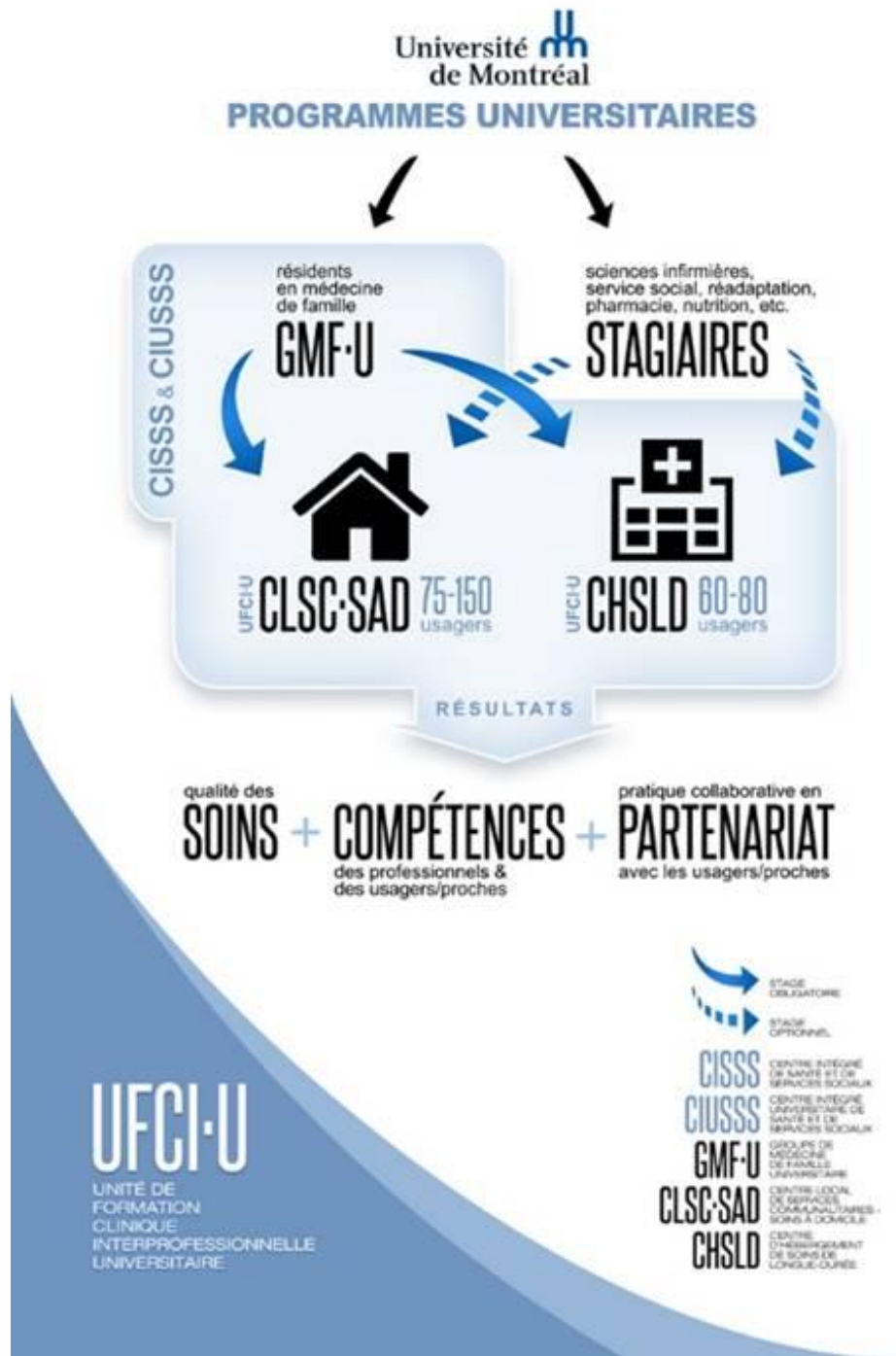
Les UFCI en SAD ou en CHSLD visent les objectifs suivants :

- **Améliorer la formation des médecins de famille et des autres professionnels de la santé et des services sociaux**
 - augmenter l'exposition des résidents de médecine de famille et de pharmacie ainsi que celle des stagiaires des autres professions en santé et en services sociaux à la pratique en SAD et en CHSLD pour leur permettre d'atteindre les objectifs d'apprentissage visés par les programmes éducatifs universitaires des différentes professions;
 - favoriser la collaboration interprofessionnelle entre les résidents et les stagiaires et avec les autres professionnels de l'Unité;
 - intégrer l'approche du partenariat avec l'utilisateur et ses proches dans l'enseignement.

- **Améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins et des services sociaux**
 - optimiser la prestation de soins et de services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère en SAD et en CHSLD;
 - assurer l'accès et la continuité des soins et des services en situation d'urgence ou en situation de crise;
 - optimiser la collaboration interprofessionnelle au sein des pratiques cliniques des équipes de SAD et des équipes en CHSLD;
 - intégrer la personne âgée, ou son proche aidant, comme partenaire actif de ses propres soins et services;
 - harmoniser les pratiques et les moyens de communication intra/inter-établissements entre les professionnels mais aussi entre les professionnels et les usagers/proches, dans une perspective de continuité des soins et des services pour la personne âgée.

FIGURE 2

Cadre structurel des UFCI-U



4. MODALITÉS DU STAGE DE LA RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE AU SEIN DES UFCI-U

EXIGENCES DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D'URGENCE DU DMFMU DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En juin 2018, le comité du programme de la résidence en médecine de famille et de médecine d'urgence du DMFMU de l'Université de Montréal a entériné la position suivante quant aux modalités de stage en UFCI-U en soins à domicile et en UFCI-U en CHSLD qui doivent être mises en place au plus tard pour l'année académique 2019-2020 :

- La durée du stage est **de 12 jours** (idéalement 15 jours, lorsque les conditions de pratique seront favorables au recrutement et à la rétention des médecins en UFCI-U) autant en UFCI-U à domicile qu'en UFCI-U en CHSLD, incluant des journées intensives d'immersion à cette pratique. Ceci constitue un total de 24 journées obligatoires en UFCI-U (idéalement 30 jours).
- Le stage sera déclaré valide si le **nombre de journées d'exposition est complété à 75 %** autant en UFCI-U en SAD qu'en UFCI-U en CHSLD. Le résident devra avoir complété minimalement **9 jours de travail en soins à domicile et 9 jours de travail en CHSLD** à chaque année de sa résidence pour que son exposition soit jugée valide. Le défaut de se présenter à une journée de travail à domicile ou en CHSLD sans motif valable sera considéré comme un manque de professionnalisme.
- Cette exposition aux deux contextes de soins (SAD et CHSLD) doit être **répétée sur les deux années de la résidence**. La répartition de journées entre la première année et la deuxième année du programme de résidence est à la discrétion des milieux. Ceci permettra la consolidation des apprentissages et la réflexion des résidents sur les soins aux personnes âgées vulnérables.
- Les **milieux assurent la garde, à laquelle les résidents doivent participer** avec leurs médecins superviseurs enseignants, afin d'apprendre à répondre rapidement aux conditions de santé aiguës des usagers autant en UFCI-U à domicile qu'en UFCI-U en CHSLD.

MODALITÉS ORGANISATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES DE STAGE EN UFCI-U

- **Chacun des 18 GMF-U du DMFMU de l'Université de Montréal est associé à un CHSLD et à une équipe de soutien à domicile d'un CLSC de son CISSS/CIUSSS.**
- **Au moins 60 à 80 usagers de ce CHSLD** sont regroupés sur une même unité clinique (regroupement des lits) pour créer l'Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire en CHSLD. Ce nombre d'usagers peut être plus grand ou plus petit selon la taille de la cohorte de résidents. Aussi, lorsque le GMF-U se situe en région éloignée, il se peut que le CHSLD regroupe au total un plus petit nombre d'usagers.
- Chaque unité en SAD regroupe **au moins 75 à 150 usagers suivis par cette équipe de soutien à domicile du CLSC** et résidant à domicile (incluant les résidences privées pour personnes âgées (RPA) et les habitations à loyer modique (HLM)) ou en ressource intermédiaire, de façon à créer une Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire en SAD. Ce nombre d'usagers peut être plus grand ou plus petit selon la taille de la cohorte de résidents en médecine de famille et selon l'éloignement géographique.
- Une **période initiale d'immersion dans le milieu (CHLSD, équipe SAD du CSLC)**, dont le nombre de jours et les modalités peuvent varier selon les milieux, permet de familiariser les résidents et les stagiaires avec les processus cliniques et administratifs en place comme la tenue de dossiers, les modalités de garde, le fonctionnement interprofessionnel, les outils cliniques, les ressources disponibles, les particularités des usagers, les modalités de partenariat avec les usagers et leurs proches, etc.
- Les **usagers sont inscrits au nom des médecins superviseurs** qui en sont responsables en tout temps (« modèles de rôle »). Ces enseignants partagent le suivi de leurs patients avec les résidents en médecine de famille et les stagiaires, en collaboration avec les autres professionnels et leurs stagiaires.
- Les médecins superviseurs de stage et les résidents sont présents à l'UFCI-U en SAD ou en CHSLD des **journées complètes** afin de favoriser une exposition maximale et une continuité de soins.

- Les médecins superviseurs de stage et les résidents assurent le suivi médical de ces usagers en priorisant ceux dont les conditions sont les plus instables (**accès adapté**), incluant les soins de fin de vie, en collaboration avec les autres intervenants de l'établissement.
- Les médecins superviseurs **sélectionnent les usagers que résidents et stagiaires suivront** de façon à ce que l'ensemble des compétences visées par le stage soient atteintes, donc en les exposant à différents problèmes de santé physiques et psychosociaux.
- Les médecins de famille superviseurs de stages et leurs résidents **se rencontrent le matin dans les locaux de l'équipe de SAD du CLSC ou sur l'unité du CHSLD** afin d'établir les priorités de la journée, répartir le travail, favoriser les échanges et le travail interprofessionnel et consulter les dossiers des usagers. À la fin de la journée, les résidents rencontrent leurs superviseurs dans les mêmes locaux afin de faire le bilan réflexif des apprentissages, compléter les notes aux dossiers et appliquer concrètement le plan d'intervention interdisciplinaire.
- Les médecins superviseurs de stages agissent comme **modèles de rôle** :
 - en **intervenant directement** auprès des usagers et de leurs proches, **en présence des résidents ou des stagiaires**, en prenant soin de rendre explicites les compétences démontrées (raisonnement clinique et soins proportionnés, relation de partenariat avec les usagers, collaboration interprofessionnelle, etc.);
 - ou en supervisant les résidents et les stagiaires, en présence des usagers et des proches (**supervision directe et dans l'action**).
- Tout au long du stage, la **participation des résidents aux activités interprofessionnelles** est favorisée avec les autres professionnels de l'UFCI-U et avec les stagiaires des autres professions : évaluation ou intervention conjointe, discussion de cas en présence ou par téléphone, participation aux activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS), sessions de formation, comité d'amélioration continue de la qualité de la pratique, etc. Les résidents doivent connaître les ordonnances collectives et les protocoles interprofessionnels de ces milieux et pouvoir les appliquer.

- Des **activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) en partenariat avec les usagers et les proches** sont planifiées et réalisées de façon régulière sur ces unités de soins. Chaque résident, à la fin de ses deux années de formation, doit avoir participé aux **trois AIS** (plan d'intervention interdisciplinaire (PII), médicaments, symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD)) dans **l'un ou l'autre des deux contextes**, domicile ou CHSLD. Dans le contexte des soins à domicile, l'utilisation des technologies de communication (conférence téléphonique, Skype, par exemple) est mise à profit pour faciliter les échanges d'équipe, tout en évitant ainsi d'envahir l'espace privé des usagers et de leurs proches.

- **Les résidents et les stagiaires utilisent les technologies de communication essentielles pour la pratique à domicile** : dossier médical électronique (DME), courriels à travers le DME repris par les secrétaires et distribués rapidement, appels téléphoniques à l'intervenant pivot, messages textes sécurisés anonymes (*téléphone intelligent* est un outil de base de la communication à domicile en plus des visites conjointes).

- Le **partenariat avec les usagers et les proches** s'actualise à travers les activités cliniques, l'enseignement et les processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

- Sous la supervision des médecins de l'UFCI-U, les résidents en médecine de famille établissent pour tous les usagers leur **niveau d'intervention médicale (NIM)**, en collaboration avec les usagers, les proches et les autres membres de l'équipe. Au besoin, ils **planifient les soins de fin de vie** à domicile ou en CHSLD, en équipe avec l'utilisateur et ses proches.

- Les résidents en médecine de famille et les stagiaires en UFCI-U se familiarisent avec les **ressources communautaires** et y réfèrent les usagers et les proches en collaboration avec les intervenants des équipes SAD des CSLC (Société Alzheimer, APPUI, etc.).

- Les médecins de famille superviseurs de stage, avec les superviseurs des autres professions, participent à un **programme de développement professoral continu** pour rehausser leurs compétences dans les domaines suivants :

- pratiques cliniques dans le contexte particulier du domicile et du CHSLD, incluant les interventions requises lors du suivi des patients atteints de conditions sévères et terminales, ainsi que les interventions d’urgences et de fin de vie;
 - pratiques d’enseignement efficaces à domicile et en CHSLD;
 - pratique de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec l’usager et ses proches.
-
- Le degré d’implantation des UFCI-U ainsi que leurs fonctionnements organisationnel, clinique et pédagogique seront mesurés par des **indicateurs appropriés et d’une démarche d’amélioration continue de la qualité**. L’analyse des données colligées permettra d’apporter progressivement les ajustements nécessaires au fonctionnement des UFCI-U.

 - Un **sondage** est envoyé à l’été de chaque année à tous les **finissants de la résidence en médecine de famille** permet de mesurer l’amélioration du programme éducatif au fil des ans et d’apprécier l’évolution du choix de la pratique future des résidents.

5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE INTERPROFESSIONNELLES EN STAGE (AIS)

Les activités d'apprentissage en stages cliniques en UFCI-U se définissent comme des activités d'apprentissage interprofessionnelles ponctuelles planifiées en UFCI-U en SAD ou en CHSLD :

- offertes à des résidents et d'autres stagiaires de différents programmes et niveaux de formation,
- supervisées par une équipe interprofessionnelle de cliniciens enseignants et de patients/proches formateurs.

Ces activités ont été développées par un **Comité interfacultaire de l'Université de Montréal** qui regroupe des représentants des programmes universitaires, en collaboration avec des cliniciens experts de différentes professions en soins de première ligne aux personnes âgées à domicile et en CHSLD ainsi que des patients/proches partenaires formateurs.

Elles sont implantées dans les unités de formation clinique interprofessionnelles avec le soutien de plusieurs directions des CISSS/CIUSSS : directions SAPA, de l'enseignement, des soins infirmiers, multidisciplinaires, des services professionnels et de la qualité-performance.

Les AIS sont **adaptées au contexte spécifique des soins à domicile et des soins en CHSLD.**

L'ensemble des stagiaires et des superviseurs présents en UFCI-U peuvent participer aux AIS au moment de leur réalisation (résidents et stagiaires en provenance des différentes universités, de cégeps, ou d'autres instances de formation). Le matériel éducatif nécessaire à leur préparation, disponible dans la boîte à outil leur sera rendu disponible avant l'activité.

Les **usagers et les proches sont également préparés et accompagnés pour participer** aux activités cliniques qui les concernent, comme membres à part entière de l'équipe de soins.

Dans un premier temps, **trois AIS seront implantées** :

- élaboration d'un PII avec l'utilisateur et ses proches;
- révision systématique de la médication;
- approches non pharmacologiques et pharmacologiques des SCPD.

Pour chacune de ces trois AIS, des **outils permettront** aux superviseurs de stage, aux résidents, aux stagiaires ainsi qu'aux usagers et à leurs proches **de se préparer** à leur réalisation :

- guides pédagogiques,
- grilles d'auto-évaluation et de rétroaction formative,

Ces **documents sont disponibles dans la Boîte à outils** du comité SAPA du site internet du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal (www.medfam.umontreal.ca).

Des **ateliers de formation professorale et du coaching sur place** sont offerts pour faciliter l'implantation de ces AIS dans les milieux d'enseignement et en assurer la qualité pédagogique.

6. PARTENARIAT AVEC LES USAGERS ET LEURS PROCHES

Le partenariat avec la personne âgée et ses proches comprend plusieurs volets qui seront développés progressivement au fil des mois et des années au sein des UFCI-U en SAD et de CHSLD. En voici une brève description :

a) Partenariat dans les soins

Chaque professionnel, résident, stagiaire est appelé à développer une relation de partenariat avec les usagers et les proches de l'UFCI-U se traduisant par :

- la reconnaissance des usagers et des proches comme membres à part entière de l'équipe de soins;
- le projet de vie désiré par les usagers et leurs proches;
- la reconnaissance et la mobilisation de l'expérience des usagers et de leurs proches;
- la prise de décision libre et éclairée des usagers et leurs proches quant à leurs soins;
- l'aide pour le développement progressif des compétences de soins des usagers et de leurs proches.

b) Partenariat dans l'enseignement

▪ **Rétroaction des personnes âgées et des proches sur les soins reçus par les résidents et les stagiaires :**

Par des questions très simples, la personne âgée et ses proches peuvent devenir des partenaires de formation des résidents de médecine de famille et des stagiaires, lorsqu'ils sont intégrés par les superviseurs de stages :

- *En quoi le résident de médecine de famille, le stagiaire vous a été utile? Comment ont-ils répondu à vos attentes?*
- *Qu'est-ce que le résident de famille ou le stagiaire pourrait faire la prochaine fois pour vous être encore plus utile?*
- *Comment le résident de médecine de famille ou le stagiaire pourrait-il vous aider à mieux assurer vos soins, dans la mesure de vos capacités?*

- **Co-construction et co-animation des AIS par les usagers et les proches partenaires**

Des usagers/proches partenaires formateurs peuvent co-construire et co-animer avec des professionnels de la santé et des services sociaux des activités d'apprentissage en stages cliniques pour les résidents et les stagiaires.

- **Mentorat par des personnes âgées et des proches d'enseignement aidants expérimentés**

Des personnes âgées et des proches partenaires impliqués dans l'enseignement peuvent partager leur expérience en agissant à titre de mentors auprès de groupes de résidents de médecine de famille et de stagiaires.

c) Partenariat dans l'amélioration continue de la qualité des soins et des services

La Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) a développé, dans le cadre du projet Partenaires de soins (PPS) une approche d'amélioration continue (DAC) du partenariat de soins et de services qui a été expérimentée avec succès en CHSLD, en équipe de soutien à domicile de CSLC et en GMF-U. Il est possible d'intégrer cette approche, avec certaines adaptations, à l'ensemble des UFCI-U. Elle permet d'intégrer les savoirs des gestionnaires, des intervenants, des usagers et de leurs proches dans des processus d'amélioration continue de la qualité.

Les résidents de médecine de famille et les stagiaires peuvent être invités à participer à l'un des cycles d'amélioration continue pour constater la valeur ajoutée de l'intégration des usagers et des proches partenaires dans l'amélioration continue de la qualité des soins et des services en CHSLD et en SAD.

NOTE :

Plusieurs concepts et pratiques liés à ces formes de partenariat ont été développés par la DCPP de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, en collaboration avec le Comité inter-facultaire opérationnel (CIO) sur la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches. Les modules des cours CSS 1900, 2900 et 3900 peuvent être accessibles sur demande aux superviseurs des

milieux cliniques. De même, le site web du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) regroupe des ressources utiles à consulter www.ceppp.ca .

7. RESSOURCES À METTRE EN PLACE POUR LE FONCTIONNEMENT OPTIMAL DES UFCI-U

Une **infrastructure de base** doit être mise en place afin de soutenir la pratique et la formation clinique interprofessionnelle en SAD et en CHSLD. Notamment :

- ajout d'une agente administrative/secrétaire médicale (1 ETP pour 250 patients) au SAD, en CHSLD (0,4 ETP/60-80 lits);
- dossier médical électronique pour assurer le partage des informations cliniques et l'accès aux dossiers médicaux hors de l'établissement, lors des visites à domicile pour les professionnels;
- logiciels de gestion des horaires de garde des superviseurs et des résidents de médecine de famille;
- ameublement et espaces de réunions pour les équipes;
- téléphones cellulaires « intelligents » (fonctions texto et photos), papeterie, ordinateurs portables, instruments médicaux pour les visites médicales à domicile, etc.;
- équipement et logiciels informatiques permettant l'utilisation d'un DME, l'accès aux laboratoires/imageries/médication de Dossier santé Québec (DSQ) et les échanges à distance (supervision, formation et coaching, plan d'intervention interdisciplinaire en équipe, etc.).