

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

**Regroupement**

**de Programmes universitaires de la santé et des sciences psychosociales de  
l'Université de Montréal**

**et**

**de CISSS et CIUSSS du RUIS de l'Université de Montréal**

11 octobre 2016

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

### TABLE DES MATIÈRES

#### Mise en contexte

1. **Constats sur l'enseignement en soins à domicile (SAD) et en CHSLD**
2. ***Qu'est-ce qu'une Unité de formation clinique interprofessionnelle de première ligne en soins à domicile ou en CHSLD ?***
3. **Programme de développement professoral en enseignement des soins aux personnes âgées (2013-2015)**
4. **Modalités de fonctionnement de ces unités**
5. **Activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS)**
6. **Partenariat avec les personnes âgées et leurs proches**
7. **Ressources à mettre en place pour le fonctionnement optimal des unités**

## Mise en contexte

Le département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal déposait en 2013 un rapport intitulé « Repenser l'enseignement des soins aux personnes âgées pour nos futurs médecins de famille: une démarche *pas à pas* ». La création d'Unités de formation clinique interprofessionnelles en soins à domicile et en CHSLD constitue l'une des recommandations phares de ce rapport. Ces unités sont appelées à accueillir des résidents en médecine de famille et des stagiaires de diverses professions de la santé et des services sociaux. Ultimement, chacune des 18 Cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF, antérieurement dénommées Unités de médecine de famille(UMF) sera en lien avec une Unité de formation clinique interprofessionnelle en soins à domicile et une unité en CHSLD.

Par la suite, une mobilisation d'autres programmes de formation universitaires s'est faite autour de ce projet éducatif et clinique rassembleur afin de permettre l'implantation d'activités de formation et de supervision interprofessionnelles dans ces unités. 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 comité interfacultaire dont l'audiologie, la médecine dentaire, l'optométrie, la physiothérapie.

Le succès de la création et de l'implantation de ces unités repose sur un travail de concertation étroit avec les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du RUIS de l'Université de Montréal auxquels sont rattachées les CUMF. Déjà, les PDG de deux CIUSSS (Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Mauricie-et-Centre-du-Québec) et de deux CISSS (Laurentides et Lanaudière) ont donné leur appui pour la création de ces unités au sein de leur organisation (soutien à domicile et CHSLD). Les PDG y ont vu une façon innovatrice de répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables et des proches de leur territoire en permettant une accessibilité et une qualité de soins et des services sociaux accrues à domicile et en milieu d'hébergement à travers ces unités. De plus, la création de ces unités favorise le recrutement de jeunes médecins et professionnels intéressés et bien formés. Plusieurs directions des CISSS/CIUSSS sont interpellées à travailler étroitement avec les programmes universitaires à la création de ces unités : principalement la direction SAPA en collaboration avec les directions de l'enseignement, des soins infirmiers, des services multidisciplinaires, des services professionnels, de la qualité et performance, de même que des directions soutien.

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 cliniques et en gestion.

Une répartition progressive des résidents et des stagiaires des différentes professions au sein de ces unités se réalisera, grâce à la mise en place de diverses modalités : promotion des stages, accueil et soutien dans chacune des régions concernées (équipe interprofessionnelle de superviseurs cliniques, logement-transport pour les stagiaires, technologie de l'information facilitant les échanges, etc.). Des CISSS et des CIUSSS d'autres RUIS pourront s'associer à ce projet mobilisateur dans le futur.

## 1. Constats sur l'enseignement en soins à domicile (SAD) et en CHSLD, en médecine de famille (certains constats peuvent s'appliquer aux autres programmes 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.
- Sous-exposition des résidents en médecine de famille durant leur formation clinique à la pratique en SAD et en CHSLD et à des médecins modèles de rôle inspirants qui interviennent en cas de décompensation de maladies chroniques ou autre décompensation aiguë afin d'éviter des visites à la salle d'urgence et des hospitalisations.
- Sous exposition et manque de connaissance des étudiantes en soins infirmiers à la clientèle gériatrique et aux soins à la personne âgée, ce qui génère un manque d'intérêt et un attrait réduit de ces dernières pour la pratique en SAD ou en CHSLD
- Besoins de créer une relève forte d'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 professionnels des CUMF vis à vis des équipes de SAD et de CHSLD avec un fonctionnement interprofessionnel sous optimal.
- Besoin de développer des milieux de stages en SAD et en CHSLD pour les étudiantes infirmières praticiennes spécialisées de première ligne dont la pratique sera requise dans ces milieux et ce, dans un contexte d'exigences ministérielles et des Ordres professionnels

## 2. Qu'est-ce qu'une *Unité de formation clinique interprofessionnelle de première ligne en soins à domicile ou en CHSLD* ?

Le DMFMU de l'Université de Montréal propose la création d'*Unités de formation clinique interprofessionnelles en SAD et en CHSLD* pour chaque Clinique universitaire de médecine de famille de l'Université de Montréal, 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, infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, dentistes, optométristes, etc.).

**Définition d'une Unité de formation clinique interprofessionnelle :**

*Groupe de médecins de famille et d'intervenants de diverses professions en SAD ou en CHSLD qui forme une ÉQUIPE de superviseurs de stages avec un Groupe de résidents en médecine de famille et de stagiaires de diverses professions afin d'assurer les soins à domicile ou en CHSLD d'un Groupe de personnes âgées vulnérables en partenariat avec leurs proches. Un accès adapté 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.*

**Chaque CUMF doit être associée à un CHSLD** de son CISSS/CIUSSS. Au moins 60 patients (selon le nombre de résidents et de stagiaires) sont regroupés sur une même unité clinique pour créer l'Unité de formation clinique interprofessionnelle en CHSLD.

- Un groupe de superviseurs de stages (médecins de famille et professionnels de la santé et des services psychosociaux dont des infirmières cliniciennes, infirmières praticiennes spécialisées, pharmaciens, travailleurs sociaux, professionnels de la réadaptation, nutritionnistes, orthophonistes et audiologistes, dentistes, optométristes), avec leur équipe de résidents et de stagiaires, assurent le suivi médical et psychosocial de ces patients hébergés, en assurant en priorité le service aux cas instables (accès adapté) et en incluant les patients en soins de fin de vie.
- Les superviseurs de stages agissent comme modèles de rôle en accompagnant le résident ou le stagiaire auprès du patient (*supervision directe*).
- Des activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) sont planifiées de façon régulière sur cette unité de soins, en incluant les résidents et les stagiaires.

**Chaque CUMF doit également être associée à une équipe de soutien à domicile de son CISSS/CIUSSS** pour desservir, selon le nombre de résidents et de stagiaires, au moins **75 personnes âgées** (résidant à domicile/résidence privée pour personnes âgées ou en ressource intermédiaire), de façon à créer une *Unité de formation clinique interprofessionnelle en SAD*.

- Un groupe de superviseurs de stages (médecins de famille et professionnels de la santé et des services sociaux dont des infirmières cliniciennes, infirmières praticiennes en soins de première ligne, pharmaciens, travailleurs sociaux, professionnels de la réadaptation, nutritionnistes, orthophoniste et audiologistes, dentistes, optométristes, inhalothérapeutes), avec leur équipe de résidents et de stagiaires, assurent le suivi médical et psychosocial à domicile de ces patients, en priorisant les cas les plus instables (*accès adapté*), et en incluant les patients en fin de vie.
- Les superviseurs de stages agissent comme modèles de rôle en accompagnant le plus souvent possible le résident ou le stagiaire au domicile du patient (*supervision directe*). Selon les distances à parcourir, les superviseurs et leurs résidents ou stagiaires effectuent 4 à 6 visites à domicile par jour.

- Des activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) sont planifiées de façon régulière sur cette unité de SAD, en incluant les résidents et les stagiaires.

Ces liens entre une CUMF et les équipes locales de Soutien à domicile et de CHSLD du CISSS/CIUSSS permettent une communication, une coordination, une pratique interprofessionnelle et un système de garde efficace. Ceci constitue un modèle de soins partagés à enseigner aux résidents et stagiaires.

### 3. Programme de développement professoral en enseignement des soins aux personnes âgées (2013-2015)

- Un programme de développement professoral interprofessionnel en enseignement des soins de première ligne (ambulatoire, SAD, CHSLD) aux personnes âgées a été mis sur pied (2013-2015), suite à une étude des besoins de formation (sondage en ligne et groupes de discussion) de façon à rehausser les compétences des enseignants qui auront à enseigner dans ces milieux de soins.
- Des enseignants médecins et professionnels de six UMF des quatre DMFMU du Québec y ont participé, en collaboration avec les gestionnaires et les professionnels des équipes de SAD et de CHSLD de leurs territoires respectifs, ainsi que les ressources communautaires des territoires des UMF (GMF-U) concernés. La phase 1 de ce projet (2013-2015) a permis de développer et d'expérimenter un contenu de développement professoral interprofessionnel comprenant les **six thématiques suivantes** :
  - Supervision dans l'action en soins à domicile et en CHSLD
  - Collaboration et supervision interprofessionnelle en partenariat avec la personne âgée et ses proches
  - Gestion optimale des médicaments
  - Traitements non pharmacologiques des SCPD
  - Maltraitance des aînés
  - Soins de fin de vie
- Une approche de *formation-coaching-réseautage* a été développée afin de répondre de façon personnalisée aux besoins spécifiques des enseignants de chaque UMF.
- Une boîte à outils est accessible à tous sur le web et comprend près de 175 documents pour l'enseignement, la pratique clinique uni ou interprofessionnelle ou la gestion.

Une formation de deux jours de multiplicateurs pour chacune des CUMF et des CISSS/CIUSSS est planifiée : journée 1 (automne 2016) et journée 2 (printemps 2017).

**NOTE** : Le contenu du programme de formation sera harmonisé avec les priorités de formation du personnel des CISSS et des CIUSSS afin de répondre en priorité aux exigences ministérielles et des organismes d'agrément de la qualité des soins et des services psychosociaux.

#### 4. Modalités de fonctionnement de ces unités

Pour assurer une **accessibilité et une continuité de soins aux patients** et de valoriser l'**apprentissage « dans l'action »**:

- Les patients sont inscrits au nom des médecins enseignants qui en sont responsables en tout temps « en accès adapté ». Ces enseignants partagent le suivi de leurs patients avec les résidents en médecine de famille et les externes, en collaboration avec les autres professionnels et leurs stagiaires.
- Les résidents en médecine de famille et les stagiaires d'autres professions travaillent ainsi avec des médecins enseignants et des professionnels enseignants (superviseurs de stages) qui font eux-mêmes des soins à domicile et en CHSLD (modèles de rôle) et qui les supervisent « dans l'action » (auprès des patients).

Une période initiale d'immersion (exposition souhaitée de 5 jours mais peut varier selon les milieux), autant en CHSLD qu'en soins à domicile, permet de familiariser les résidents et stagiaires au milieu, au travail d'équipe d'interprofessionnel, aux outils cliniques, au partenariat avec la personne âgée et ses proches et aux ressources disponibles. Par la suite, les résidents en médecine de famille doivent poursuivre leur exposition dans les deux milieux (domicile et CHSLD) par une exposition souhaitée de 10 jours en CHSLD et 15 jours en SAD, en surplus de la période d'immersion (NB : la règle de 75% de présence s'applique comme pour les autres stages). L'exposition peut se faire par demi-journées ou par journées complètes selon chaque CUMF souvent en fonction de la disponibilité des enseignants. Cependant il est préférable de viser des journées complètes pour que les résidents puissent participer à la continuité des soins dans la journée. De plus, les journées sont réparties afin de permettre la continuité des soins mais également le suivi longitudinal.

- **Il est à noter que la période d'immersion et la durée de l'exposition minimale peut varier selon le programme universitaire.** Pour les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, la période d'exposition totale (SAD et CHSLD) est de 20 jours.
- Pour un fonctionnement interprofessionnel optimal, les résidents et les stagiaires appliquent, pour certains cas complexes, des protocoles de soins interprofessionnels et des ordonnances collectives. Ils réalisent des plans d'intervention interdisciplinaire (PII) et des plans de services individualisés (PSI), avec la personne âgée et ses proches.
- Une garde médicale communautaire s'inscrit dans les exigences du programme de médecine de famille, dont les composantes et les attentes seront définies.
- Les superviseurs de stages priorisent les patients les plus instables ou qui présentent une portée éducative significative, grâce à une pratique en *accès adapté*. Ils s'assurent également que dans la totalité du stage, l'ensemble des compétences visées par le stage sont atteintes en exposant les résidents et les stagiaires à différents problèmes de santé physiques et psychosociaux de la personne âgée et ce, dans différents contextes de soins (soins aigus et subaigus, suivi de maladies chroniques à long terme en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, soins de fin de vie).

## 5. Activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS)

Les activités d'apprentissage en stages cliniques (AIS) se définissent comme des activités d'apprentissage interprofessionnelles

- offertes à des résidents et des stagiaires de différents programmes et niveaux de formation,
- supervisées par une équipe interprofessionnelle de cliniciens enseignants et de patients/proches formateurs,
- durant une période déterminée,
- sur une unité de formation clinique interprofessionnelle (SAD ou CHSLD).

Ces activités sont développées par le comité interfacultaire, en collaboration avec des cliniciens experts de différentes professions en soins de première ligne aux personnes âgées à domicile et en CHSLD.

Elles sont implantées dans les unités de formation cliniques 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 en SAD et en CHSLD ne sont pas les mêmes mais sont complémentaires, permettant un apprentissage optimal en combinant les stages dans ces deux milieux cliniques.

Voici quelques exemples d'AIS qui regroupent des professions différentes selon leur nature :

- révision de la médication
  - médecine, pharmacie, sciences infirmières autres professions au besoin
- approches non pharmacologiques des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD)
  - médecine, sciences infirmières, ergothérapie, travail social, autres professions
- élaboration d'un PII avec la personne âgée et ses proches
  - médecine, sciences infirmières, pharmacie, ergothérapie, nutrition, travail social, autres professions
- traitement d'une décompensation aiguë ou subaiguë d'une maladie chronique comme le diabète, l'insuffisance cardio-pulmonaire
  - médecine, sciences infirmières, pharmacie, autres professions
- intervention auprès d'une personne âgée à risque de maltraitance
  - médecine, sciences infirmières, travail social, autres professions
- évaluation d'un risque de chutes et applications de mesures préventives
  - médecine, sciences infirmières, pharmacie, ergothérapie, physiothérapie, travail social ou psychologue (peur de tomber), autres professions (optométrie par exemple)

## 6. Partenariat avec les personnes âgées 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 unités de SAD et de CHSLD. En voici une brève description.



a) Partenariat dans les soins

Chaque professionnel est appelé à développer un Plan d'intervention disciplinaire (PID) avec la personne âgée et ses proches. De même, un PII est développé avec la personne âgée et ses proches et l'ensemble des intervenants de l'équipe de SAD ou de CHSLD. Les principes d'éducation thérapeutique en partenariat avec la personne âgée et ses proches sont appliqués.

b) Partenariat dans l'enseignement

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

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

- *En quoi le résident, le stagiaire vous a été utile ? Comment a-t-il répondu à vos attentes ?*
- *Qu'est-ce que le résident ou le stagiaire pourrait faire la prochaine fois pour vous être encore plus utile ?*
- *Comment le résident ou le stagiaire pourrait-il vous aider à mieux assurer vos traitements ?*

- **Co-construction et co-animation par des personnes âgées et proches partenaires**

Des personnes âgées/proches partenaires 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 proches d'enseignement d'expérience**

Des personnes âgées et des proches partenaires d'enseignement d'expérience peuvent agir à titre de mentors auprès de groupes de résidents 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 une approche d'amélioration continue (DAC) du partenariat de soins et de services qui a été expérimentée avec succès au CHSLD St-Anne (Mont-Laurier) du CISSS des Laurentides et avec l'UMF Sud de Lanaudière (Repentigny) et le SAD du CISSS de Lanaudière. Les résidents et les stagiaires qui participent à l'un ou l'autre des cycles d'amélioration continue sont à même de constater la valeur ajoutée de l'intégration des personnes âgées et des proches partenaires dans l'amélioration continue de la qualité des soins et des services en CHSLD et en SAD.

d) Partenariat dans la gouvernance

La présence de personnes âgées ou de proches partenaires dans des comités de gouvernance permet d'intégrer la perspective de ceux-ci dans le développement, l'implantation, la

prestation et l'évaluation des activités d'apprentissage destinées aux résidents et aux stagiaires.

Un exemple est la présence d'une personne âgée partenaire de la DCPD au sein du comité interfacultaire. Il est suggéré que les comités locaux des CISSS et des CIUSSS qui regroupent les CUMF et les directions SAPA intègrent des personnes âgées et des proches partenaires.

**NOTE :**

Plusieurs concepts et pratiques liés à ces formes de partenariat ont été développés par la Direction collaboration et partenariat patient (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, ainsi que la boîte à outils qui s'y rattache, deviendront accessibles au cours de l'automne 2016 aux enseignants des milieux cliniques.

## **7. Ressources à mettre en place pour le fonctionnement optimal des unités**

Une infrastructure 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) pour le SAD et d'une agente administrative ( 0,4 ETP/70-80 lits pour le CHSLD ;
- Dossier électronique (partage rapide des informations cliniques) ;
- Logiciels de gestion des horaires de garde, des enseignants et des résidents, des stagiaires ;
- Ameublement et espaces de réunions, téléphones/télé-chasseurs/cellulaires, papeterie, ordinateurs, trousse médicale, etc.
- Équipement et logiciel informatiques permettant les échanges à distance (supervision, formation et coaching, PII en équipe, etc.)