

Série C : Enquêtes, consultations et projets pilotes



## Proposition d'un modèle d'intervention interdisciplinaire en services palliatifs

Comité de gestion du projet sur  
l'amélioration des pratiques  
interdisciplinaires en services  
palliatifs

Produit par Karine Girard pour le  
secteur SADPA

Avril 2007

Recherche et rédaction :	Karine Girard, stagiaire à la maîtrise au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke
Ont collaboré à la réalisation de cette étude :	Comité de gestion du projet sur l'amélioration des pratiques interdisciplinaires en services palliatifs
Ont contribué à la rédaction :	Francine Fauteux, ASI responsable d'une équipe de zone du secteur SADPA au CLSC de La Région-Sherbrookoise Michel Jacob, stagiaire à la maîtrise au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke Robert Lescarbeau, professeur du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke
Mise en pages :	Lyne Turcotte, agente administrative, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE) Nancy Hamel, agente administrative, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)
Révision linguistique :	Nancy Hamel, agente administrative, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)

Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :

Julie Pouliot, agente administrative  
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)  
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)  
Édifice Murray  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
Téléphone : 819 562-9121, poste 47097  
Télécopieur : 819 780-1303  
Courriel : [jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca)

Dépôt légal 2<sup>e</sup> trimestre 2007  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN 13 : 978-2-922997-42-2 (version imprimée)  
ISBN 13 : 978-2-922997-45-3 (PDF)

Note : Ce rapport a été réalisé en juin 2002. Il n'a toutefois été publié qu'en avril 2007.

© Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	4
CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE EN SERVICES PALLIATIFS.....	5
<b>SECTION 1 : FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DES ÉQUIPES DE ZONES EN SERVICES PALLIATIFS.....</b>	<b>6</b>
1.1 Réception d'une demande de services comportant des soins palliatifs .....	6
1.2 Constitution de l'équipe de base en services palliatifs .....	6
1.3 Séance de travail de l'équipe de base avec l'évaluateur.....	6
1.4 Première visite à domicile de l'intervenant pivot.....	7
1.5 Deuxième rencontre de l'équipe multidisciplinaire.....	7
1.6 Rencontres subséquentes de l'équipe multidisciplinaire .....	8
1.7 Rencontre bilan .....	9
<b>SECTION 2 : INSTRUMENTS .....</b>	<b>9</b>
2.1 Informations requises de la part de l'équipe premier contact pour la présentation à l'équipe de base.....	9
2.2 Canevas de travail de la rencontre avec le représentant de l'équipe premier contact .....	9
2.3 Rôle de l'ASI et de l'ACP en lien avec la qualité du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire.....	10
2.4 Responsabilités de l'animateur des rencontres multidisciplinaires .....	11
2.5 Rôle et responsabilités de l'intervenant pivot .....	11
2.6 Guide pour la composition de l'équipe multidisciplinaire .....	13
2.7 Canevas de travail : Deuxième rencontre multidisciplinaire et subséquentes.....	17
2.8 Démarche de consolidation de l'équipe multidisciplinaire .....	17
2.9 Questionnaire d'évaluation du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire.....	18
2.10 Rencontre bilan .....	19
<b>SECTION 3 : RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>19</b>
3.1 Direction .....	19
3.2 Fonctionnement de l'accueil .....	19
3.3 Fonctionnement de l'équipe de zone .....	19
3.4 Autres mécanismes .....	20
<b>Annexe A : Les services palliatifs : une philosophie d'intervention .....</b>	<b>22</b>
<b>Annexe B : Suggestions de thèmes de base à aborder au cours d'une formation en services palliatifs.....</b>	<b>23</b>
<b>SECTION 4 : SUITES DE LA PRÉSENTE DÉMARCHE.....</b>	<b>24</b>



## INTRODUCTION

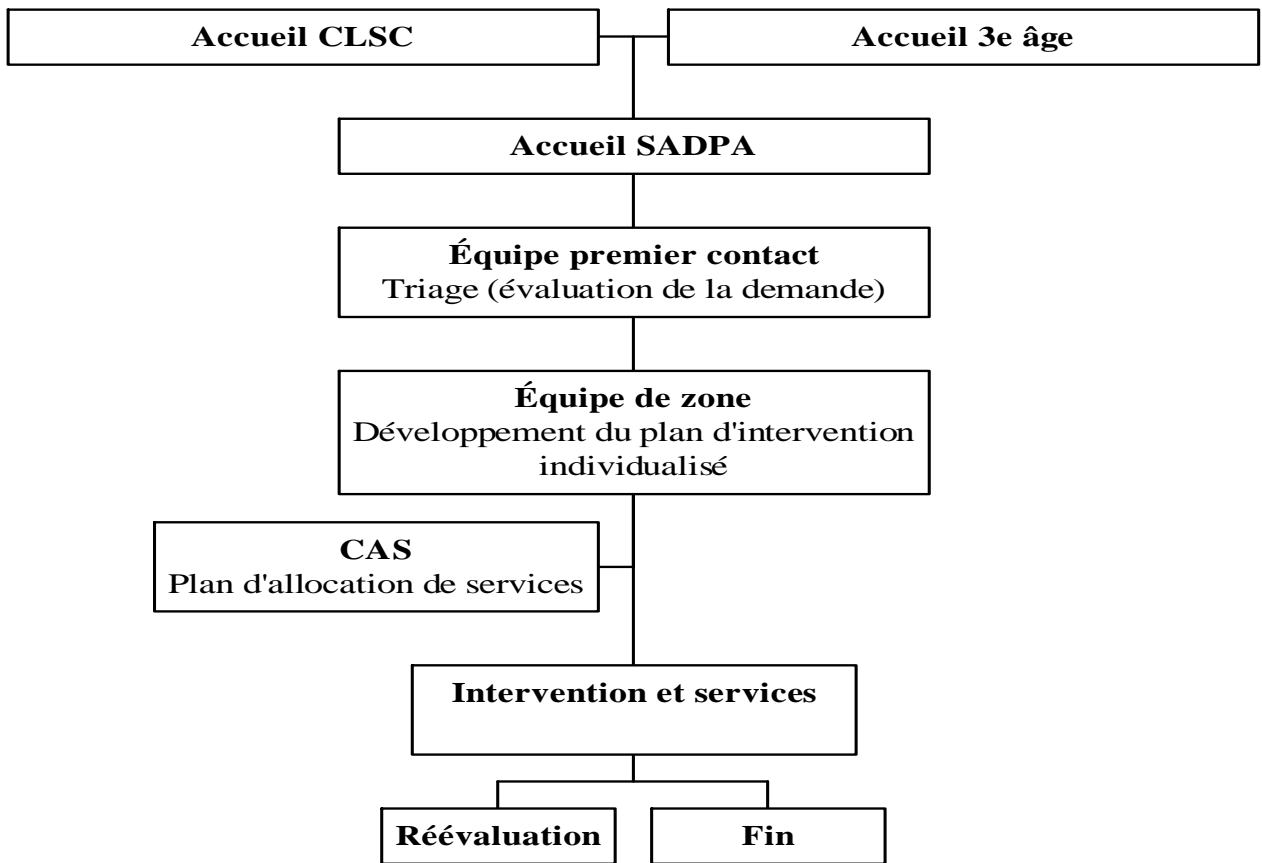
Au CLSC de La Région-Sherbrookoise\*, la réflexion relative à l'implantation de la pratique interdisciplinaire dans le secteur soutien à domicile et personnes âgées (SADPA) est amorcée depuis plusieurs années. En effet, en 1998, un comité de gestion de projet (CGP) sur l'amélioration des pratiques interdisciplinaires en services palliatifs, constitué d'intervenants du CLSC, de professeurs du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et de stagiaires, était formé. Suite à de nombreuses collectes de données afin d'élargir le consensus sur le fonctionnement des équipes multidisciplinaires en services palliatifs, le comité de gestion de projet a développé, du mois de mai au mois d'août 2001, un plan d'action ayant pour finalité d'associer en équipes multidisciplinaires les intervenants du secteur SADPA. Tout d'abord, les membres du CGP ont consulté les groupes d'intervenants du secteur dans le but de connaître leurs valeurs, leurs attentes, leurs craintes et leurs contributions possibles face à l'amélioration de la pratique interdisciplinaire. Ainsi, les membres du CGP souhaitaient prendre en considération les pratiques actuelles et les besoins des intervenants du secteur SADPA. De plus, ils ont pris connaissance des structures actuellement présentes dans le réseau en contactant des équipes multidisciplinaires en services palliatifs de divers CLSC afin d'étudier leur processus de fonctionnement et de pouvoir bénéficier des informations et des outils pertinents à la présente démarche.

La mise en commun de l'information recueillie auprès des différents groupes d'intervenants et des divers CLSC a permis aux membres du comité de réaliser le présent document comportant quatre sections. Dans la première section, vous retrouverez une proposition quant au fonctionnement général des équipes de zone en services palliatifs. Celle-ci respecte les orientations générales du secteur relativement au cheminement d'une demande de services tout en tenant compte de la réalité des services palliatifs. La seconde section présente un ensemble d'instruments qui permettraient d'encadrer le fonctionnement des équipes multidisciplinaires, de favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle et, par la même occasion, une plus grande efficacité des équipes. La troisième section regroupe un certain nombre de recommandations pour améliorer les pratiques multidisciplinaires du secteur. Enfin, la quatrième section expose les suites envisagées à la présente démarche.

---

\* Lorsque ce document a été rédigé, en juin 2002, l'établissement portait le nom de CLSC de La Région-Sherbrookoise. Le rapport n'a toutefois été publié qu'en avril 2007. Le CLSC de La Région-Sherbrookoise s'appelle désormais le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Toutefois, nous ne l'avons pas changé dans le texte.

## CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE MULTIDISCIPLINAIRE EN SERVICES PALLIATIFS



## **1. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DES ÉQUIPES DE ZONES EN SERVICES PALLIATIFS**

### **1.1 Réception d'une demande de services comportant des soins palliatifs**

Tel qu'il est prévu dans le projet de structure interne du secteur SADPA, la demande est d'abord évaluée par un membre de l'Équipe premier contact.

Dans le contexte des services palliatifs, outre l'information habituelle colligée par l'évaluateur, des renseignements supplémentaires sont requis comme le présente l'instrument 2.1. Compte tenu de la nature des services requis, on ne s'attend pas à ce que l'évaluateur développe un plan d'intervention ou un plan de services, mais plutôt qu'il prépare une présentation de cas.

Suite à sa visite chez le client, l'évaluateur informe l'ASI ou l'ACP qu'il y a un dossier de services palliatifs à traiter.

### **1.2 Constitution de l'équipe de base en services palliatifs**

L'ASI ou l'ACP reçoit la demande et constitue l'équipe de base pour intervenir sur ce dossier. Il choisit les membres de l'équipe de zone qui ont les compétences requises.

Cette équipe se compose d'un agent de relations humaines (ARH), d'une infirmière et d'un médecin. Les intervenants d'autres disciplines s'ajouteront, selon les besoins du client, telles que le suggèrent les données recueillies auprès des intervenants. C'est aussi par souci d'efficacité que l'équipe de base se limite à quelques disciplines, comme le démontre la pratique de plusieurs CLSC.

### **1.3 Séance de travail de l'équipe de base avec l'évaluateur**

Voici les cinq principaux objectifs de cette rencontre.

#### **1) RECEVOIR L'INFORMATION DE L'ÉVALUATEUR**

Suite à la formation de l'équipe de base, l'évaluateur rencontre les membres de l'équipe afin de procéder à une présentation de cas en suivant le canevas de travail proposé pour un nouveau dossier (instrument 2.2).

Chaque rencontre de l'équipe est animée par l'ASI ou l'ACP responsable. Son rôle est de faciliter l'atteinte des objectifs de chaque rencontre multidisciplinaire. Ses principales responsabilités en lien avec la qualité du fonctionnement de l'équipe sont énoncées dans l'instrument 2.3. Quant à son rôle d'animateur, il est défini de façon plus précise à l'instrument 2.4.

#### **2) CHOISIR L'INTERVENANT PIVOT**

Après le départ de l'évaluateur, l'intervenant pivot est choisi parmi les membres de l'équipe de base en fonction de la problématique majeure du client. Ses responsabilités sont présentées à l'instrument 2.5. Il est à noter que l'intervenant pivot peut être d'une discipline différente de celle de l'évaluateur.

#### **3) DÉTERMINER LES DISCIPLINES ASSOCIÉES**

Lors de cette même rencontre, les membres de l'équipe de base déterminent quelles seront les disciplines associées selon la problématique et les besoins énoncés par le client. Un guide pour l'intégration des disciplines dont les intervenants sont en petit nombre est proposé à l'instrument 2.6. Ces intervenants sont donc introduits au fur et à mesure auprès du client et auprès de l'équipe de base selon les besoins identifiés.

#### **4) S'ENTENDRE SUR UN PLAN D' ACTIONS**

Les membres de l'équipe de base élaborent un plan d'actions contenant à la fois l'analyse des besoins du client et les aspects de l'intervention à court terme.

#### **5) FIXER LA PROCHAINE RENCONTRE**

Au cours de cette prochaine rencontre, aura lieu l'activité de consolidation d'équipe (instrument 2.8) et la détermination du plan d'intervention.

#### **1.4 Première visite à domicile de l'intervenant pivot**

Voici ce que vise, entre autres, cette visite.

##### **1) POURSUIVRE L'ANALYSE DE LA SITUATION**

L'intervenant pivot identifie les priorités et les besoins du client. Puis, il débute l'intervention.

##### **2) INFORMER LE CLIENT**

L'intervenant pivot explique au client que les intervenants en services palliatifs interviennent en équipes multidisciplinaires. Il a également comme rôle d'introduire les autres intervenants de l'équipe auprès du client et de ses proches.

##### **3) DÉTERMINER LE MÉDECIN TRAITANT**

En ce qui concerne le choix du médecin traitant, la procédure actuelle concernant le choix du médecin traitant par le client est conservée.

Toutefois, afin de permettre un choix éclairé, l'intervenant pivot se doit d'expliquer au client les différentes conséquences associées au choix de faire appel aux services de son médecin de famille sachant que ce dernier ne fait pas de visite à domicile.

Idéalement, le médecin traitant devrait être intégré aux rencontres multidisciplinaires et assurer le suivi du client. Le cas échéant, il est de sa responsabilité de relancer l'intervenant pivot lorsque la situation du patient l'exige. De son côté, l'intervenant pivot doit être en mesure de le contacter au besoin. Cependant, en l'absence du médecin traitant aux réunions multidisciplinaires, il importe qu'un médecin du CLSC soit présent à titre consultatif ou conseil.

#### **1.5 Deuxième rencontre de l'équipe multidisciplinaire**

Un canevas de travail pour la deuxième rencontre multidisciplinaire est défini à l'instrument 2.7.

Lors de cette rencontre, les intervenants sont invités à prendre part à une activité de consolidation d'équipe (instrument 2.8) d'une durée d'environ trente minutes afin de favoriser la cohésion et l'efficacité de l'équipe. Ce type de démarche permet, entre autres, aux membres de l'équipe de s'entendre sur un ensemble de règles et de modes de fonctionnement.

Suite à l'activité de consolidation d'équipe, les intervenants sont appelés à faire un retour sur le plan d'action à court terme développé lors de la rencontre précédente. L'intervenant pivot présente ensuite l'évolution de la situation tout en énonçant les priorités du client et de ses proches. Enfin, suite à la « priorisation » des besoins du client, les

membres de l'équipe procèdent à l'ajustement du plan d'intervention. Il faut donc prévoir une période de temps d'environ 50 minutes pour la tenue de cette deuxième rencontre, incluant l'activité de consolidation d'équipe.

### 1.6 Rencontres subséquentes de l'équipe multidisciplinaire

Le canevas de travail (instrument 2.7) sert également à la tenue des rencontres subséquentes de l'équipe. Il s'agit simplement d'omettre le point (2) concernant la démarche de consolidation d'équipe. Ces rencontres sont donc d'une durée d'environ 20 minutes.

Les rencontres de l'équipe multidisciplinaire ont lieu à une fréquence hebdomadaire selon une plage horaire statutaire afin de s'assurer de la disponibilité des intervenants telles que le suggèrent les données recueillies auprès des autres CLSC.

Certaines situations peuvent exiger la convocation d'une rencontre multidisciplinaire avant la prochaine rencontre statutaire prévue. De fait, lors des situations suivantes, une convocation rapide de l'équipe multidisciplinaire est à privilégier.

1. La situation du client a évolué à un point tel que son bien-être pourrait profiter avantageusement d'une réévaluation rapide de son dossier, c'est-à-dire l'ajustement du plan d'intervention.

#### Principe général

Le plan d'intervention devrait être constamment réévalué en fonction des besoins du client. Par exemple, on peut constater :

- ◆ des changements au plan physique;
  - ◆ des changements au plan psychologique;
  - ◆ des changements au plan de l'organisation sociale;
  - ◆ ou encore l'apparition de nouveaux problèmes.
2. La nécessité de faire le point sur la concertation entre les intervenants impliqués et la cohérence des interventions.
  3. Le transfert du rôle d'intervenant pivot à un autre professionnel.

À titre d'exemples, voici des motifs qui peuvent justifier la décision de transférer le dossier à un autre professionnel :

- ◆ la problématique majeure du client a changé;
  - ◆ l'intervenant est incapable d'établir une relation de collaboration avec le client et ses proches;
  - ◆ l'intervenant ressent le besoin d'être libéré de ses responsabilités parce qu'il n'est pas à l'aise avec l'orientation du plan d'intervention ou qu'il a besoin de répit.
4. L'ajout d'autres disciplines.

Certains intervenants jugent pertinents de convoquer des représentants d'autres disciplines compte tenu de l'évolution de la situation ou d'un changement au niveau de la problématique.

Par ailleurs, en ce qui concerne la fréquence d'évaluation du fonctionnement de l'équipe, elle est établie lors de la démarche de consolidation d'équipe. Cette évaluation se fait à partir d'un questionnaire individuel à échelle (instrument 2.9). Les questionnaires, complétés de façon anonyme, sont compilés par l'ASI ou l'ACP responsable de l'équipe. La synthèse des résultats est ensuite présentée aux membres de l'équipe. Ce questionnaire d'évaluation a

pour objectif de permettre aux membres de l'équipe de réfléchir sur leur mode de fonctionnement afin d'être en mesure d'ajuster leurs méthodes de travail et, par la même occasion, d'améliorer l'efficacité de leur collaboration.

### **1.7 Rencontre Bilan**

Cette rencontre bilan (instrument 2.10) a lieu suite à la fin de l'intervention des membres de l'équipe auprès du client. Elle a pour objectif de boucler l'expérience de l'équipe. Ainsi, les membres de l'équipe seront davantage en mesure de bénéficier de cette expérience lors de la formation d'une nouvelle équipe multidisciplinaire.

Lors de cette rencontre bilan, l'ASI ou l'ACP responsable a pour objectif de susciter une réflexion chez les membres de l'équipe à l'aide des questions suivantes.

1. Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans la façon de travailler de l'équipe?
2. Si c'était à refaire, qu'est-ce que vous souhaiteriez que l'équipe modifie dans son mode de fonctionnement?

## **2. INSTRUMENTS**

Afin d'encadrer le fonctionnement des équipes multidisciplinaires et, par la même occasion, favoriser une plus grande efficacité de l'équipe, nous avons élaboré les dix instruments suivants.

### **2.1 Informations requises de la part de l'équipe premier contact pour la présentation à l'équipe de base**

1. Quel est l'historique du client?
2. Qui est son médecin traitant?
3. Est-ce que le client connaît le diagnostic et le pronostic reliés à sa situation?
4. Où en sont les membres de la famille par rapport à la situation du client? Quelles sont leurs réactions?
5. Quelle est la problématique majeure à moyen terme?

L'évaluateur présente à l'équipe de base quelle est la priorité et ce, en se basant sur les besoins exprimés par le client ou ses proches. Ainsi, il donne des indications face aux interventions à réaliser à moyen terme.

- ◆ Plan physique
- ◆ Plan psychologique
- ◆ Plan de l'organisation sociale

6. Quel est le code de priorité de l'intervention?

### **2.2 Canevas de travail de la rencontre avec le représentant de l'équipe premier contact**

1. Adoption d'un canevas de travail et spécification des résultats attendus.
2. Présentation du dossier à l'équipe de base par le représentant de l'équipe premier contact à l'aide de l'outil multiclientèle en mettant l'accent sur les informations identifiées à l'instrument 2.1.

3. Questions d'éclaircissement.
4. Accord de l'équipe sur la dominante du client.
5. Départ du représentant de l'équipe premier contact.
6. Détermination de l'intervenant pivot et des disciplines associées.
7. Élaboration d'un plan d'actions comprenant à la fois :
  - a. l'analyse des besoins du client;
  - b. les aspects de l'intervention à court terme.
8. Détermination de la prochaine rencontre de consolidation d'équipe et d'élaboration du plan d'intervention.

### 2.3 Rôle de l'ASI et de l'ACP en lien avec la qualité du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire

1. Animer les rencontres d'équipe.
2. Équilibrer la charge de travail en fonction de la clientèle.
3. Assigner les intervenants à chacune des équipes de base selon les besoins du client.
4. Gérer les absences chroniques.
5. S'assurer de l'utilisation adéquate des ressources.
6. Développer des critères permettant d'évaluer l'efficacité d'une équipe de zone.

#### Exemples

- a) La diversité des plans d'intervention
  - b) Le partage des tâches entre les intervenants de l'équipe
  - c) Le niveau de coopération (utilisation des ressources)
  - d) Le soutien entre les membres de l'équipe
  - e) Le rapport coûts/bénéfices de l'équipe (budget)
  - f) La durée des rencontres d'équipe
  - g) Le niveau de préparation des intervenants aux rencontres
  - h) La qualité du service à la clientèle (satisfaction et insatisfaction)
7. Rapporter les difficultés rencontrées. Ne pas faire un jugement sur l'acte, mais plutôt sur le fonctionnement (efficacité d'une équipe).
  8. Évaluer le fonctionnement multidisciplinaire de l'équipe de zone.

#### Exemples

- a) Vérifier les dates de réévaluation des plans d'intervention
- b) Noter le nombre de plans d'intervention élaborés
- c) Porter attention au climat de l'équipe
- d) Observer la position des intervenants face aux rencontres multidisciplinaires (ex : taux d'absentéisme)

9. Réaliser une évaluation systématique par rapport à la pratique multidisciplinaire en services palliatifs dans l'équipe de zone.
10. Évaluer le pourcentage des dossiers en services palliatifs qui requièrent l'intervention d'une discipline particulière afin de déterminer la pertinence de faire partie de l'équipe de base dès sa formation.

#### **2.4 Responsabilités de l'animateur des rencontres multidisciplinaires**

L'animateur est soit un ASI, soit un ACP. Il n'intervient pas auprès du client. Son rôle est de faciliter l'atteinte des objectifs de la rencontre multidisciplinaire. Voici ses principales responsabilités.

1. Clarifier le motif de la rencontre (ex. : développement du PII, réévaluation du PII, bilan à la fermeture d'un dossier) et vérifier si les intervenants de l'équipe y adhèrent.
2. Proposer un ordre du jour qui permet d'atteindre les résultats escomptés et vérifier si les intervenants de l'équipe y adhèrent.
3. Situer les intervenants sur la durée de la rencontre et faire la gestion du temps.
4. Donner la parole à chacun, en s'assurant que l'information échangée est comprise et que les niveaux de langage sont accessibles.
5. S'assurer que les discussions reposent sur des faits ou des données validées et qu'elles utilisent les besoins exprimés par le client ou ses proches.
6. Faciliter l'expression des sentiments.
7. Faciliter le processus de décision conformément aux décisions prises par l'équipe.
8. S'assurer que les responsabilités des intervenants et des proches sont déterminées et que les échéanciers sont fixés.
9. Synthétiser et faire le point sur la discussion.
10. Appliquer les règles de fonctionnement que l'équipe s'est données lors de l'activité de consolidation d'équipe qui a été réalisée au cours de la deuxième rencontre.
11. Fixer avec les intervenants la date de la prochaine rencontre.
12. Selon les besoins, suggérer des ajustements au fonctionnement du groupe.
13. Lors de la rencontre bilan, s'assurer que l'équipe de base multidisciplinaire évalue son fonctionnement.

#### **2.5 Rôle et responsabilités de l'intervenant pivot**

L'équipe de base est constituée d'un agent de relations humaines (ARH), d'une infirmière et d'un médecin. Les intervenants d'autres disciplines se rajoutent selon les besoins du client.

L'intervenant pivot est choisi parmi les membres de l'équipe de base en fonction de la problématique majeure du client. Il n'a pas pour fonction d'animer les rencontres multidisciplinaires, mais doit prendre en note les décisions qui y sont prises.

### **Rôle général**

L'intervenant pivot fait le lien entre les intervenants, le client et ses proches. Il coordonne l'intervention en services palliatifs.

### **Responsabilités**

1. Il procède à l'évaluation régulière de la situation du client.
2. Il s'entend avec le client et ses proches sur les priorités à satisfaire.
3. Il présente à l'équipe les besoins exprimés par le client et ses proches. Il s'assure du respect de ces besoins dans le plan d'intervention.
4. Il introduit les autres intervenants auprès du client et de ses proches.
5. Il assure le suivi du plan d'intervention.
6. Il s'assure, lorsqu'il doit s'absenter, qu'un intervenant substitut le remplace.
7. Il s'enquiert du nom du médecin traitant. Afin de permettre un choix éclairé, il se doit d'expliquer au client les différentes conséquences associées à la décision de faire appel aux services de son médecin traitant dans le cas où ce dernier ne fait pas de visite à domicile.
8. Il participe au développement du plan d'intervention, à son ajustement et à sa révision.
9. Il présente au client et à ses proches le plan d'intervention proposé, s'assure de leur compréhension et détermine avec eux la participation qu'ils vont avoir dans l'atteinte des objectifs.
10. Il assure le soutien et la coordination auprès des ressources externes appelées à contribuer au plan d'intervention.
11. Il convoque les rencontres multidisciplinaires, en précise les objectifs visés et les fait connaître. Il réserve une salle pour la rencontre.
12. Avec l'équipe multidisciplinaire, il juge de la pertinence de convoquer un intervenant qui a déjà été impliqué, mais qui a terminé son intervention auprès du client.
13. En cas d'urgence, il prend les mesures requises et informe les membres de l'équipe multidisciplinaire de la décision prise.
14. Il s'assure que l'information relative à un changement dans la situation de l'utilisateur (ex : hospitalisation, hébergement, décès, etc.) soit transmise à tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

15. Il s'assure que les procédures pertinentes sont mises en place à la suite du décès pour :

- communiquer l'information concernant le lieu et la date du décès;
- identifier le besoin d'un suivi psychologique auprès de la famille;
- convoquer les intervenants pour une rencontre bilan;
- vérifier que tout équipement prêté est retourné au CLSC à la fermeture du dossier.

16. Suite à une décision de l'équipe multidisciplinaire, il transfère le dossier à un autre professionnel qui assumera les responsabilités précédentes. À titre d'exemples, voici des motifs qui peuvent justifier une telle décision :

- la problématique majeure du client a changé;
- l'intervenant est incapable d'établir une relation de collaboration avec le client et ses proches;
- l'intervenant ressent le besoin d'être libéré de ses responsabilités parce qu'il n'est pas à l'aise avec l'orientation du plan d'intervention ou qu'il a besoin de répit.

## 2.6 Guide pour la composition de l'équipe multidisciplinaire

Cet instrument vise à guider l'intégration des disciplines dont les intervenants sont en petit nombre lors de la formation de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'au moment de la réévaluation du plan d'intervention. Il a été conçu à l'aide des données recueillies auprès des différents groupes d'intervenants du CLSC et des informations transmises par les divers CLSC que le CGP a étudiés. Cet outil devrait être soumis à l'approbation des représentants des disciplines.

### A. L'agent de relations humaines

---

L'ARH intervient si le client est ouvert à cette forme d'aide.

#### Rôles

- Accompagner la personne et ses proches dans leur cheminement face au mourir.
- Permettre à la personne en mourir d'exprimer les émotions reliées à ses pertes, ses interrogations et ses aspirations.
- Assumer le suivi et le soutien permettant d'atténuer les répercussions psychosociales de la maladie sur la personne et ses proches (aider à redéfinir leurs interactions, leurs attentes, leurs rôles, etc.).
- Aider la personne à faire ses choix à partir de ses valeurs et de son histoire de vie.
- Aider la réorganisation familiale.
- Sécuriser le maintien dans le milieu de vie.
- Aider à réorganiser l'aspect financier.
- Coordonner des interventions et du soutien dans le cas de problèmes sociaux complexes (alcoolisme, violence, etc.).
- Aider à gérer les crises.
- Mobiliser les membres de la famille au niveau du soutien.
- Au besoin, soutenir la personne endeuillée.

#### Rôles conjoints avec l'infirmière

- Accueillir les gens dans leur souffrance.
- Être à l'écoute des émotions et des questionnements du client.
- Accompagner dans le cheminement face au deuil.
- Soutenir les proches dans les moments difficiles.

- ❑ Aider à l'organisation du milieu.
- ❑ Informer des services existants et orienter vers les ressources appropriées.
- ❑ Recourir aux ressources existantes dans le milieu afin d'améliorer le confort et de maintenir l'autonomie le plus longtemps possible.

#### **Rôle conjoint avec l'inhalothérapeute**

- ❑ Faire de la médiation entre le client et ses proches, lorsque nécessaire.

#### **B. L'auxiliaire familiale**

---

##### **Rôles**

- ❑ Fournir des soins de base (soins d'hygiène, soins d'incontinence, etc.).
- ❑ Donner le bain.
- ❑ Changer les lits.
- ❑ Préparer les repas.

#### **C. L'ergothérapeute**

---

##### **Rôles**

- ❑ Évaluer l'accessibilité du domicile et recommander des modifications.
- ❑ Évaluer les besoins en aide technique.
- ❑ Évaluer les capacités physiques et cognitives de la personne.
- ❑ Dépister les risques de blessures et fournir des alternatives.
- ❑ Fournir les aides techniques et enseigner le mode d'utilisation.
- ❑ Améliorer le confort à l'aide de matelas, de coussins ou de techniques de positionnement.
- ❑ Enseigner des techniques pour faciliter l'autonomie fonctionnelle à travers les AVQs et les AVDs.
- ❑ Enseigner les principes d'hygiène de posture.
- ❑ Enseigner les principes de conservation d'énergie en lien avec la qualité de vie.
- ❑ Sensibiliser les aidants naturels face à l'impact de la maladie sur les capacités physiques du client.
- ❑ Apporter des modifications à l'équipement.

##### **Rôles conjoints avec le physiothérapeute**

- ❑ Adapter l'équipement aux besoins et aux possibilités du client.
- ❑ Aider à accepter ses limitations physiques et y composer.
- ❑ Maintenir l'autonomie aux transferts.
- ❑ Enseigner les méthodes de transfert et de positionnement aux aidants naturels.
- ❑ Conserver l'endurance générale du client pour diminuer la fatigue.

##### **Rôles conjoints avec le physiothérapeute et l'infirmière**

- ❑ Prévenir les plaies de pression ou les traiter.
- ❑ Assurer le confort du client.

## D. L'infirmière

---

### Rôles

- ❑ Évaluer les besoins de santé.
- ❑ Contribuer aux méthodes de diagnostic pertinentes.
- ❑ Prodiguier les soins infirmiers selon les besoins prioritaires (contrôle de la douleur, confort de la personne, etc.) et les protocoles établis (pansements, injections, médication, etc.).
- ❑ Enseigner à la personne et à ses proches, les soins à donner en vue de favoriser le plus grand confort et l'autonomie du client.
- ❑ Surveiller l'état général du client.
- ❑ Noter les réactions aux soins, aux médicaments et aux traitements.

### Rôles conjoints avec le physiothérapeute et l'ergothérapeute

- ❑ Prévenir les plaies de pression ou les traiter.
- ❑ Assurer le confort du client.

### Rôles conjoints avec l'agent de relations humaines

- ❑ Accueillir les gens dans leur souffrance.
- ❑ Être à l'écoute des émotions et des questionnements du client.
- ❑ Accompagner dans le cheminement face au deuil.
- ❑ Soutenir les proches dans les moments difficiles.
- ❑ Aider à l'organisation du milieu.
- ❑ Informer des services existants et orienter vers les ressources appropriées.
- ❑ Recourir aux ressources existantes dans le milieu afin d'améliorer le confort et de maintenir l'autonomie le plus longtemps possible.

## E. L'inhalothérapeute

---

### Rôles

- ❑ Donner de l'information face à l'effet de la maladie sur la condition cardio-respiratoire.
- ❑ Évaluer la nature des problèmes respiratoires.
- ❑ Installer des appareils pour faciliter les fonctions respiratoires.
- ❑ Enseigner le fonctionnement de l'appareillage et les techniques d'utilisation.
- ❑ Évaluer les paramètres respiratoires : la saturation, l'auscultation, la fréquence, la toux, les expectorations.
- ❑ Conseiller sur l'environnement, le positionnement, l'économie d'énergie dans le cas de problèmes respiratoires.
- ❑ Enseigner à la personne et à ses proches les moyens d'intervenir en cas de détresse respiratoire.
- ❑ Enseigner la prise de médication.

### Rôles conjoints avec le physiothérapeute

- ❑ Enseigner le clapping.
- ❑ Dégager les voies respiratoires par des exercices de clapping.

### Rôle conjoint avec l'agent de relations humaines

- ❑ Faire de la médiation entre le client et ses proches, lorsque nécessaire.

## F. La nutritionniste

---

### Rôles

- ❑ Évaluer l'alimentation et l'état nutritionnel de la personne.
- ❑ Établir la thérapie diététique en tenant compte :
  - de la facilité d'accès aux aliments;
  - des goûts de la personne;
  - de la tolérance individuelle aux aliments;
  - de la nature de la pathologie.
- ❑ Conseiller et informer sur la valeur nutritive des aliments et des suppléments alimentaires.
- ❑ Rassurer la personne sur ses craintes vis-à-vis l'ingestion de certains aliments.
- ❑ Corriger des croyances alimentaires erronées.

## G. Le physiothérapeute

---

### Rôles

- ❑ Intervenir lors de crises aiguës produites par des chutes, des fractures ou autres traumatismes.
- ❑ Évaluer et traiter les déficiences des systèmes neurologiques.
- ❑ Évaluer et traiter les difficultés cardio-respiratoires.
- ❑ Maintenir l'autonomie aux déplacements.
- ❑ Conserver l'équilibre dans différentes positions ou activités.
- ❑ Enseigner des exercices pour maintenir la mobilité articulaire et la force musculaire nécessaires aux activités fonctionnelles.
- ❑ Soulager la douleur (traitements antalgiques, relaxation, massage, etc.).
- ❑ Enseigner des techniques de mobilisation passive des articulations pour éviter l'apparition de contractures.
- ❑ Aider à prévenir les problèmes de lymphoedème.
- ❑ Encourager la personne à s'impliquer dans le maintien de son autonomie physique.
- ❑ Maintenir et augmenter le confort du client.
- ❑ Prévenir la constipation et les risques de fractures.
- ❑ Utiliser l'électrothérapie.

### Rôles conjoints avec l'ergothérapeute

- ❑ Adapter l'équipement aux besoins et possibilités du client.
- ❑ Aider à accepter ses limitations physiques et y composer.
- ❑ Maintenir l'autonomie aux transferts.
- ❑ Enseigner les méthodes de transfert et de positionnement aux aidants naturels.
- ❑ Conserver l'endurance générale du client pour diminuer la fatigue.

### Rôles conjoints avec l'ergothérapeute et l'infirmière

- ❑ Prévenir les plaies de pression ou les traiter.
- ❑ Assurer le confort du client.

### Rôles conjoints avec l'inhalothérapeute

- ❑ Enseigner le clapping.
- ❑ Dégager les voies respiratoires par des exercices de clapping.

## 2.7 Canevas de travail - Deuxième rencontre multidisciplinaire et subséquentes\*

1. Spécifications des objectifs et adoption d'un canevas de travail
2. Démarche de consolidation d'équipe
3. Retour sur le plan d'actions développé lors de la rencontre précédente
4. Évolution de la situation
5. Présentation des priorités du client et des proches
6. Priorisation des besoins du client et de ses proches
7. Identification du vécu émotionnel des intervenants, du client et de ses proches
8. Développement ou ajustement du PII et/ou PSI\*\*
9. Date de la prochaine rencontre

\* *Ce canevas de travail sera utilisé lors des rencontres multidisciplinaires subséquentes, en omettant le point 2.*

\*\* *S'assurer de l'adhésion du client ou de ses proches.*

## 2.8 Démarche de consolidation de l'équipe multidisciplinaire

La démarche de consolidation vise à favoriser la cohésion et l'efficacité d'une équipe. Elle est d'une durée d'environ 30 minutes et a lieu lors de la deuxième rencontre de l'équipe. Plusieurs points sont à considérer lors d'une telle rencontre.

1. Selon le cas, inviter les intervenants qui ne se connaissent pas à se présenter.
2. Demander à chacun, y compris l'animateur, d'exposer sa contribution personnelle et professionnelle spécifique (ressources) en fonction de ses compétences disciplinaires et de son expérience.
3. Permettre à chacun d'exprimer ses attentes et ses appréhensions quant au travail en équipe multidisciplinaire et à l'intervention en services palliatifs.
4. Déterminer ensemble les règles et les modes de fonctionnement, incluant le rôle des stagiaires et des résidents lors des rencontres.
5. Expliciter quelles seront les mesures (quoi, où, quand, comment) de soutien interprofessionnel utilisées au besoin.
6. Préciser quels seront les mécanismes de résolution de problèmes (consensus, majorité, etc.).
7. S'entendre sur la structure à mettre en place lors de situations d'urgence.
8. Fixer la fréquence d'évaluation du fonctionnement d'équipe.

## 2.9 Questionnaire d'évaluation du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire

### 1. Par rapport au mandat

Généralement, j'estime que...	Échelle							
	Pas du tout						Tout à fait	
	1	2	3	4	5	6	7	NA
a) les membres de l'équipe savent pourquoi ils se rencontrent.								
b) le motif de la rencontre justifie de réunir tous les membres de l'équipe.								
c) compte tenu de ce motif, on réunit les bonnes personnes.								

### 2. Par rapport à la tâche (production)

Généralement, j'estime que...	Échelle							
	Pas du tout						Tout à fait	
	1	2	3	4	5	6	7	NA
d) je suis bien préparé lorsque j'arrive aux rencontres.								
e) les membres de l'équipe arrivent bien préparés aux rencontres.								
f) la méthode de travail utilisée permet de réaliser rapidement la tâche.								
g) les méthodes de fonctionnement de l'équipe favorisent l'expression de chacun face à la situation du client.								
h) la façon de parvenir à une décision (ex : consensus, majorité, etc.) est satisfaisante.								
i) les membres de l'équipe manifestent de la discipline.								
j) l'écoute est satisfaisante entre les membres de l'équipe.								
k) l'animateur clarifie, synthétise et structure les échanges de façon appropriée.								
l) l'animateur propose des modalités de fonctionnement facilitant le travail en équipe.								
m) l'équipe bénéficie d'une marge de manœuvre suffisante pour appliquer les décisions.								
n) l'équipe fait un suivi satisfaisant de ses décisions.								
o) le plan d'intervention reflète adéquatement les décisions prises.								

### 3. Par rapport au climat

Généralement, j'estime que...	Échelle							
	Pas du tout						Tout à fait	
	1	2	3	4	5	6	7	NA
p) mes ressources professionnelles et personnelles sont bien utilisées dans l'équipe.								
q) je suis satisfait des résultats atteints par l'équipe.								
r) je me rends aux rencontres de bon gré.								
s) mon avis est pris en considération.								
t) les échanges sont empreints de cordialité.								
u) les membres de l'équipe montrent une ouverture à examiner des points de vues divergents.								
v) l'équipe fait preuve de souplesse dans les décisions prises.								

## 2.10 Rencontre bilan

**Objectif :** Boucler l'expérience de l'équipe afin de pouvoir en bénéficier lors de la formation d'une nouvelle équipe multidisciplinaire.

1. Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans la façon de travailler de l'équipe?
2. Si c'était à refaire, qu'est-ce que vous souhaiteriez que l'équipe modifie dans son mode de fonctionnement?

## 3. RECOMMANDATIONS

Voici les recommandations proposées pour améliorer les pratiques interdisciplinaires en services palliatifs au CLSC. Cette section débute par des recommandations spécifiques à la direction du secteur SADPA et du CLSC.

### 3.1 Direction

- ◆ Définir la clientèle en services palliatifs.
- ◆ Développer l'offre de services des équipes en services palliatifs.
- ◆ Utiliser de façon optimale les ressources communautaires du milieu. Assurer une mise à jour continuelle du bottin des ressources communautaires.
- ◆ Développer une philosophie d'intervention propre aux services palliatifs. À ce sujet, l'annexe A présente une philosophie d'intervention qui réfère aux conceptions de l'Association canadienne des soins palliatifs et de l'Association québécoise des soins palliatifs.
- ◆ Clarifier les rôles des établissements du réseau.
- ◆ Établir un continuum de services en soins palliatifs entre les établissements du réseau.
- ◆ Déterminer une plage horaire hebdomadaire et statutaire destinée aux rencontres multidisciplinaires et ce, afin de s'assurer que tous les intervenants sont disponibles.
- ◆ Développer avec chaque discipline des mécanismes de nomination de substituts pour remplacer les intervenants absents.
- ◆ Rendre explicites les critères de « priorisation » d'un dossier et les présenter à tous les intervenants de l'équipe de zone.

### 3.2 Fonctionnement de l'accueil

- ◆ Instrumenter les intervenants de l'accueil du CLSC à dépister les cas de services palliatifs.
- ◆ Se donner une grille de priorité du secteur SADPA (traitement des demandes, urgence, délais).

### 3.3 Fonctionnement de l'équipe de zone

- ◆ Habilitier les personnes responsables (ASI et ACP) à faire de l'animation de groupe.

- ◆ Définir les marges de manœuvre de l'équipe multidisciplinaire (ex : capacité de gérer une partie du budget et latitude décisionnelle).
- ◆ Prendre les mesures afin que l'intervenant pivot soit identifié à l'index client du programme « Sic Plus ».
- ◆ Déterminer le degré de liberté de l'implication des professionnels par rapport à l'intervention en services palliatifs (intérêt).
- ◆ Formaliser un processus qui donne accès à un intervenant de garde lors de situations d'urgences (soir, nuit et fin de semaine).

### 3.4 Autres mécanismes

- ◆ Définir des mesures de soutien afin de répondre aux besoins des intervenants : consultation entre pairs, groupe de soutien, réunion ad hoc, « coaching », etc.
  - Réserver un temps lors de la démarche de consolidation d'équipe afin d'explicitier quelles seront les mesures de soutien interprofessionnel utilisées au besoin (quoi, où, quand, comment).
  - Intégrer ces mesures dans les tâches de certains intervenants. Par exemple, les ARH pourraient avoir comme rôle d'aider les intervenants qui en éprouvent le besoin, à ventiler leurs émotions face à ce qu'ils vivent dans l'exercice de leurs fonctions en services palliatifs. Ce type d'aide pourrait se donner dans le cadre de rencontres individuelles ou encore par le biais d'un groupe de soutien avec participation volontaire.
  - Assurer une formation continue des membres des équipes de zones en services palliatifs.
    - La direction devrait établir des structures d'échange et d'analyse de cas (ex : un colloque aux six mois ou des présentations aux deux semaines afin d'exposer des informations récentes sur les services palliatifs).
  - Enfin, le CGP recommande la formation d'un comité consultatif regroupant des intervenants du secteur SADPA qui aurait comme mandat de définir les thèmes à aborder dans une éventuelle formation en services palliatifs. De son côté, le CGP a répertorié des thèmes de base en services palliatifs (annexe B). Toutefois, afin que les intervenants s'approprient la démarche et que l'éventuelle formation réponde davantage à leurs besoins, le CGP croit que les intervenants devraient être invités à se pencher eux-mêmes sur la question. Par exemple, ce comité consultatif pourrait soumettre une liste de thèmes aux différents groupes d'intervenants et leur demander de les coter en fonction de leurs besoins.
- ◆ Développer un cahier de bord à domicile qui permettrait aux intervenants d'assurer une meilleure transmission de l'information entre les intervenants comme le démontre l'information recueillie auprès des différents CLSC étudiés.

Cette pochette qui serait gardée à domicile, contiendrait des notes d'observation générale sur l'évolution du client. Le cahier serait complété à la fois par les intervenants et le client ou ses proches. À titre d'exemple, le client serait invité à y noter son niveau de douleur.

Il est à noter que certains intervenants utilisent un outil semblable. Toutefois, il importe que l'ensemble des intervenants en services palliatifs du CLSC de La Région-Sherbrookoise se donne un outil commun qui réponde à leurs besoins. La mise sur pied d'un comité consultatif visant le développement d'un tel cahier pourrait encore une fois favoriser la responsabilisation des intervenants face à l'amélioration de la pratique multidisciplinaire.

Comme le propose l'expérience des différents CLSC étudiés, il est intéressant de retrouver les documents suivants dans un tel cahier de bord à domicile :

- formulaire « Prise de contact » (noms des intervenants, numéros de téléphones, fréquence des visites, équipements utilisés)
  - formulaire « Communication »
  - ordonnances médicales
  - feuille d'observation globale pour services palliatifs
  - dépliants du secteur SADPA
  - dépliant « Info-Santé CLSC »
  - code d'éthique
  - dépliant « Horaire des services »
  - dépliant « Urgence Détresse CLSC »
  - dépliant « Maison Aube Lumière »
- ◆ Intégrer dans la structure d'accueil des nouveaux employés une présentation des particularités de chaque discipline qui compose l'équipe de zone.
  - ◆ Améliorer l'efficacité des mécanismes de liaison de même que la circulation de l'information entre les médecins des centres hospitaliers, du CLSC et en cabinet privé.
  - ◆ Établir un partenariat avec l'équipe de médecins du CLSC afin de développer, avec les médecins de famille, des protocoles d'intervention pour le soulagement de la douleur et des symptômes d'inconfort. Ces protocoles devraient prévoir les paramètres d'intervention lors de situations d'urgence.

Une suggestion : Inclure dans l'équipe des médecins de garde du CLSC, les médecins de pratique privée. Ceci permettrait à la clientèle de ces derniers d'être assurée d'un service médical en cas d'urgence, même par les médecins de garde du CLSC.

**ANNEXE A**  
**LES SERVICES PALLIATIFS : UNE PHILOSOPHIE D'INTERVENTION**

L'ACSP suggère une **définition des services palliatifs**.

Les services palliatifs, comme philosophie de services, « *allient les thérapies actives et de soutien moral en vue de soulager et d'aider le patient et sa famille qui font face à une maladie mortelle, et ce, pendant la maladie et le deuil.*

*Les services palliatifs s'efforcent de répondre aux attentes et aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de sa famille tout en demeurant sensibles à leurs valeurs, leurs croyances et leurs pratiques personnelles, culturelles et religieuses. [Ils] peuvent être dispensés conjointement à une thérapie visant à atténuer ou guérir une maladie.*

*Les services palliatifs sont prévus et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire qui comprend le patient et sa famille, les fournisseurs de services et les soignants. Le patient et sa famille devraient pouvoir en bénéficier à n'importe quel moment pendant la maladie et le deuil.*

*Pour que les services palliatifs soient efficaces, il est indispensable de permettre aux soignants et aux fournisseurs de services de bénéficier de soutien pour les aider à surmonter les émotions et le deuil dus aux services qu'ils dispensent. »*

Selon l'AQSP, l'action des intervenants doit reposer sur des valeurs et des convictions à l'égard de la personne, de la maladie, etc. Elle énonce donc certains **principes** liés à la notion de services palliatifs :

«

- ◆ *la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique;*
- ◆ *la très grande valeur de la vie et le caractère naturel de la mort;*
- ◆ *la qualité de la vie telle que définie par la personne concernée comme l'élément moteur de services ;*
- ◆ *la dignité de chaque personne et son droit d'être soulagée, d'être respectée dans son identité, son intégrité, son intimité et son autonomie;*
- ◆ *la maladie et le mourir comme une étape de vie où le potentiel de réalisation de chacun doit être soutenu et valorisé;*
- ◆ *le droit pour tout patient d'être informé selon ses besoins et ses désirs sur tout ce qui le concerne;*
- ◆ *l'autorité de la personne en regard de la divulgation à des tiers de toute information le concernant;*
- ◆ *la compassion des intervenants comme attitude essentielle à la présence, à l'écoute et à l'action en communion à la souffrance d'un patient ou d'un proche. »*

**ANNEXE B**  
**SUGGESTIONS DE THÈMES DE BASE À ABORDER**  
**AU COURS D'UNE FORMATION EN SERVICES PALLIATIFS**

1. Se familiariser avec la **philosophie d'intervention** des services palliatifs.

Comprendre les implications personnelles, sociales et familiales du mourir et le concept de continuité des services.

- ◆ Favoriser l'implication du client.
- ◆ Faciliter l'intégration de la famille dans l'équipe d'intervention.

2. Se donner des **valeurs** et des **principes** propres aux services palliatifs:

3. Réaliser une **réflexion personnelle** sur la mort.

4. Discuter de la **communication** avec le client et ses proches.

5. Comprendre la notion de **deuil**.

6. Identifier et faire connaître les **indicateurs cliniques** qui déterminent le moment approprié pour proposer l'approche palliative.

7. Apprivoiser la **terminologie** utilisée en services palliatifs.

8. Aborder la notion de **soins de confort**.

9. Augmenter ses connaissances et ses habiletés face au **soulagement global de la souffrance et des symptômes** de la personne : l'intégration de l'approche globale et des thérapies disponibles sur place dans l'évaluation, la prévention et le soulagement de la douleur biopsychosociale en vue de la poursuite des activités significatives en fin de vie.

- a) Reconnaître les différents **types de douleur** et se familiariser avec leurs traitements.
- b) Revoir les principaux **analgésiques** et co-analgésiques.
- c) Revoir les principes de base dans **l'administration de la médication**.
- d) Reconnaître les **symptômes dépressifs et anxieux** chez la personne en phase palliative.

10. Reconnaître les **situations d'urgence** et décrire leur traitement.

#### 4. SUITES DE LA PRÉSENTE DÉMARCHE

Les suites à donner suivantes sont à envisager afin de favoriser le succès de la présente démarche.

- ◆ Recevoir du feedback de la direction de l'administration de programmes du secteur SADPA face aux propositions énoncées dans le présent document.
- ◆ Présenter ce document aux ASI et aux ACP afin de recevoir leur feedback et de les informer des suites envisagées.
- ◆ Présenter ce document aux différents groupes d'intervenants pour recevoir leur feedback et les informer des suites envisagées.
- ◆ Partager l'information sur les champs de compétences des intervenants afin de valider l'instrument 2.6 : Guide pour la composition de l'équipe multidisciplinaire.
- ◆ Créer un comité consultatif regroupant différents intervenants du secteur SADPA afin qu'ils identifient les besoins de formation des intervenants concernant les services palliatifs et qu'ils conçoivent un cahier de bord propre à l'ensemble des intervenants en services palliatifs du CLSC de La Région-Sherbrookoise.
- ◆ Dans le cadre du projet de recherche accepté en avril 2002, identifier les contenus, les stratégies et les critères d'évaluation des formations en interdisciplinarité.
- ◆ Réfléchir sur la possibilité de faire du « coaching » auprès des ASI et des ACP afin de les aider à exercer leur rôle d'animateur lors des rencontres multidisciplinaires.
- ◆ Se donner un plan d'action pour l'implantation d'un modèle d'intervention spécifiant les responsabilités, le calendrier, etc.
- ◆ Prévoir un budget pour la formation des intervenants sur l'interdisciplinarité et sur les services palliatifs.

## *À PROPOS DU DOCUMENT*

---

Ce document est issu de travaux de maîtrise. Il comporte trois sections majeures.

- 1) On y décrit le fonctionnement d'équipes de zone au soutien à domicile (mission CLSC).
- 2) On propose divers instruments visant à supporter le fonctionnement des équipes multidisciplinaires.
- 3) On énonce diverses recommandations pour améliorer les pratiques multidisciplinaires.

Ce travail vise à supporter la mise en application de bonnes pratiques en matière de collaboration interprofessionnelle.

## *À PROPOS DE L'AUTEURE*

---

Karine Girard est actuellement agente de planification, de programmation et de recherche au Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Elle y avait mené ses travaux de maîtrise sur la collaboration interprofessionnelle en soins palliatifs en 2002.

Elle participe à divers projets et à diverses formations en matière de collaboration interprofessionnelle.

## *À PROPOS DU CIRE...*

---

La composante CLSC du Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a créé une direction au sein de l'établissement afin de soutenir et coordonner la mission d'enseignement et de recherche en favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances. Cette direction porte le nom de « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE). À cette direction s'est ajoutée, en 2002, une direction scientifique de la recherche qui relève de la direction générale, mais collabore au quotidien avec le CIRE. Le rôle de cette direction est d'assurer un leadership scientifique au niveau du développement de la recherche.

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert des connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.