

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation de la compétence dans les soins palliatifs

Ce recueil de sujets prioritaires et d'éléments clés pour l'évaluation a été compilé par le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence dans les soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) de 2013 à 2016. Elle présente ce qu'il faut évaluer pour déterminer l'atteinte de la compétence au niveau des compétences avancées en utilisant l'approche classique du CMFC qui consiste à définir les sujets prioritaires, les habiletés techniques et leurs éléments clés.

Le but de ces sujets prioritaires et éléments clés consiste à encadrer l'évaluation des compétences requises pour l'attribution d'un Certificat de compétence additionnelle (CCA) aux résidents inscrits aux programmes de compétences avancées et aux candidats admissibles par la voie de la pratique ; et fournir des renseignements pour développer le cursus et la formation.

En utilisant ce document, il est primordial de ne pas oublier que les sujets prioritaires et les éléments clés qui y figurent ne représentent pas la totalité du champ de pratique du domaine en question. Il n'est pas non plus une liste de vérification pour déterminer la compétence. Ils sont plutôt un guide pour cibler un échantillonnage de la performance. Lorsqu'un apprenant démontre régulièrement la plupart des éléments clés pour un bon échantillon de sujets prioritaires, l'on peut déduire que la personne est compétente dans ce domaine de soins.

Il ne faut pas non plus oublier qu'en raison de l'énorme chevauchement entre les compétences essentielles requises pour différents sujets prioritaires, nous avons tenté d'éviter la répétition en indiquant les éléments clés sélectivement.

On s'attend à ce que les candidats qui obtiennent le Certificat de compétence additionnelle dans les soins palliatifs aient démontré qu'ils possédaient les compétences de base en médecine familiale, y compris [les six habiletés essentielles](#) et [les habiletés techniques](#).

L'ordre dans lequel les sujets prioritaires sont présentés ne représente pas la fréquence à laquelle les sujets sont apparus dans la validation des sujets, mais plutôt la séquence logique selon laquelle ils doivent être abordés dans le contexte clinique (diffère selon le domaine).

Enfin, le présent est un document en évolution et sera revu et mis à jour régulièrement pour assurer qu'il demeure pertinent.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Comment les sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés

Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences dans les soins palliatifs (6 membres) a joué le rôle de groupe nominal, en générant la première liste de sujets prioritaires par l'intermédiaire d'un sondage suivi de discussions de groupe et de la recherche d'un consensus. Un deuxième sondage réalisé auprès d'un plus grand groupe de médecins de famille (196 récipiendaires ; 33% taux de réponse) représentant l'ensemble du pays a généré indépendamment une deuxième liste.

Les listes de sujets prioritaires générées par le groupe nominal et le plus grand groupe de référence étaient presque identiques, tant du point de vue des sujets nommés que de la priorité assignée (corrélation = 0,83). Une liste définitive des 17 sujets prioritaires a ensuite été dressée.

Cette approche a été utilisée pour élaborer et finaliser tous les sujets, soit quatre itérations de commentaires individuels, de discussions et de recherche du consensus.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Comment utiliser ces sujets prioritaires et éléments clés

Il est important de noter que le contenu de ce document est intentionnellement sélectif et non exhaustif, conformément aux exigences du processus d'évaluation. Il est plus souhaitable et utile d'évaluer ce qui distingue le mieux les personnes compétentes de celles qui le sont moins. Les sujets prioritaires ne représentent pas une longue liste de ce qui devrait être couvert pendant la formation, mais plutôt une liste sélective des domaines d'évaluation qui peut aider les enseignants/évaluateurs à évaluer la compétence globale dans les soins palliatifs. Les éléments clés représentent les démarches cruciales, ou essentielles, dans la résolution d'une situation ou d'un problème clinique ; on peut donc conclure si l'apprenant a atteint les compétences sous-jacentes ou non. Tous les éléments clés sont des actes observables ; ils ne sont pas de simples connaissances. Ils ne couvrent pas toutes les démarches nécessaires (p. ex., anamnèse, examen, diagnostic, prise en charge), mais seulement celles jugées critiques et dont les apprenants manquent le plus souvent.

Par conséquent, les sujets prioritaires et leurs éléments clés ne doivent pas être utilisés comme une liste de vérification pour évaluer la compétence. Ils sont le plus utile lorsqu'ils guident les efforts d'évaluation (échantillonnage, observation, réflexion) au fil du temps afin de déterminer s'il y a compétence ou non. Ils peuvent aussi être utiles dans les situations suivantes :

Pour les apprenants :

- Utiliser pour guider l'auto-réflexion sur la compétence et pour développer un plan d'apprentissage, particulièrement avant et durant les expériences cliniques.
- Utiliser comme guide pour solliciter les commentaires auprès des enseignants ou examinateurs.

Pour les enseignants ou examinateurs :

- Comparer le contenu de ce document à ses stratégies d'évaluation et faire les ajustements nécessaires
- Utiliser comme guide pour l'évaluation des apprenants, y compris pour donner de commentaires, développer les questions à poser aux apprenants et pour rédiger les feuilles de route.
- Utiliser comme guide pour formuler les plans d'apprentissage pour vos apprenants.

Pour les programmes :

- Utiliser comme normes d'évaluation pour déterminer si le résident a réussi le programme de formation ou non
- Utiliser pour guider l'élaboration de stratégies d'évaluation.
- Utiliser pour guider la planification d'un cursus qui fournira aux apprenants une exposition adéquate aux sujets prioritaires et habiletés techniques.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences dans les soins palliatifs

Bruce Doulton, CCMF (SP)

Jeff Myers, CCMF (SP)

Dori Seccareccia, CCMF (MU)(SP)

Golda Tradounsky, CCMF (SP)

Cornelius Woelk, CCMF (SP), FCMF

Doreen Oneschuk, CCMF (SP) - *enseignant clinicien*

Nous remercions en particulier Dr Tim Allen, ancien directeur de la Certification et de l'Évaluation, pour ses conseils et sa contribution inestimables à ce projet.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujets prioritaires

1. [Douleur](#)
2. [Famille](#)
3. [Planification préalable et objectifs des soins](#)
4. [Travail en équipe](#)
5. [Nausée/vomissements/occlusion intestinale](#)
6. [Mort imminente](#)
7. [Désespoir et souffrance](#)
8. [Ressources communautaires](#)
9. [Dyspnée](#)
10. [Délirium](#)
11. [Anxiété et dépression](#)
12. [Sédation palliative](#)
13. [Maintenir le bien-être du clinicien](#)
14. [Urgences](#)
15. [Aide médicale à mourir](#)
16. [Anorexie/cachexie/nutrition/fatigue](#)
17. [Maladie terminale non cancéreuse](#)

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 1 : Douleur

1. Chez un patient en soins palliatifs qui présente de la douleur, évaluer :
 - La douleur (p. ex. intensité, nature, qualificatifs et impact sur la fonction), à l'aide des outils appropriés d'évaluation de la douleur
 - Le type et les origines de la douleur (p. ex. douleur viscérale cancéreuse, douleur osseuse causée par des métastases, douleur neuropathique)
 - La douleur totale (physique, psychologique, spirituelle, sociale, culturelle) chez le patient et sa famille
2. Chez un patient en soins palliatifs traité pour de la douleur, faire un suivi en temps opportun et ajuster le plan de manière appropriée.
3. Chez les patients en soins palliatifs qui présentent de la douleur, identifier ceux qui présentent des facteurs de risque (p. ex. antécédents de toxicomanie, atteinte cognitive, difficultés à communiquer), car ils pourraient nécessiter un plan de prise en charge plus complexe.
4. Chez un patient en soins palliatifs qui présente de la douleur, il faut reconnaître les crises de douleur, afin d'établir le traitement urgent spécifique à la/aux cause(s) sous-jacente(s).
5. Lors de la gestion de la douleur chez un patient en soins palliatifs, y compris les percées de douleur, envisager d'administrer des opioïdes (y compris la méthadone) tels que requis et en ajuster la posologie de manière appropriée.
6. Chez un patient en soins palliatifs dont la douleur est traitée par un opioïde, rechercher, reconnaître et prendre en charge les effets indésirables et les complications liés aux opioïdes, dont la neurotoxicité/l'hyperalgésie induite par les opioïdes.
7. Chez un patient en soins palliatifs qui souffre de douleur compliquée (p. ex douleur osseuse causée par des métastases, douleur neuropathique, syndrome de douleur complexe, douleur réfractaire et douleur incidente), gérer la douleur à l'aide d'approches multiples, dont :
 - Médicaments
 - Options non pharmacologiques, comme la chirurgie, les blocs nerveux et la radiothérapie
 - Expertise des autres professionnels de la santé comme un psychologue, un musicothérapeute, les soins pastoraux, etc.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 2 : Famille

1. Lors des discussions avec la famille des patients en soins palliatifs où il existe des différences d'opinions en matière de soins :
 - a) Reconnaître que les conflits préexistants sont plus difficiles à résoudre
 - b) Étudier les options de traitement, en tenant compte des volontés du patient, et se concentrer sur ce qui est le mieux pour le patient
 - c) Évaluer l'impact potentiel des valeurs et croyances culturelles surtout si elles diffèrent des vôtres
 - d) Reconnaître les différents besoins de la famille et de l'équipe en matière d'information, et reconnaître lorsqu'il y a des divergences (p. ex. la famille ne veut pas que le patient soit informé de la « mauvaise nouvelle » ou du diagnostic)
2. Chez la famille des patients en soins palliatifs, rechercher et identifier les membres qui présentent un risque élevé de détresse grave (p. ex. idées suicidaires) ou de deuil compliqué et faciliter le traitement, le cas échéant.
3. Lorsque le retrait de certains aspects des soins est envisagé chez un patient en soins palliatifs (p. ex. solutés, médicaments) et que cela préoccupe les membres de la famille, répondre aux préoccupations (p. ex. revoir les traitements dans le contexte des objectifs du patient en matière de soins, discuter des options, se concentrer sur ce qui sera fait plutôt que sur ce qui ne sera pas fait).
4. Lors de discussion avec des enfants au sujet de la mort d'un membre de la famille, parler avec douceur et honnêtement dans un vocabulaire approprié à l'âge de l'enfant, et fournir du soutien et des conseils aux parents ou à la famille sur la façon de parler de la mort à un enfant.
5. Lorsqu'un enfant sous vos soins meurt ou est mourant, anticiper une forte réaction émotionnelle de la part des parents, de la famille et de l'équipe de soins, vous y compris, et prévoir le soutien approprié.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 3 : Planification préalable et objectifs des soins

1. Chez un patient en soins palliatifs, établir les objectifs de soins du patient en fonction de ses valeurs et de ses croyances en :
 - Abordant la façon dont le patient comprend sa maladie
 - Examinant le pour et le contre des options offertes, qui pourraient être disponibles, ou que le patient souhaite approfondir
 - Aidant le patient à établir ou à changer ses priorités, et en traduisant ces priorités en décisions pratiques sur le traitement et les autres soins
 - Aidant à recadrer l'espoir et le sens de la vie face à la fin de vie
2. Dans les situations plus complexes en soins palliatifs (p. ex. chez un patient ou un mandataire de culture ou de croyances différentes, lorsqu'il y a conflit entre les membres de la famille), aider à établir efficacement les objectifs de soins à l'aide d'aptitudes de communication centrée sur le patient (p. ex. écoute active, être attentif aux comportements non verbaux) pour résoudre toute méésentente ou tout conflit.
3. Lorsqu'il y a des transitions dans la maladie d'un patient en soins palliatifs (p. ex. changement de lieu de soins, traitement, volontés du patient), revoir activement les objectifs de soins en compagnie du patient et de sa famille.
4. Lorsqu'un patient en soins palliatifs a énoncé des directives préalables en matière de soins, toujours valider ces directives avec le patient et la famille avant de les mettre en application, car les situations et les préférences peuvent changer.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 4 : Travail en équipe

1. Lorsque les soins sont offerts par une équipe interprofessionnelle, faire appel aux compétences en communication et professionnelles pour développer et faciliter l'efficacité et la productivité de l'équipe et veiller à ce que le médecin de famille ayant instauré les soins et ayant fait la demande de consultation continue d'être impliqué.
2. Lorsque la composition de l'équipe change, ne pas tenir pour acquis que les fonctions resteront les mêmes, et déployer plus d'effort pour intégrer les nouveaux membres, afin de développer des relations saines entre les membres de l'équipe et optimiser le fonctionnement de l'équipe.
3. Lorsque les conflits, la discorde et les émotions sont exacerbés au sein de l'équipe, éviter de se sentir personnellement visé et participer à un dialogue calme, constructif et respectueux afin d'apaiser les tensions, tout en faisant participer tous les membres de l'équipe au processus.
4. Pour tous les patients et toutes les familles en soins palliatifs, faire appel à une approche d'équipe/de collaboration proactive (p. ex. changements anticipés de l'état clinique, problèmes psychosociaux) autant que possible (c.-à-d. ne pas limiter l'approche collaborative aux cas problématiques ou difficiles).
5. Lorsque d'autres équipes ou personnes participent aux soins d'un patient, réduire la confusion en clarifiant et en consignait clairement les plans thérapeutiques.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 5 : Nausée/vomissements/occlusion intestinale

1. Chez un patient en soins palliatifs aux prises avec des nausées et vomissements, faire appel à une approche organisée et approfondie pour en rechercher la (les) cause(s), en fonction de la physiopathologie, en prenant soin de ne pas omettre les causes souvent oubliées (p. ex. anxiété, candidose, causes neurologiques et autres causes non gastro-intestinales).
2. Chez un patient en soins palliatifs aux prises avec des nausées et vomissements, évaluer en vue d'établir la contribution de ces symptômes à la souffrance totale du patient et de sa famille.
3. Chez un patient en soins palliatifs aux prises avec des nausées et vomissements ou une douleur abdominale, faire la différence entre l'occlusion intestinale et la constipation, en prenant une anamnèse appropriée, et en faisant un examen physique et des investigations.
4. Chez un patient en soins palliatifs aux prises avec des nausées et vomissements, en renverser la cause si possible et prendre en charge les symptômes à l'aide notamment d'antiémétiques ou autres médicaments, en fonction de(s) cause(s) physiopathologique(s) et de l'état général du patient (p. ex. tenir compte des comorbidités, des interactions médicamenteuses, des voies d'administration disponibles).
5. Chez un patient en soins palliatifs qui présente une occlusion intestinale :
 - a) Rechercher et reconnaître les indications et les contre-indications du traitement chirurgical
 - b) Inclure le patient et sa famille dans les discussions sur les options disponibles et les résultats escomptés
 - c) Faire participer l'équipe chirurgicale, au besoin
 - d) Administrer les médicaments (p. ex. procinétiques, antispasmodiques, corticostéroïdes) et les stratégies appropriées à la physiopathologie (p. ex., soit occlusion digestive haute de l'intestin grêle ou du gros intestin), si l'occlusion n'est pas prise en charge par la chirurgie.
6. Chez tous les patients en soins palliatifs, rechercher, prévenir et traiter la constipation en administrant des laxatifs et autres médicaments (p. ex. méthylalantrexone en sous-cutanée) de manière appropriée.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 6 : Mort imminente

1. Chez un patient en soins palliatifs dont l'état se détériore, rechercher et reconnaître les signes de mort imminente (p. ex. changements respiratoires, fluctuation de l'état de conscience dont la diminution de l'état de conscience, la baisse de la production urinaire, les marbrures périphériques) afin de pouvoir informer la famille et les intervenants (ou équipe de soins), et d'ajuster le plan de soins en conséquence.
2. Lorsque la mort est imminente, modifier le plan thérapeutique, après en avoir discuté avec le patient, la famille et l'équipe de soins en :
 - Revoyant tous les traitements, y compris les médicaments que le patient ne peut plus avaler, en arrêtant d'administrer ceux qui ne sont plus nécessaires, et en offrant des solutions de rechange appropriées à la situation
 - Traitant les symptômes pouvant causer de la détresse et de la souffrance (p. ex. sécrétions dans les voies respiratoires hautes, douleur, délirium)
3. Lorsque la mort est imminente, informer la famille et les intervenants, et les préparer aux divers signes et symptômes pouvant être troublants et intermittents durant l'agonie (p. ex. changements respiratoires, fluctuation de l'état de conscience et périodes d'agitation, sécrétions bruyantes dans les voies respiratoires hautes), pour qu'ils comprennent mieux et soient mieux préparés pour faire face au processus.
4. Chez un patient qui décède à domicile, veiller à ce que les ressources et la documentation disponibles (p. ex. ordonnance de non-réanimation, dispositions pour le transport du corps après le décès) soient en place.
5. Lorsque la mort est imminente, offrir à la famille le soutien approprié durant le processus, tout en honorant et en suivant les rituels culturels avant et après le décès, et en appuyant les membres de la famille durant le deuil en fonction de leurs préférences et de leurs besoins (p. ex la présence du médecin peut être souhaitable ou non).

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 7 : Désespoir et souffrance

1. Chez un patient en soins palliatifs qui souffre ou qui est au désespoir, ne pas tenir pour acquis que sa souffrance est exclusivement physique, mais évaluer aussi tous les autres domaines (psychologique, spirituel, social, culturel), afin d'évaluer la douleur totale vécue par le patient et de déterminer les stratégies de prise en charge possibles.
2. Chez un patient en soins palliatifs qui souffre ou qui est au désespoir, évaluer afin d'éliminer la dépression majeure ou les autres troubles de l'humeur.
3. Chez un patient en soins palliatifs qui souffre ou qui est au désespoir, parler aux membres de la famille :
 - Ils pourraient aussi être désespérés
 - La grande préoccupation du patient est souvent le bien-être de sa famille et de ses proches
4. Chez un patient en soins palliatifs qui souffre ou qui est au désespoir, incorporer dans la prise en charge tous les domaines de la souffrance (physique, psychologique, spirituel, social, culturel) en :
 - Faisant appel aux ressources disponibles (p. ex. travail social, soins pastoraux, bénévoles, personnel infirmier, membres de la famille, thérapie de la dignité) dans une approche globale pour composer avec les différents domaines et la souffrance
 - Ayant recours aux aptitudes de communication pour maintenir une relation étroite avec le patient, aider le patient à maintenir sa dignité malgré le désespoir et la souffrance, recevoir les demandes ou les besoins précis (p. ex., demande d'accélérer la mort, changer les médicaments) et y répondre

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 8 : Ressources communautaires

1. Durant le suivi d'un patient en soins palliatifs non hospitalisé, faire appel aux ressources communautaires disponibles pour soutenir les patients et leur famille de manière optimale, intégrée et efficace.
2. Lors de la planification des soins de fin de vie à domicile pour un patient, prévoir que les soins dans un autre établissement (p. ex. établissement de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, hôpital) pourraient être nécessaires et s'assurer que la transition se fasse en douceur pour réduire au minimum l'inconfort du patient et/ou de la famille.
3. Lors de la planification des soins à domicile pour un patient recevant des ressources communautaires, veiller à ce que les rôles, les tâches et les responsabilités des divers membres de l'équipe de soins soient appropriés pour chaque intervenant, et qu'ils soient bien compris par le patient, la famille et les intervenants.
4. Durant le suivi d'un patient en soins palliatifs recevant des services des ressources communautaires, veiller à la bonne communication entre tous les aidants et les intervenants, y compris le médecin de famille, pour assurer des soins concertés et coordonnés.
5. Durant le suivi à domicile d'un patient en fin de vie, veiller à ce que la famille et les aidants connaissent et puissent avoir accès à des services de soutien aux personnes en deuil.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 9 : Dyspnée

1. Chez un patient en soins palliatifs qui est essoufflé, évaluer pour établir :
 - La/les cause(s) sous-jacente(s) de la dyspnée, en portant une attention particulière aux causes qui pourraient être réversibles, et de manière appropriée au contexte clinique et aux objectifs de soins du patient
 - La douleur totale du patient, de la famille et des aidants liée à la dyspnée
2. Chez un patient en soins palliatifs qui a de la dyspnée, rechercher et reconnaître les degrés de détresse exigeant une intervention immédiate et une attention constante ou une réévaluation.
3. Chez un patient en soins palliatifs qui a de la dyspnée, pour lequel les causes sous-jacentes ont été ou sont en voie d'être identifiées, prendre en charge la dyspnée de manière appropriée au contexte clinique et aux objectifs de soins du patient en :
 - Voyant au soulagement symptomatique de l'essoufflement à l'aide de moyens médicaux et non médicaux, y compris le soutien psychosocial pour le patient et la famille
 - Traitant la cause ou l'affection sous-jacente (p. ex. insuffisance cardiaque, anxiété et comorbidités)
 - Ne mettant pas fin au traitement médical sous-jacent de base si celui-ci apporte toujours un bienfait au patient
 - Administrant les opioïdes de manière appropriée afin de prendre en charge la dyspnée ; composant efficacement avec les préoccupations et l'anxiété du patient, de la famille ou des collègues au sujet du recours aux opioïdes dans cette situation
4. Chez un patient en soins palliatifs qui a de la dyspnée (dyspnée aiguë ou chronique), prendre en charge l'anxiété de manière adéquate, à l'aide de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 10 : Délirium

1. Chez un patient en soins palliatifs dont la fonction cognitive change, évaluer afin de distinguer le délirium (hyperactif, hypoactif, ou mixte) de la démence et de la dépression, et reconnaître les tableaux cliniques superposés (p. ex. délirium superposé à une démence préexistante).
2. Chez un patient dont la fonction cognitive décline (p. ex., qui répond moins, qui est silencieux, qui dort plus), surtout ceux traités pour de la douleur, rechercher et reconnaître le délirium hypoactif :
 - Ne pas présumer qu'il s'agit de dépression
 - Ne pas présumer qu'il s'agit d'une simple évolution de la maladie sous-jacente
3. Chez un patient en soins palliatifs qui présente un délirium, évaluer pour établir la cause et la réversibilité potentielle de manière appropriée au contexte clinique et aux objectifs de soins du patient :
 - Ne pas sous-investiguer en presumant que le délirium du patient est terminal, avant d'éliminer les causes réversibles
 - Ne pas surinvestiguer lorsqu'il est établi que le délirium du patient est un événement terminal
4. Chez un patient qui présente un délirium (réversible ou non), prendre en charge les symptômes efficacement en :
 - Tenant compte de la souffrance totale du patient, de la famille et de l'équipe de soins causée par le délirium
 - Traitant les symptômes de délirium hyperactif de manière urgente afin d'éviter d'autres préjudices (p. ex. agressivité, risque de chutes, détresse psychologique)

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 11 : Anxiété et dépression

1. Chez tous les patients en soins palliatifs, évaluer la présence d'anxiété ou de dépression, en portant attention aux symptômes ou aux tableaux cliniques non classiques, tels que la somatisation, le besoin croissant de médicament ou la modification du comportement.
2. Lorsqu'un patient en soins palliatifs semble être déprimé :
 - a) Ne pas tenir pour acquis qu'il s'agit d'une réaction inévitable à la fin de la vie
 - b) Évaluer méthodiquement pour déterminer si un diagnostic clinique de dépression est présent
 - c) Éliminer les autres diagnostics, tels que le délirium hypoactif, l'hypothyroïdie, un trouble d'adaptation ou une détresse existentielle
 - d) Évaluer le risque suicidaire
3. Chez un patient en soins palliatifs qui est dépressif, instaurer le traitement tôt, en faisant appel à des moyens non pharmacologiques et pharmacologiques, selon l'indication.
4. Chez un patient en soins palliatifs qui est dépressif et traité par des médicaments, choisir l'antidépresseur en tenant compte :
 - De ses effets probables (bénéfiques ou aggravants) sur les autres symptômes présents chez le patient (p. ex. anxiété, douleur neuropathique, nausée, anorexie)
 - Des interactions avec les autres médicaments
 - Des indications et contre-indications à l'emploi des psychostimulants
5. Lorsqu'un patient en soins palliatifs semble être anxieux :
 - a) Éliminer les autres diagnostics, tels que les symptômes physiques non contrôlés
 - b) Évaluer méthodiquement pour déterminer un diagnostic clinique de trouble d'anxiété sous-jacent (p. ex. trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif)
6. Lorsqu'un patient en soins palliatifs manifeste des symptômes physiques intenses ou persistants (p. ex. douleur, nausée, dyspnée), évaluer l'anxiété comme un facteur potentiellement contribuant aux symptômes du patient.
7. Chez un patient en soins palliatifs qui nécessite un traitement pharmacologique contre l'anxiété :
 - a) Envisager les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), les antipsychotiques atypiques et les benzodiazépines, en fonction de la situation clinique et des objectifs de soins
 - b) Utiliser les benzodiazépines judicieusement :
 - Pour éviter les complications liées à l'emploi prolongé et excessif
 - Dans les populations à risque élevé (p. ex. personnes âgées, démence)

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 12 : **Sédation palliative**

1. Chez un patient en soins palliatifs pour qui le traitement par la sédation palliative est envisagé :
 - a) Évaluer le caractère intolérable des symptômes et la contribution de ces derniers à la douleur totale (physique, psychologique, sociale et spirituelle)
 - b) Évaluer si les symptômes sont réfractaires à l'aide d'une évaluation exhaustive et la gestion des symptômes en faisant appel à toutes les modalités et à tous les professionnels de la santé disponibles, et en tenant compte de tous les domaines de soins (physique, psychologique, social et spirituel)
 - c) Déterminer si un traitement plus poussé (p. ex. ajout de médicaments non sédatifs, radiothérapie contre les métastases au cerveau) entraînerait des effets indésirables excessifs ou intolérables
 - d) Éduquer le patient, la famille et l'équipe de soins sur les différences entre le traitement par la sédation palliative et l'aide médicale à mourir
2. Chez un patient pour lequel le traitement par la sédation palliative est envisagé, avant d'instaurer le traitement, obtenir une deuxième opinion d'une source appropriée pour revoir la décision et s'assurer que rien n'a été oublié (p. ex. cause réversible du délirium manquée, dépression non traitée).
3. Chez un patient pour qui le traitement de sédation palliative est envisagé, veiller à concilier tous les éléments des soins (p. ex. niveau de soins, hydratation, nutrition) et les objectifs de soins.
4. Lorsqu'il a été déterminé que la sédation palliative est la stratégie de soin la plus appropriée, et que le patient ou son mandataire y a consenti :
 - a) Administrer et ajuster proportionnellement la dose d'antipsychotiques sédatifs et de benzodiazépines pour obtenir la sédation voulue afin de traiter efficacement les symptômes intolérables et réfractaires
 - b) Éviter d'administrer des médicaments inappropriés (p. ex. opioïdes et halopéridol) aux fins de sédation
 - c) Surveiller régulièrement le patient et revoir le plan avec l'équipe de soins et la famille afin de répondre à toutes les préoccupations (ou inquiétudes)
 - d) Poursuivre le traitement approprié des symptômes (p. ex. opioïdes contre la douleur ou la dyspnée)

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 13 : **Maintenir le bien-être du clinicien**

1. Lorsqu'il prodigue des soins palliatifs, le clinicien doit prendre soin de lui-même tout en choisissant attentivement les moments où il importe de placer les besoins du patient devant ses propres besoins.
2. Lorsque l'on prodigue des soins palliatifs, s'autoévaluer régulièrement, et solliciter et accepter les commentaires constructifs de ses pairs quant aux comportements observés pouvant indiquer la présence de stress ou de surmenage.
3. Lorsqu'il prodigue des soins palliatifs, si l'humeur ou les comportements du clinicien indiquent un risque d'épuisement ou de stress, obtenir de l'aide et mettre de l'avant les stratégies visant le bien-être (p. ex. partager avec les collègues et l'équipe, ajuster son horaire).
4. En présence d'une réaction bouleversante à une situation durant le suivi d'un patient en soins palliatifs, garder son calme et tenir compte du fait que sa réponse pourrait être influencée par ses propres expériences à l'égard de la mort.
5. Après un incident majeur pouvant menacer le bien-être du clinicien (p. ex. décès d'un enfant, conflits majeurs, échecs perçus), obtenir activement soutien et conseils.
6. Lorsque l'humeur ou le comportement d'un collègue ou d'un membre de l'équipe de soins évoque la présence de stress ou de surmenage, amorcer un échange constructif et honnête pouvant contribuer à corriger la situation.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 14 : Urgences

1. Durant le suivi d'un patient en soins palliatifs, anticiper les urgences probables (p. ex. délirium, compression de la moelle épinière, crise convulsive, hémorragie majeure), et planifier les mesures à prendre en consultation avec le patient et/ou la famille pour composer avec ces urgences possibles, et ce, tout en respectant les objectifs de soins.
2. Lors de l'évaluation d'un patient en soins palliatifs, reconnaître les éléments cliniques (p. ex. symptômes, signes, investigations appropriées) indiquant le début d'une situation d'urgence pouvant exiger une modification du plan de soins.
3. Après qu'une urgence ou qu'une crise en soins palliatifs ait été identifiée, gérer la situation efficacement et avec compassion, en tenant compte du caractère réversible ou irréversible des causes sous-jacentes et des objectifs de soins du patient.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 15 : Aide médicale à mourir

1. Lorsqu'un patient ou un membre de la famille s'informe au sujet de l'aide médicale à mourir ou en fait la demande, étudier en détail les raisons pouvant justifier la demande et aider à trouver un terrain d'entente en :
 - Clarifiant tous les éléments de la douleur totale (patient et famille)
 - Évaluant la présence de dépression
 - Priorisant les volontés du patient tout en reconnaissant les préoccupations de la famille
2. Lorsque des inquiétudes sont soulevées, soit par le patient, soit par les membres de la famille ou les membres de l'équipe de soins, selon lesquelles le traitement palliatif pourrait intentionnellement ou non, précipiter la mort, étudier les raisons qui justifient ces préoccupations et tenter de trouver un terrain d'entente quant aux soins en cours en :
 - Examinant la douleur totale, y compris les craintes ou perceptions au sujet du traitement actuel
 - Revoyant les objectifs de soins, selon les volontés du patient afin de mieux comprendre l'intention du plan thérapeutique, y compris de la sédation palliative
3. Lorsqu'un patient demande une discussion sur l'aide médicale à mourir, en parler en profondeur avec le patient et/ou sa famille ou, dépendant de ses propres croyances, le référer à un collègue qui pourra avoir cette discussion.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 16 : Anorexie/cachexie/nutrition/fatigue

1. Chez tous les patients en soins palliatifs, évaluer précocement la présence d'anorexie ou de cachexie non signalée et les facteurs pouvant y contribuer, car elle peut être une source de grande détresse pour le patient et sa famille/et pour les intervenants.
2. Chez un patient en soins palliatifs qui est anorexique, cachectique et/ou fatigué, formuler un plan de prise en charge qui inclut :
 - Les investigations qui cadrent avec les objectifs de soins visant à éliminer les causes réversibles
 - L'éducation du patient et des soignants quant à la normalité de ces symptômes dans ces circonstances
 - La réconciliation, autant que possible, des attentes du patient et de celles du soignant pour réduire la culpabilité et la tension en matière d'apport alimentaire
 - Des conseils sur l'alimentation et le traitement des symptômes qui répond aux objectifs de soins du patient
 - De préciser que le traitement des symptômes sera toujours offert au patient atteint d'une maladie terminale grave, quoique la prise en charge énergique pour tenter de renverser l'anorexie/la cachexie/la fatigue soit habituellement inutile ou ne soit pas indiquée dans cette situation
3. Chez tous les patients en soins palliatifs, encourager et faciliter l'activité régulière en fonction de la tolérance du patient (y compris les exercices sans mise-en-charge) comme stratégie de prévention ou de réduction de la fatigue.
4. Chez les patients anorexiques ou cachectiques, en fin de vie, faire appel à une approche centrée sur le patient pour discuter du moment d'arrêt des suppléments, de l'alimentation artificielle et de la nutrition parentérale.

SOINS PALLIATIFS

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences

Avril 2017

Sujet prioritaire 17 : **Maladie non cancéreuse**

1. Chez les patients atteints d'une maladie chronique non-cancéreuse évolutive (p. ex. cardiaque, pulmonaire, rénale), évaluer s'il y a présence de problèmes palliatifs (p. ex. douleur, dyspnée) tout en reconnaissant que la trajectoire de la maladie et le pronostic sont plus variables et plus difficiles à prédire que ceux des maladies cancéreuses.
2. Chez les patients atteints d'une maladie chronique non-cancéreuse évolutive, instaurer tôt la discussion sur la planification préalable des soins et les objectifs de soins, et faciliter l'accès aux ressources de soins palliatifs disponibles.
3. Lors du suivi d'un patient atteint d'une maladie non-cancéreuse en fin de vie, continuer d'optimiser le traitement de la maladie sous-jacente (p. ex. certains médicaments doivent continuer à être administrés, certains autres arrêtés), et offrir la prise en charge additionnelle des symptômes palliatifs.
4. Lors du suivi d'un patient atteint d'une maladie non-cancéreuse en fin de vie, faire appel à une approche palliative en prescrivant de manière appropriée les médicaments comme les opioïdes contre la douleur et la dyspnée, en ajustant au besoin en fonction de la maladie sous-jacente (p. ex. insuffisance rénale ou hépatique, nausée dans la maladie de Parkinson).
5. Lors du suivi d'un patient atteint d'une maladie non-cancéreuse en fin de vie, encourager la communication entre tous les professionnels de la santé et aidants, afin d'assurer des soins concertés et coordonnés.