

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation de la compétence dans les soins aux personnes âgées

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 aux personnes âgées 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 aux personnes âgées 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 AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

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 aux personnes âgées (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 (212 récipiendaires ; 19% 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 = 0,68). Une liste définitive des 18 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 AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

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 aux personnes âgées. 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 AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences dans les soins aux personnes âgées

Marcel Arcand CCMF, FCMF

Lesley Charles CCMF (SPA)

Sidney Feldman CFMF (SPA), FCMF

Chris Frank CCMF (SPA), FCMF

Robert Lam CCMF (SPA), FCMF

Pravinsagar Mehta CCMF (SPA), FCMF

*Doreen Oneschuk CCMF (SPA) - 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 AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujets prioritaires

1. [Affections médicales](#)
2. [Déficit cognitif](#)
3. [Prescrire de manière appropriée](#)
4. [Chutes et problèmes de mobilité](#)
5. [Équipes](#)
6. [Communication](#)
7. [Continuum/spectre de fragilité](#)
8. [Prise de décisions et capacité](#)
9. [Soutien pour les familles et pour les soins informels](#)
10. [Soins dans différents contextes](#)
11. [Organisation des soins en faisant appel aux ressources communautaires](#)
12. [Planification préalable des soins et objectifs de soins](#)
13. [Soins de fin de vie](#)
14. [Dépression/anxiété](#)
15. [Délirium](#)
16. [Incontinence urinaire](#)
17. [Enjeux liés à la conduite automobile](#)
18. [Douleur](#)

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 1 : Affections médicales

1. Lors de l'évaluation d'un patient âgé :
  - a) Tenir compte des conditions spéciales pouvant nécessiter de l'aide ou une intervention pour assurer que l'anamnèse est complète et exacte (p. ex. troubles auditifs, barrière de la langue, différences culturelles, troubles d'élocution, déficit cognitif)
  - b) Obtenir et intégrer l'information collatérale (avec le consentement du patient) lorsque cela est approprié pour aider à évaluer la situation médicale du patient
2. Lors de l'évaluation d'un patient âgé, inclure les tableaux cliniques atypiques des maladies dans le diagnostic différentiel.
3. Chez un patient âgé, ajuster les soins préventifs à l'âge, à l'autonomie fonctionnelle et à l'espérance de vie du patient (p. ex. cancer et dépistage du cholestérol, chutes et prévention des fractures).
4. Lors de l'évaluation et de la prise en charge d'une affection médicale chez un patient âgé, tenir compte de la contribution et des répercussions des comorbidités, de la fragilité et de l'autonomie fonctionnelle, puisque ces éléments peuvent contribuer aux résultats cliniques, au pronostic, à la longévité et aux choix et préférences thérapeutiques du patient.
5. Chez un patient âgé, reconnaître les affections médicales (p. ex. hypertension systolique/hypotension orthostatique, diabète, fibrillation auriculaire, troubles thyroïdiens) qui exigent une attention particulière ou une prise en charge unique.
6. Lors du suivi d'un patient âgé qui présente de nombreuses comorbidités :
  - a) Prioriser les affections médicales qui doivent être évaluées et prises en charge immédiatement, en fonction des objectifs du patient
  - b) Reconnaître que les recommandations des lignes directrices spécifiques à la maladie pourraient ne pas s'appliquer et pourraient même accroître la probabilité de problèmes, comme les tests excessifs et la polypharmacie
  - c) Veiller à ce que le traitement d'une affection n'en aggrave pas une autre
7. Lors du suivi d'un patient âgé :
  - a) Reconnaître que la détérioration peut survenir rapidement
  - b) Répondre rapidement pour réduire le risque à long terme d'incapacité fonctionnelle, de morbidité et de mortalité
8. Chez les patients âgés en déclin fonctionnel qui ont le potentiel de s'améliorer :
  - a) Envisager une approche de réadaptation
  - b) Faire appel aux ressources communautaires pour réinsérer la personne âgée dans la vie communautaire après une hospitalisation ou une réadaptation interne

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 2 : Déficit cognitif

1. Chez un patient âgé pour lequel on s'inquiète de la présence de problèmes de mémorisation, déterminer le degré de déficit cognitif et l'impact fonctionnel en :
  - a) Obtenant une anamnèse structurée (p. ex. symptômes neurocomportementaux, caractéristiques cognitives et impact fonctionnel)
  - b) Incluant les sources connexes (avec le consentement du patient)
2. Chez un patient âgé pour lequel on s'inquiète de la présence de problèmes de mémorisation, faire la différence entre le vieillissement normal, le déficit cognitif léger et la démence.
3. Chez un patient âgé pour lequel les problèmes de mémorisation sont reconnus comme les effets du vieillissement normal :
  - a) Éviter la surinvestigation
  - b) Formuler un plan de suivi avec le patient
4. Chez un patient âgé atteint d'un déficit cognitif léger, en établir le degré sur le spectre.
5. Chez un patient âgé dont le comportement a changé ou qui présente d'autres indices difficiles à discerner (p. ex. incertitude à l'égard d'événements récents, modification de l'hygiène personnelle ou de l'observance du traitement médicamenteux, inquiétudes de la famille, dysphasie) :
  - a) Inclure le déficit cognitif dans le diagnostic différentiel
  - b) Évaluer à l'aide de tests cognitifs objectifs lorsque cela est approprié
6. Chez un patient âgé dont la démence s'aggrave, évaluer de manière appropriée afin d'éliminer le délirium et la dépression.
7. Chez un patient âgé qui manifeste des problèmes cognitifs ou de mémorisation, éliminer les facteurs rémédiabiles (p. ex. malnutrition, maladie thyroïdienne, carence en vitamine B, hématome sous-dural évolutif, hydrocéphale à pression normale, autres troubles métaboliques).
8. Chez un patient âgé atteint de démence, investiguer de manière sélective, en fonction des lignes directrices acceptées et du contexte du patient, afin de déterminer le type de démence (c.-à-d. Alzheimer, mixte, vasculaire, à corps de Lewy, fronto-temporal, autre) dont il est atteint.
9. Lorsque la démence d'un patient âgé est atypique (p. ex. patient moins âgé, évolution rapide, manifestations neurologiques focales, réfractaires ou réactions indésirables inattendues au traitement),
  - a) Revoir la fiabilité du diagnostic de travail actuel
  - b) Envisager d'obtenir une deuxième opinion
10. Chez un patient âgé suivi pour la démence, éviter la décompensation ou les crises inattendues en s'informant activement :
  - Des comportements
  - Des symptômes psychologiques ou psychiatriques

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

- Des questions de sécurité et des risques (p. ex. conduite automobile, violence, errance, sécurité dans la cuisine, risques professionnels et sociaux)
11. Chez un patient âgé ayant récemment reçu un diagnostic de démence, parler tôt et adéquatement aux soignants et au patient du diagnostic et des options de prise en charge pour veiller à :
    - La planification préalable des soins
    - Utiliser les options pharmacologiques convenables de prise en charge (p. ex. nootropes)
    - Obtenir le soutien social pour le patient et sa famille (p. ex. société Alzheimer, autres organisations communautaires)
  12. Chez un patient âgé atteint de démence évolutive, continuer d'engager activement le patient dans le processus de prise de décision partagée, même si sa capacité continue de décliner.
  13. Chez un patient âgé atteint de démence qui présente des modifications comportementales :
    - a) S'informer de leurs répercussions sur le patient et les soignants
    - b) Évaluer rigoureusement (p. ex. évolution du changement, anamnèse, examen physique et examen du dossier) les causes sous-jacentes des modifications
  14. Durant le suivi d'un patient âgé atteint de démence qui présente des modifications comportementales :
    - a) Corriger et/ou traiter les causes sous-jacentes
    - b) Formuler et mettre en place un plan de prise en charge non pharmacologique en compagnie des soignants et des ressources communautaires
    - c) Utiliser les médicaments de façon mesurée, en réservant les antipsychotiques aux situations d'urgence et aux patients qui présentent une psychose affligeante, une agressivité physique sévère ou de l'agitation ne s'étant pas atténuées sous les méthodes non pharmacologiques
    - d) Envisager aussitôt que possible de réduire graduellement la dose de médicament
  15. Chez les patients atteints de démence légère à modérée :
    - a) Envisager un traitement par un inhibiteur de la cholinestérase chez les patients sans contre-indication (p. ex. bloc cardiaque, bradycardie, syncope, fragilité significative)
    - b) Formuler un plan de suivi pour revoir l'efficacité et les résultats, et les effets indésirables du traitement pour décider en collaboration avec le patient et les soignants s'il faut poursuivre ou arrêter le médicament
  16. Chez les patients âgés atteints de démence grave :
    - a) Décider de poursuivre ou d'arrêter les nootropes après avoir discuté avec des sources corroborantes des bienfaits, des effets indésirables et des objectifs du traitement
    - b) S'il est décidé d'arrêter les médicaments, réduire graduellement la dose en surveillant de près le patient à la recherche d'un déclin cognitif rapide ou inattendu



# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 3 : Prescrire de manière appropriée

1. Lors du suivi d'un patient âgé :
  - a) Vérifier l'observance du traitement et actualiser régulièrement la liste de médicaments, surtout durant les transitions (p. ex. déménagement en soins de longue durée ou diagnostic ou évolution d'une maladie terminale), y compris les médicaments sans ordonnance et en vente libre, et les produits naturels afin de dépister les risques d'interactions, d'effets indésirables, d'usage inapproprié ou les traitements qui ne sont plus indiqués
  - b) Penser à collaborer avec un pharmacien clinique
2. Lorsqu'un patient âgé manifeste un déclin fonctionnel ou des symptômes non explicites, toujours envisager et éliminer la contribution possible de ses médicaments à la situation.
3. Durant le suivi d'un patient âgé, faire appel à une approche méthodique pour prescrire :
  - Arrêter les médicaments qui ne sont plus nécessaires, pourraient être nocifs, ou pourraient interagir avec d'autres médicaments prescrits qui, eux, sont bénéfiques
  - Lorsque cela est possible, ne faire qu'un changement à la fois (p. ex. médicament contre les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)
  - Expliquer au patient et au soignant chaque médicament et le bien-fondé de tout changement
4. Choisir et prescrire un nouveau médicament à un patient âgé seulement après avoir tenu compte :
  - Des objectifs du patient et de son pronostic général
  - Des bienfaits (c.-à-d. ne pas supposer que les préjudices surpassent les bienfaits simplement parce que le patient est âgé)
  - De l'altération des paramètres pharmacodynamiques et pharmacocinétiques de nombreux médicaments chez les personnes âgées
  - Des interactions médicamenteuses
  - Du ratio bienfait-risque estimé lié au traitement, comparativement à d'autres choix
  - De l'observance du traitement et du mode d'administration appropriés en fonction des changements liés au vieillissement (p. ex. dextérité et force dans les mains, mémoire, déglutition)
5. Chez un patient âgé, tenir compte de la réponse liée à l'âge et réagir selon le cas (p. ex. changement pharmacodynamique — Commencer lentement et y aller lentement)

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 4 : Chutes et problèmes de mobilité

1. Durant le suivi continu de tout patient âgé, évaluer périodiquement les chutes non signalées et le risque de chutes, et discuter des stratégies de prévention des chutes.
2. Chez un patient âgé à risque de tomber ou qui est déjà tombé :
  - a) Envisager et s'informer des facteurs prédisposant ou précipitant possibles, et ne pas présumer qu'il n'y a qu'une seule cause : obtenir une anamnèse corroborante (avec le consentement du patient) pour clarifier les circonstances de la chute (p. ex. trébuchement, brève perte de conscience, crise convulsive)
  - b) Effectuer un examen physique approprié en se concentrant sur les systèmes neurologique, cardiovasculaire et locomoteur, en insistant particulièrement sur l'évaluation de la démarche, mais en veillant aussi à évaluer d'autres facteurs précipitants possibles (p. ex. pneumonie, rétention urinaire, infection urinaire)
3. Chez une personne âgée qui est tombée, évaluer la présence de blessures non évidentes (p. ex. fracture de la hanche, de la colonne cervicale, hématome sous-dural), en plus de poser un diagnostic et de traiter les causes précises de la chute.
4. Chez un patient âgé à risque de tomber ou qui est déjà tombé, revoir minutieusement et utiliser tous les médicaments judicieusement (p. ex. psychotropes, antihypertenseurs, antiparkinsoniens), en optimisant la dose ou en les éliminant complètement afin de réduire au minimum le risque de chutes.
5. Chez un patient âgé à risque de tomber, en plus de prendre en charge les causes primaires de la chute, prévoir de renforcer activement les capacités qui « fonctionnent » et qui pourraient aider le patient à éviter de tomber (p. ex. aide à la marche et à l'équilibre, aide visuelle et auditive, thérapie de renforcement ou d'équilibre, ressources communautaires, protection le cas échéant, évaluation de la sécurité à domicile).
6. Chez un patient âgé à risque de tomber ou qui est déjà tombé, inclure l'ostéoporose et le risque de fracture dans l'évaluation du risque de chute et traiter le cas échéant.
7. Chez un patient âgé à risque de tomber, évaluer le recours à une aide de marche appropriée, en veillant à ce qu'elle soit de la bonne taille et qu'elle soit utilisée correctement.
8. Chez un patient âgé à risque de tomber, discuter des stratégies à mettre de l'avant lors d'une chute, y compris le recours à un système d'alerte en cas d'urgence.
9. Chez un patient âgé :
  - a) S'informer de la peur de tomber et l'évaluer, car elle pourrait avoir un grand impact social
  - b) Formuler des stratégies pour réduire la probabilité d'isolement social et de perte d'indépendance

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 5 : Équipes

1. Chez les patients âgés, faire appel à une approche d'équipe, le cas échéant (p. ex. réadaptation, évaluation des chutes, planification du congé).
2. Lors du suivi en équipe d'un patient âgé :
  - a) Faire preuve de respect envers les autres membres de l'équipe en encourageant la sécurité et la confiance au sein de l'équipe
  - b) Veiller à ce que les objectifs et volontés partagés soient efficaces, qu'ils soient des résultats recherchés par tous les membres de l'équipe
  - c) Être prêt à tenir divers rôles au sein de l'équipe (p. ex. collaborateur, leader)
3. Lors du suivi de patients âgés :
  - a) Inclure le patient et sa famille dans les discussions d'équipe lorsque cela est faisable
  - b) Faciliter la participation efficace du patient et de sa famille dans la prise de décision

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 6 : Communication

(voir aussi [Habilités de communication en médecine familiale](#))

1. Lors de la communication avec un patient âgé :
  - a) Reconnaître les obstacles multiples et complexes à la bonne communication (p. ex. temps suffisant, rythme, bruit environnant, langue, besoin d'un appareil auditif, délirium, réponse générationnelle)
  - b) Faire appel à des stratégies pour faire tomber les obstacles (p. ex. optimiser l'environnement physique, faire preuve d'écoute active, donner accès à un interprète)
2. Lors de la communication avec un patient âgé et ses soignants (p. ex. conférence familiale), veiller à ce que le patient soit entendu et respecté.
3. Au sujet d'un patient âgé atteint d'un déficit cognitif, continuer de l'inclure dans les discussions cliniques lorsque cela est convenable.
4. Dans les situations de conflit potentiel (p. ex. lorsque les objectifs de soins d'un patient âgé diffèrent des volontés de ses enfants, dans les cas de différence d'opinions entre mandataires conjoints, ou entre la famille et les fournisseurs de soins),
  - a) Médier et tenter de résoudre le conflit
  - b) Reconnaître les situations où il faut faire intervenir d'autres personnes (p. ex. médecin de famille, éthicien, conseiller spirituel, avocat)

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 7 : Continuum/spectre de fragilité

1. Durant le suivi continu d'un patient âgé :
  - a) Évaluer régulièrement le degré de fragilité en tenant compte de la capacité du patient à fonctionner en toute sécurité dans son environnement à l'aide de son réseau social actuel (p. ex. état et réserve fonctionnels ; caractéristiques physiologiques telles que vitesse de la démarche, état nutritionnel et perte pondérale ; comorbidités)
  - b) Partager cette information avec le patient, encourager et favoriser les activités qui l'aideront à maintenir son niveau fonctionnel
2. Chez les patients âgés qui sont frêles :
  - a) Ne pas supposer une perte de la capacité à prendre des décisions
  - b) Adapter le traitement et les soins préventifs (p. ex. ne pas surtraiter simplement pour suivre des lignes directrices génériques, ne pas sous-traiter simplement en raison de l'âge du patient)
3. Durant le suivi continu d'un patient frêle ou âgé, revoir régulièrement les médicaments en se concentrant sur la déprescription, puisque la polypharmacie et la prescription inattentive peuvent aggraver la fragilité.
4. Lorsqu'une personne âgée frêle accuse un déclin fonctionnel soudain, ne pas supposer qu'il s'agit simplement de l'évolution de son état général, mais rechercher et éliminer les causes précipitantes aiguës (p. ex. délirium, infection).
5. Chez un patient âgé frêle atteint d'une maladie aiguë associée à une perte fonctionnelle aiguë :
  - a) Adopter précocement un plan d'évaluation et de prise en charge énergique à facettes multiples (p. ex. hydratation, traitement d'une infection, revue de la médication) afin de réduire la perte fonctionnelle au minimum
  - b) Formuler un plan de réadaptation afin d'aider le patient à retrouver son niveau fonctionnel antérieur (p. ex. hôpital de jour, visites à domicile, interventions multidisciplinaires)
  - c) Envisager de rétablir les objectifs de soins
6. Chez un patient âgé et frêle dont l'état et le fardeau de la maladie progressent malgré l'évaluation, l'entretien et un traitement réguliers, prendre les devants en examinant la situation de vie, les objectifs de soins et la planification préalable des soins avec le patient et ses soignants.

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 8 : Prise de décisions et capacité

1. Lors de la recommandation d'un certain traitement à un patient âgé, établir sa capacité d'y consentir en évaluant sa compréhension et son appréciation des choix et des conséquences possibles de chaque choix (p. ex. en posant des questions précises, en obtenant de l'information collatérale, en demandant au patient de paraphraser).
2. Lors de l'évaluation de la capacité d'un patient âgé :
  - a) Ne pas supposer qu'un patient d'âge avancé ou atteint de démence est incapable de prendre toutes les décisions liées à son traitement
  - b) Ne pas supposer que l'incapacité de prendre une décision rend le patient incapable de prendre toutes les décisions
  - c) Tenir compte des circonstances ou des affections aiguës pouvant temporairement perturber la capacité, ou la faire fluctuer
  - d) Reconnaître que plus le risque entraîné par une décision donnée est grand, plus la capacité nécessaire est grande
3. Lorsqu'un patient âgé prend une décision qui semble malavisée du point de vue de l'équipe de soins de santé :
  - a) Évaluer la capacité du patient
  - b) Respecter le droit d'un patient capable de faire des choix, même si le médecin n'est pas d'accord (p. ex., les patients capables peuvent décider de prendre des risques ou de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin)
4. Lorsqu'un mandataire prend des décisions au nom d'un patient incapable :
  - a) Veiller à ce que le mandataire (ou les mandataires conjoints) comprenne bien son rôle qui consiste à prendre des décisions qui correspondent aux volontés connues du patient et qui sont dans son intérêt
  - b) Défendre le patient incapable si les décisions d'un mandataire vont à l'encontre des volontés connues du patient ou de son intérêt (p. ex. consulter un spécialiste de l'éthique, recommander le cas aux autorités de révision appropriées)
5. Lorsqu'il est déterminé qu'un patient âgé est incapable, en informer le patient et son mandataire, avec bienveillance et compassion, et lui donner les options possibles, y compris le droit d'en appeler.

Remarque : Consulter le sujet 17 pour les questions [liées à la conduite automobile](#).

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 9 : Soutien pour les familles et pour les soins informels

1. Lors du suivi d'un patient âgé :
  - a) Évaluer la famille/les soignants pour estimer le niveau de stress et la capacité (p. ex. sur les plans cognitif, physique, social) afin de fournir les soins et le soutien nécessaire
  - b) Anticiper le risque d'épuisement du soignant pour le réduire (p. ex. fournir éducation, formation et ressources ; collaborer avec d'autres fournisseurs de soins pour optimiser le soutien à domicile ; défendre l'accès aux ressources additionnelles, le cas échéant)
2. Lors de l'évaluation d'une modification de l'état ou de la fonction, ou lors d'une crise chez un patient âgé :
  - a) Évaluer de quelle façon son environnement social et domiciliaire contribue à ce changement
  - b) Déterminer s'il faut intervenir immédiatement, y compris effectuer des visites à domicile pour atténuer les préjudices ; directs (p. ex. errance entraînant l'hypothermie) ou indirects (p. ex. déménagement, hospitalisation entraînant une perte fonctionnelle)
3. Dans les situations de stress chez le soignant, envisager :
  - Le risque de violence contre les personnes âgées
  - Le risque de mauvais traitement à l'égard du soignant

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 10 : Soins dans différents contextes

1. Durant le suivi d'un patient âgé dans un contexte différent (p. ex. à son domicile, à un endroit situé dans la communauté, ou en préparation pour quitter l'hôpital pour retourner dans la communauté), se familiariser avec les ressources communautaires disponibles et les utiliser au moment et à l'endroit qui convient.
2. Durant la visite d'un patient âgé au bureau, reconnaître qu'il pourrait ne pas se sentir aussi bien dans son environnement à domicile qu'il semble l'être au bureau.
3. Durant le suivi d'un patient âgé en contexte clinique, faire intervenir les membres de l'équipe interdisciplinaire pour dispenser les soins.
4. Durant le suivi d'un patient âgé, surtout lors du transfert des renseignements de santé (y compris les objectifs de soins et le dossier de médicaments mis à jour du patient), veiller à la bonne communication entre les différents contextes par l'entremise :
  - De fournisseurs formels et informels de soutien communautaire, y compris les membres de la famille
  - Du personnel de l'urgence et de l'hôpital, puisqu'il s'agit d'environnements à risque élevé
5. Lorsque le transfert d'un patient âgé dans un autre environnement de soins est envisagé, formuler un plan qui tient compte des objectifs de soins du patient et de ses volontés préalables en matière de soins.



# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 11 : Organisation des soins en faisant appel aux ressources communautaires

1. Lors de l'établissement de plans de soutien et de soins pour un patient âgé, prendre préalablement contact avec les ressources communautaires et professionnelles afin de les intégrer et de les faire participer (p. ex. gestionnaires de cas, travailleurs sociaux)
2. Lors de l'utilisation des ressources communautaires pour un patient âgé, tenir compte de toutes les ressources disponibles et appairer les besoins du patient aux ressources disponibles, y compris les services à financement privé et public (p. ex. société Alzheimer, soins à domicile publics).
3. Chez un patient âgé, qui reçoit les soins et le soutien de ressources communautaires :
  - a) Maintenir une relation thérapeutique active et continue avec le patient
  - b) Veiller à un échange efficace d'information entre tous les fournisseurs de soins

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 12 : Planification préalable et objectifs des soins

1. Durant le suivi d'un patient âgé, l'encourager à parler de ses objectifs et préférences en matière de traitement et formuler un plan qui en tient compte et qui répond aux exigences juridiques de la province ou du territoire.
2. Durant le suivi d'un patient âgé, trouver les occasions d'engager la discussion sur les objectifs de soins avant que la capacité du patient s'estompe, surtout lorsque la perte de la capacité est prévue (p. ex. âge très avancé, cancer, déclin cognitif, comorbidités multiples, maladie de Parkinson).
3. Lors d'une discussion sur les objectifs de soins d'un patient âgé, veiller à :
  - Ce qu'elle ait lieu de manière à faciliter la compréhension et la participation complète du patient au processus
  - Ce que le patient soit capable de participer à toutes les décisions devant être prises
4. Durant une discussion sur les objectifs de soins d'un patient âgé :
  - a) Lui fournir des renseignements honnêtes et clairs sur le pronostic et les options thérapeutiques raisonnables
  - b) Aider le patient à prioriser ses objectifs de soins pour refléter ses valeurs, ses préférences et ses préoccupations
5. Lors de la détermination des objectifs de soins avec un patient âgé :
  - a) Prendre le temps nécessaire (c.-à-d. des séances multiples pourraient être nécessaires) pour en arriver à une compréhension claire et à des décisions réfléchies, y compris prendre le temps de réfléchir et d'y repenser
  - b) Encourager la discussion complète avec les partenaires de soins et les mandataires, s'ils devaient prendre les décisions au nom du patient, afin qu'ils puissent agir conformément aux volontés et dans l'intérêt du patient
6. Chez un patient âgé qui vit des changements significatifs (p. ex. nouveau diagnostic, perte fonctionnelle significative, changement social ou transition dans un nouvel environnement de vie ou de soins), instaurer la réévaluation des objectifs de soins.
7. Chez un patient âgé, qui n'a plus la capacité de prendre des décisions :
  - a) Ne pas mettre sur le même pied les objectifs de soins déjà établis et le consentement à un traitement précis
  - b) Utiliser les objectifs pour guider le mandataire à prendre les décisions, surtout lorsqu'elles sont en conflit avec les valeurs ou préférences du mandataire
8. Chez un patient âgé qui reçoit différentes recommandations de plusieurs médecins traitants et autres professionnels de la santé, l'aider à soupeser ces options en fonction de ses propres objectifs de soins.
9. Lorsqu'un patient âgé fait la demande pour un traitement qui n'apportera probablement aucun bienfait ou que vous ne recommanderiez pas :
  - a) Écouter attentivement pour bien comprendre le point de vue du patient avant de présenter le sien
  - b) Tenter de trouver un terrain d'entente pour aller de l'avant, tout en continuant de prendre soin du patient

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 13 : Soins de fin de vie

1. Chez un patient âgé atteint d'une affection grave ou en stade terminal :
  - a) Reconnaître aussitôt que possible que la fin de la vie est ou pourrait être proche
  - b) Communiquer cet état de fait au patient et à sa famille à la première occasion
2. Lors des communications avec un patient âgé qui s'approche de la fin de sa vie, et avec sa famille, faire appel à l'empathie et à une approche centrée sur le patient pour faciliter la discussion sur les objectifs de soins :
  - Tenir compte du point de vue culturel et personnel du patient et de sa famille et le respecter, surtout lorsqu'il est différent de celui du médecin
  - Être réaliste sans être négatif et toujours offrir du soutien, en reconnaissant ses propres valeurs et perspectives ; ne pas les imposer au patient
3. Durant le suivi d'un patient âgé en fin de vie :
  - a) Évaluer les symptômes pouvant être pénibles et pouvant se prêter à un traitement
  - b) Porter une attention particulière aux indicateurs non verbaux de détresse et à l'information connexe chez les patients dont la capacité à communiquer est réduite (p. ex. vigilance réduite, confusion, aphasie)
  - c) Faire appel aux outils d'évaluation validés, au besoin
4. Durant le suivi d'un patient âgé en fin de vie :
  - a) Revoir tous les médicaments dans le but de continuer et d'ajuster la dose de ceux qui contribuent au bien-être du patient
  - b) Réduire la dose ou arrêter les médicaments dépourvus d'effet bénéfique, ou de bienfait potentiel sur le reste de la vie du patient, et pourraient réduire son bien-être
5. Lors du traitement des symptômes chez un patient âgé en fin de vie :
  - a) Faire appel à une approche à facettes multiples (p. ex. traitement pharmacologique et non pharmacologique, approche multidisciplinaire) pour assurer le confort
  - b) Prévoir les effets indésirables et les traiter avant qu'ils se manifestent
  - c) Revoir et ajuster le traitement en fonction de la réponse et du bien-être général
6. Lorsqu'un patient âgé en fin de vie souhaite rester à la maison :
  - a) Prévoir le soutien et les ressources nécessaires, y compris sa propre disponibilité et participation
  - b) Aider le patient et les soignants à planifier pour composer avec toutes les situations pouvant faire surface, y compris le deuil des soignants
7. Pour le patient âgé ayant demandé l'aide médicale à mourir :
  - a) Étudier ce que signifie la demande et tenir compte de la capacité du patient
  - b) Respecter toutes les lois fédérales/provinciales/territoriales pertinentes et toutes les politiques du Collège qui s'appliquent au patient

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 14 : Dépression/anxiété

1. Chez un patient âgé dont le tableau clinique de dépression est atypique (p. ex. fatigue, insomnie, anxiété, agitation, somatisation), rechercher et reconnaître la dépression.
2. Chez un patient âgé qui prend un antidépresseur, clarifier l'indication originale, réévaluer l'efficacité et le besoin de poursuivre le traitement.
3. Chez un patient âgé qui est déprimé ou anxieux, évaluer pour éliminer les affections médicales sous-jacentes ou les comorbidités qui pourraient causer la dépression ou l'anxiété ou y contribuer.
4. Chez les patients âgés qui pourraient être atteints de démence :
  - a) Toujours inclure la dépression et l'anxiété comme facteur dans le tableau clinique
  - b) Rechercher régulièrement la dépression/l'anxiété chez tout patient atteint de démence
5. Lors du traitement d'un patient âgé dépressif :
  - a) Faire appel à des stratégies non pharmaceutiques (p. ex. pleine conscience, thérapie cognitivo-comportementale)
  - b) Faire intervenir efficacement les ressources communautaires pour fournir traitement, soutien et socialisation au patient et aux soignants
6. Chez un patient âgé dépressif, toujours envisager et évaluer le risque de suicide.
7. Chez un patient âgé dépressif, rechercher les caractéristiques psychotiques (p. ex. paranoïa, délirium, retrait marqué).
8. Lors de l'utilisation de la pharmacothérapie pour traiter la dépression chez un patient âgé :
  - a) Choisir un agent dont le profil d'activité et d'effets indésirables est indiqué pour les symptômes et les comorbidités du patient
  - b) Entreprendre le traitement lentement, augmenter la dose progressivement et ajuster en fonction de la réponse et des effets indésirables
9. Chez un patient âgé dépressif, qui répond mal au traitement :
  - a) Revoir le diagnostic, particulièrement en ce qui a trait aux comorbidités psychiatriques ou autres
  - b) Envisager le besoin d'une consultation en vue d'un traitement plus énergique, comme l'électroconvulsivothérapie et les soins psychiatriques à l'hôpital

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 15 : Délirium

1. Chez un patient âgé dont l'attention ou la conscience fluctue subtilement :
  - a) Envisager la possibilité d'un diagnostic de délirium
  - b) Agir rapidement pour clarifier le diagnostic
2. Chez un patient âgé atteint de démence qui manifeste confusion, modification de l'éveil ou du comportement :
  - a) Ne pas supposer qu'il s'agit d'une simple évolution de la démence sous-jacente
  - b) Évaluer afin de distinguer entre le délirium, la démence et la dépression
3. Chez un patient âgé dont l'éveil est réduit, envisager le délirium hypoactif.
4. Chez un patient âgé qui présente des signes ou symptômes évoquant le délirium, rechercher une cause sous-jacente et un facteur contributif, et poursuivre l'évaluation pour assurer que toutes les possibilités sont examinées, en gardant à l'esprit que la cause du délirium est souvent multifactorielle (p. ex. infection, nouveau médicament, déshydratation, perturbations métaboliques).
5. Chez tous les patients âgés :
  - a) Établir au préalable les situations où le délirium est le plus probable (p. ex. démence, postopératoire, infection aiguë)
  - b) Prendre les mesures pour empêcher l'apparition du délirium (p. ex. revue des médicaments, hydratation, stratégies d'orientation)
6. Lors de la prise en charge du délirium chez un patient âgé :
  - a) Toujours inclure dans le plan thérapeutique les mesures non pharmacologiques, comme le toucher physique, les visages connus, les stratégies d'orientation
  - b) Garder à l'esprit le risque élevé associé à l'emploi de mesures de contention (p. ex. décès, asphyxie, agitation accrue)
7. Chez un patient âgé atteint de délirium, tout en continuant de diagnostiquer et de traiter les causes sous-jacentes, n'utiliser un antipsychotique qu'à court terme et seulement s'il est absolument nécessaire pour la sécurité ou la détresse du patient, et réduire la dose du médicament ou l'arrêter aussitôt que possible.
8. Chez un patient âgé atteint de délirium, communiquer au patient et à sa famille la durée possible et les conséquences de l'épisode, en insistant sur l'incertitude.

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 16 : Incontinence urinaire

1. Durant le suivi continu de tout patient âgé :
  - a) S'informer périodiquement, de manière respectueuse, de la présence ou de l'absence d'incontinence urinaire
  - b) Évaluer précisément l'impact qu'elle pourrait avoir sur la vie quotidienne et le fonctionnement du patient
2. Chez un patient âgé qui se plaint d'incontinence urinaire, examiner si des problèmes médicaux ou fonctionnels (p. ex. constipation, piètre mobilité, douleur ou apraxie en salle de bain, médicaments) pourraient jouer un rôle.
3. Chez un patient âgé qui se plaint de l'apparition d'incontinence urinaire, faire appel à une approche systématique pour établir le diagnostic étiologique le plus exact possible.
4. Chez un patient âgé, traiter l'incontinence urinaire en fonction des sous-types étiologiques identifiés (p. ex. mode de vie, modification du comportement, physiothérapie, pessaires, intervention chirurgicale).
5. Lors du traitement de l'incontinence chez un patient âgé, utiliser la pharmacothérapie judicieusement, en sousesant les effets indésirables et les bienfaits potentiels.

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 17 : Enjeux liés à la conduite automobile

1. Lors du suivi d'un patient âgé, vérifier si :
  - La personne conduit
  - Il pourrait y avoir un risque lié à la santé associé à la conduite automobile
2. Chez un patient âgé atteint d'une maladie évolutive (p. ex. maladie de Parkinson, démence), qui continue de conduire :
  - a) Discuter précocement des enjeux liés à la conduite, bien avant qu'ils deviennent un problème devant être réglé (pas si, mais quand)
  - b) Aider le patient à s'ajuster et à planifier de manière appropriée
  - c) Réévaluer régulièrement
3. Lors de l'évaluation de la capacité de conduire d'un patient âgé, rechercher et traiter les facteurs potentiellement réversibles pouvant perturber sa capacité à conduire (p. ex. dépression et anxiété, médicaments sur ordonnance ou en vente libre, alcool, maladie aiguë, mauvaises habitudes de conduite, déficience visuelle).
4. Lorsque la capacité de conduire d'un patient âgé est ambiguë, après avoir obtenu le consentement du patient, obtenir de l'information corroborante auprès de plusieurs sources (p. ex. famille, antécédents d'accidents, déficience fonctionnelle, évaluation de la capacité à conduire) avant de décider de rapporter cette préoccupation aux autorités appropriées.
5. Chez un patient âgé à risque élevé de perdre ses privilèges de conduite :
  - a) Faire appel à une approche centrée sur le patient pour comprendre l'impact complet que cela pourrait avoir sur sa vie
  - b) Formuler activement des stratégies de rechange convenables
  - c) Fournir du soutien durant la période d'ajustement
6. Chez un patient âgé qui présente un déficit cognitif :
  - a) Reconnaître que la présence de démence modérée à sévère est une contre-indication à la conduite automobile
  - b) Reconnaître que la présence de déficit cognitif léger ou de démence légère n'est pas nécessairement une contre-indication à la conduite automobile
  - c) Effectuer une évaluation exhaustive, si la décision est ambiguë, inclure une évaluation routière, au besoin
7. Lorsqu'une évaluation a montré qu'un patient âgé n'est plus médicalement capable de conduire :
  - a) Le communiquer clairement au patient et à sa famille
  - b) Conseiller le patient sur les répercussions immédiates ou à court terme sur la conduite
  - c) Suivre la loi provinciale en matière de déclaration obligatoire

# SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences : Éléments clés des compétences avancées

Avril 2017

## Sujet prioritaire 18 : Douleur

1. Lors de la détermination de l'étiologie de la douleur chez une personne âgée, tenir compte du lourd fardeau des affections chroniques et complexes, tant physiques qu'émotionnelles, qui pourraient contribuer à la perception de la douleur.
2. Lors de l'évaluation de l'impact de la douleur sur une personne âgée, rechercher de façon holistique l'impact et les vulnérabilités courantes (p. ex. insuffisance rénale, risque de délirium, violence à l'encontre des personnes âgées) puisque la douleur et sa gestion pharmacologique peuvent rapidement entraîner d'autres incapacités, vulnérabilités et perte d'indépendance.
3. Chez les patients âgés dont la capacité de s'exprimer est limitée (p. ex. déclin cognitif, conscience réduite, trouble affectif), évaluer la douleur en recherchant des indicateurs tels que des signes physiques et comportements difficiles à discerner, et en obtenant de l'information connexe auprès d'autrui.
4. Lors du recours à des échelles et à d'autres indicateurs pour évaluer en série la douleur chez un patient âgé, veiller à ce que l'évaluation tienne compte des facteurs spécifiques au patient (p. ex. signification de la douleur, honnêteté devant les autorités, cognition, perte de mémoire).
5. Lors du traitement d'un patient âgé qui souffre, faire appel à des mesures non pharmacologiques lorsque cela est possible (p. ex. exercice et étirement, modalités et thérapies physiques, pleine conscience ou thérapie cognitivo-comportementale).
6. Lors du choix d'un traitement pharmacologique contre la douleur chez un patient âgé, tenir compte de l'impact possible des comorbidités ou des risques sous-jacents (p. ex. fragilité, ralentissement de la fonction rénale, altération de l'état de conscience ou de la fonction cognitive, risque de dépendance).
7. Lors du traitement pharmacologique contre la douleur chez un patient âgé, intégrer les principes de prescription chez les personnes âgées (p. ex. commencer lentement, ajuster lentement, surveiller les interactions, administrer la dose efficace la plus faible) à l'aide d'une approche proactive pour réduire les effets indésirables en raison de la vulnérabilité complexe observée dans ce groupe d'âge.