

**2016**  
**VERSION 1.0**

*Ces objectifs de la formation s'appliquent à ceux qui ont commencé leur formation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016.*

**REMARQUE :** *Tout au long de ce document, le mot « famille » comprend les fournisseurs de soins, tuteurs légaux et représentants légaux. Les « milieux de soins » incluent, sans toutefois s'y limiter, les hôpitaux, les unités de soins palliatifs, les centres de soins palliatifs, les cliniques ambulatoires et la communauté.*

## DÉFINITION

La médecine palliative adulte est une surspécialité médicale portant sur l'étude et l'avancement, l'évaluation et la prise en charge médicale de la douleur, la souffrance et de la qualité de vie tout au long du continuum de la vie et de la mort pour les patients atteints de maladies chroniques ou potentiellement mortelles, et tout au long du deuil de la famille du patient.

## BUTS

Au terme de sa formation, le résident doit être un surspécialiste compétent en médecine palliative adulte et pouvoir assumer le rôle de consultant dans la surspécialité. Il doit acquérir une connaissance pratique de la base théorique de la surspécialité, notamment de ses fondements dans les sciences médicales fondamentales et la recherche appliquées à la médecine palliative adulte.

Seuls les candidats ayant obtenu le certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en médecine interne, en anesthésiologie ou neurologie peuvent être admissibles au certificat de médecine palliative adulte. L'accès peut se faire à partir d'autres spécialités ou surspécialités, mais il doit se faire au terme de la formation dans la spécialité primaire ou la surspécialité, et doit répondre aux exigences spécifiques précisées dans les *Exigences de formation surspécialisée en médecine palliative adulte*.

Au cours de la formation, le résident doit acquérir des connaissances médicales, les compétences cliniques et le comportement professionnel nécessaires pour offrir des soins exemplaires tout au long du continuum de la vie et de la mort, et du deuil, pour les patients atteints de maladies chroniques ou potentiellement mortelles, et la famille de ces patients.

---

*Le masculin est utilisé seulement pour simplifier le texte.*

Le résident doit acquérir une compréhension des principes scientifiques fondamentaux de la douleur et des autres symptômes fréquents vécus par la population servie, pour évaluer et prendre en charge avec expertise des problèmes complexes associés aux maladies chroniques et potentiellement mortelles. Il est important que le résident soit habilité à assumer le rôle de consultant dans des milieux hospitaliers, ambulatoires et communautaires et au sein d'une équipe interprofessionnelle. L'expertise en communication pour promouvoir le développement de relations caractérisées par la bienveillance, le soutien et le respect ainsi que des principes moraux et éthiques, notamment en matière de prise de décision de fin de vie, sont essentiels.

Les résidents doivent démontrer qu'ils ont les connaissances, les aptitudes et les comportements nécessaires pour offrir à une population diversifiée des services et des soins efficaces et axés sur le patient. Dans tous les aspects de la pratique de la surspécialité, le diplômé doit pouvoir aborder de façon professionnelle les questions d'éthique, de morale, d'appartenance sexuelle, d'orientation sexuelle, d'âge, de culture, de croyances et d'origine ethnique.

## **COMPÉTENCES EN MÉDECINE PALLIATIVE ADULTE À TITRE DE SURSPÉCIALITÉ**

Après avoir terminé sa formation, le résident aura acquis les compétences suivantes et sera efficace dans les rôles suivants :

### **Expert médical**

#### ***Définition :***

À titre d'experts médicaux, les surspécialistes en médecine palliative adulte assument tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences cliniques et une attitude professionnelle pour prodiguer des soins centrés sur le patient. *Le rôle d'expert médical est le rôle pivot du cadre CanMEDS.*

#### ***Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...***

- 1. Travailler efficacement comme consultants en jouant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients**
  - 1.1. Offrir des consultations de médecine palliative adulte, dans le cadre desquelles ils présentent des évaluations bien documentées et formulent des recommandations écrites, orales ou sous forme électronique, à la demande d'un autre professionnel de la santé
  - 1.2. Utiliser toutes les compétences CanMEDS pertinentes à la pratique de la médecine palliative adulte dans différents milieux de soins
  - 1.3. Déterminer les problèmes moraux et éthiques pertinents qui surviennent durant la prestation des soins aux patients atteints de maladies chroniques ou potentiellement mortelles, et les soins aux familles des patients

- 1.4. Accorder des priorités de manière efficace à leurs obligations professionnelles face à de nombreux patients et problèmes
  - 1.4.1. Reconnaître les symptômes et problèmes ou situations nécessitant des soins palliatifs aigus ou urgents
- 1.5. Prodiguer des soins fondés sur la compassion et axés sur les patients
  - 1.5.1. Montrer des compétences dans le développement d'une compréhension partagée des objectifs de soins axés sur le patient avec les patients et leur famille
- 1.6. Reconnaître les dimensions déontologiques et morales dans la prise de décision en médecine pour les patients ayant des besoins palliatifs, et y répondre
- 1.7. Démontrer leur expertise médicale ailleurs que dans les soins aux patients, notamment en témoignant comme experts devant les tribunaux ou en conseillant les gouvernements au besoin

## **2. Acquérir et maintenir des connaissances cliniques, des compétences spécialisées et le comportement convenant à leur pratique**

- 2.1. Appliquer à leur spécialité leurs connaissances des sciences cliniques, sociocomportementales et biomédicales fondamentales pertinentes à la médecine palliative adulte
  - 2.1.1. Symptômes physiques et affections
    - 2.1.1.1. Physiopathologie et prise en charge des affections et symptômes physiques suivants fréquemment observés en médecine palliative adulte
      - 2.1.1.1.1. Agitation en fin de vie
      - 2.1.1.1.2. Anorexie et cachexie
      - 2.1.1.1.3. Hémorragie et thrombose
      - 2.1.1.1.4. Constipation
      - 2.1.1.1.5. Toux
      - 2.1.1.1.6. Délirium
      - 2.1.1.1.7. Dyspnée
      - 2.1.1.1.8. Œdème
      - 2.1.1.1.9. Nausées et vomissements
      - 2.1.1.1.10. Affections orales, y compris sans s'y limiter, la candidiase, la stomatite et la xérostomie
      - 2.1.1.1.11. Sécrétions respiratoires et oropharyngées
      - 2.1.1.1.12. Affections cutanées, incluant sans s'y limiter, les fistules, les lymphœdèmes, les lésions malignes, les escarres, le prurit, l'odeur et la déhiscence de plaie

2.1.1.1.13. Troubles du sommeil

2.1.1.1.14. Faiblesse et fatigue

2.1.2. Douleur

2.1.2.1. Syndromes douloureux fréquents

2.1.2.2. Neurophysiologie de la transmission de la douleur

2.1.2.3. Médicaments utilisés pour prendre en charge la douleur

2.1.2.3.1. Opioïdes

2.1.2.3.2. Adjuvants, incluant sans s'y limiter, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les glucocorticoïdes, et les antagonistes des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) comme la kétamine

2.1.2.4. Les approches non pharmacologiques à la prise en charge de la douleur, incluant sans s'y limiter, les interventions physiques et psychologiques

2.1.2.5. Les indications et les complications des techniques d'anesthésie interventionnelle utilisées pour la prise en charge de la douleur, incluant sans s'y limiter, les blocs péridural, intrathécal et neurolytique

2.1.3. Soins aigus et urgences

2.1.3.1. Physiopathologie et prise en charge des soins aigus et d'urgence de médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter

2.1.3.1.1. Obstruction biliaire et urinaire, occlusion intestinale

2.1.3.1.2. Hémorragie catastrophique

2.1.3.1.3. Délirium

2.1.3.1.4. Hypercalcémie

2.1.3.1.5. Nausées et des vomissements réfractaires

2.1.3.1.6. Crises douloureuses

2.1.3.1.7. Crises épileptiques

2.1.3.1.8. Dyspnée sévère

2.1.3.1.9. Compression médullaire

2.1.3.1.10. Syndrome de la veine cave supérieure

2.1.4. Aspects psychologiques, sociaux, spirituels et existentiels

2.1.4.1. Psychologique

2.1.4.1.1. Phénomènes fréquemment observés en médecine palliative adulte et stratégies pour y répondre, incluant sans s'y limiter

2.1.4.1.1.1. Anxiété

2.1.4.1.1.2. Dépression

2.1.4.1.2. Rôles et applications des interventions thérapeutiques utilisées dans la prise en charge des questions psychologiques, incluant sans s'y limiter, la thérapie comportementale, la thérapie cognitive, le conseil, l'hypnothérapie, l'imagerie et la visualisation

2.1.4.1.3. Réactions et émotions exprimées par les patients et leurs familles, incluant sans s'y limiter, la peur, la culpabilité, la colère, la tristesse, le désespoir et les stratégies pour y répondre

2.1.4.1.4. Conséquences des problèmes psychologiques et des réponses affectives importantes sur la prise de décision, la gestion de la douleur et d'autres symptômes physiques, et les résultats

2.1.4.1.5. Rôle des patients et styles de gestion des familles sur la prise de décision et les résultats

2.1.4.1.6. Conséquences de la douleur et des symptômes réfractaires sur le bien-être psychologique et la qualité de vie

2.1.4.1.7. Conséquences de la maladie sur les relations interpersonnelles, l'image du corps, la sexualité, et son rôle

2.1.4.2. Social

2.1.4.2.1. Problèmes fréquents en médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter, les questions financières et relationnelles, et les stratégies pour y répondre

2.1.4.2.2. Les changements de dynamique familiale et les facteurs de détresse qui y contribuent

2.1.4.2.3. Détresse des proches aidants et dans les stratégies pour leur fournir du soutien

2.1.4.3. Spirituel

2.1.4.3.1. Questions de spiritualité liées à la mort et au passage entre la vie et la mort, et le rôle du soutien spirituel

2.1.4.3.2. Différence entre les besoins spirituels et religieux des patients

- 2.1.4.3.3. Importance de l'espoir et de nourrir l'espoir
- 2.1.4.3.4. Principales pratiques culturelles et religieuses liées à la pratique médicale, au passage entre la vie et la mort et au deuil

2.1.4.4. Existentiel

- 2.1.4.4.1. Besoins existentiels des patients et stratégies pour leur apporter du soutien
- 2.1.4.4.2. Facteurs contribuant à la détresse existentielle
- 2.1.4.4.3. Souffrance et ses conséquences sur les patients, leur famille et l'équipe de soins de santé

2.1.4.5. Deuil et perte

- 2.1.4.5.1. Deuil normal, anticipatoire, atypique et compliqué, incluant l'identification des facteurs de risque, et les stratégies pour soutenir les patients et leurs familles
- 2.1.4.5.2. Deuil, et stratégies et services pour soutenir les familles des patients

2.1.5. Traitements

- 2.1.5.1. Indications, sélection de la dose, titrage, voies d'administration et interactions médicamenteuses avec les médicaments fréquemment utilisés en médecine palliative adulte
  - 2.1.5.1.1. Médicaments adjuvants pour la douleur, incluant sans s'y limiter, la lidocaïne et la kétamine
  - 2.1.5.1.2. Agents ayant des effets sur la fonction intestinale
  - 2.1.5.1.3. Anticonvulsivants
  - 2.1.5.1.4. Antidépresseurs
  - 2.1.5.1.5. Antiémétiques
  - 2.1.5.1.6. Antipsychotiques
  - 2.1.5.1.7. Benzodiazépines
  - 2.1.5.1.8. Cannabinoïdes
  - 2.1.5.1.9. Diurétiques
  - 2.1.5.1.10. Glucocorticoïdes
  - 2.1.5.1.11. Opioïdes, incluant sans s'y limiter, la méthadone
- 2.1.5.2. Médicaments fréquemment utilisés à domicile
- 2.1.5.3. Principes de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des médicaments fréquemment utilisés en médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter, les effets du changement de

fonctionnement des organes

- 2.1.5.4. Prise en charge des effets secondaires des médicaments fréquemment utilisés en médecine palliative adulte
- 2.1.5.5. Prise en charge de la neurotoxicité des opiacés
- 2.1.5.6. Tolérance, dépendance physique et addiction aux opioïdes
- 2.1.5.7. Prescription sécuritaire, incluant sans s'y limiter, les stratégies pour limiter le risque de détournement de médicaments
- 2.1.5.8. Thérapies alternatives et complémentaires fréquemment utilisées par les patients recevant des soins palliatifs, incluant sans s'y limiter les agents oraux, le toucher thérapeutique et la réflexologie

## 2.1.6. Considérations spécifiques à la maladie

### 2.1.6.1. Oncologiques

- 2.1.6.1.1. Épidémiologie, évolution naturelle, physiopathologie, complications, fardeaux des symptômes des cancers, incluant sans s'y limiter, du sein, du poumon, du côlon, de la prostate, du pancréas et hématologiques
- 2.1.6.1.2. Principes de la prise en charge de cancers, incluant sans s'y limiter, du sein, du côlon, de la prostate, du pancréas et hématologiques
  - 2.1.6.1.2.1. Objectifs des traitements, incluant le traitement curatif de contrôle et palliatifs
  - 2.1.6.1.2.2. Rôle de la chimiothérapie, de l'immunothérapie, de la radiothérapie et du traitement ciblé
  - 2.1.6.1.2.3. Prise en charge des effets secondaires du traitement
- 2.1.6.1.3. Douleur et symptômes liés au cancer et son traitement, et prise en charge incluant les stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques
- 2.1.6.1.4. Indications et complications des interventions effectuées pour gérer les patients atteints de cancer, incluant sans s'y limiter :
  - 2.1.6.1.4.1. Tubes de drainage biliaire
  - 2.1.6.1.4.2. Endoprothèses œsophagiennes et colorectales
  - 2.1.6.1.4.3. Accès intraveineux à long terme, incluant sans s'y limiter, le cathéter central inséré par voie périphérique (PICC), Hickman, Port-a-cath
  - 2.1.6.1.4.4. Tubes de drainage rénaux et vésicaux
  - 2.1.6.1.4.5. Tubes de gastrostomie de décompression
  - 2.1.6.1.4.6. Vertébroplastie

2.1.6.2. Non oncologiques

2.1.6.2.1. Épidémiologie, évolution naturelle, physiopathologie, complications, fardeaux des symptômes des maladies progressives non oncologiques, incluant sans s'y limiter :

2.1.6.2.1.1. Cardiovasculaires

2.1.6.2.1.1.1. Angine de poitrine

2.1.6.2.1.1.2. Arythmies

2.1.6.2.1.1.3. Insuffisance cardiaque congestive

2.1.6.2.1.1.4. Valvulopathies

2.1.6.2.1.2. Gastrointestinales et hépatobiliaires

2.1.6.2.1.3. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

2.1.6.2.1.4. Neurologique et neuromusculaire

2.1.6.2.1.4.1. Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

2.1.6.2.1.4.2. Démence

2.1.6.2.1.4.3. Maladie de Huntington

2.1.6.2.1.4.4. Sclérose en plaques

2.1.6.2.1.4.5. Dystrophies musculaires

2.1.6.2.1.4.6. Maladie de Parkinson

2.1.6.2.1.4.7. Accident vasculaire cérébral

2.1.6.2.1.5. Dysfonctionnement rénal

2.1.6.2.1.6. Respiratoire

2.1.6.2.1.6.1. Maladie obstructive

2.1.6.2.1.6.2. Maladie restrictive

2.1.6.2.2. Prise en charge de patients présentant des maladies non oncologiques en phase terminale, incluant sans s'y limiter, les traitements médicaux, chirurgicaux et de réadaptation

2.1.6.2.3. Prise en charge des symptômes des patients présentant des maladies non oncologiques progressives, en intégrant des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques

2.1.6.2.4. Indications et complications des interventions effectuées pour gérer les patients présentant des maladies non oncologiques progressives, incluant sans s'y limiter

2.1.6.2.4.1. Drains thoraciques

2.1.6.2.4.2. Appareils d'assistance à la toux

- 2.1.6.2.4.3. Sondes d'alimentation entérale
- 2.1.6.2.4.4. Endoprothèses œsophagiennes et colorectales
- 2.1.6.2.4.5. Hémodialyse et dialyse péritonéale
- 2.1.6.2.4.6. Stimulateurs cardiaques implantables et défibrillateurs internes
- 2.1.6.2.4.7. Ventilation invasive et non invasive
- 2.1.6.2.4.8. Dispositif d'assistance ventriculaire gauche (LVAD)
- 2.1.6.2.4.9. Oxygène
- 2.1.6.2.4.10. Paracentèse
- 2.1.6.2.4.11. Pleurodèse
- 2.1.6.2.4.12. Tubes de drainage rénaux et vésicaux
- 2.1.6.2.4.13. Aspiration
- 2.1.6.2.4.14. Thoracentèse
- 2.1.6.2.4.15. Trachéostomie
- 2.1.6.2.4.16. Transplantation
- 2.1.6.2.4.17. Tubes de gastrostomie de décompression

## 2.1.7. Groupes de patients particuliers

### 2.1.7.1. Population pédiatrique

- 2.1.7.1.1. Principes de la médecine palliative pédiatrique, et les similitudes et les différences dans la prestation de soins palliatifs aux enfants, aux adolescents et aux adultes
  - 2.1.7.1.1.1. Affections fréquentes limitant l'espérance de vie de l'enfance et de l'adolescence pour lesquelles des services de soins palliatifs seraient appropriés
  - 2.1.7.1.1.2. Étapes de développement de l'enfance et de l'adolescence, incluant sans s'y limiter, les concepts de maladie et du passage entre la vie et la mort
  - 2.1.7.1.1.3. Effets de l'étape de développement d'un enfant sur le plan de l'évaluation de la douleur et d'autres symptômes
  - 2.1.7.1.1.4. Outils d'évaluation des symptômes adaptés à l'âge chez les enfants s'exprimant verbalement et non verbalement
  - 2.1.7.1.1.5. Différences physiologiques chez les patients pédiatriques, et incidence sur la prise en charge des symptômes et le choix thérapeutique
  - 2.1.7.1.1.6. Stratégies pharmacologiques, comportementales et cognitives pour la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes chez les patients pédiatriques

- 2.1.7.1.1.7. Prise en charge des maladies progressives et limitant l'espérance de vie fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes et gérées par des services de soins palliatifs qui nécessiteront probablement une transition vers des soins palliatifs adultes
- 2.1.7.1.1.8. Principes de la transition des soins pour les adolescents et jeunes adultes entre les services de soins palliatifs pédiatriques et adultes
- 2.1.7.1.1.9. Différences et similitudes entre les soins de centre palliatifs pédiatriques et adultes
- 2.1.7.2. Personnes âgées
  - 2.1.7.2.1. Différences physiologiques et psychologiques chez les patients âgés, et leur incidence sur le choix thérapeutique
    - 2.1.7.2.1.1. Fragilité et sa contribution à la morbidité et à la mortalité
- 2.1.8. Pronostic
  - 2.1.8.1. Trajectoires différentes fréquentes dans les maladies chroniques ou potentiellement mortelles, et leur pertinence par rapport au pronostic
  - 2.1.8.2. Usage des pronostics pour reconnaître les points de transition dans la maladie, et accéder aux ressources de soins palliatifs appropriées, incluant sans s'y limiter, les centres de soins palliatifs
  - 2.1.8.3. Indicateurs de pronostics spécifiques à la maladie, incluant les signes cliniques, les symptômes et les examens médicaux
  - 2.1.8.4. Outils validés fréquemment utilisés pour aider au pronostic en médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter, l'indice de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), l'indice de Karnofsky, les échelles de performance pour patient en soins palliatifs (PPSv2) et l'échelle de pronostic palliatif (PPI)
  - 2.1.8.5. Limites de l'utilisation d'indicateurs et d'outils utilisés pour les pronostics
- 2.1.9. Réadaptation
  - 2.1.9.1. Besoins de réadaptation fréquents en médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter, les fonctions physiques et les questions sociales
  - 2.1.9.2. Maintien des fonctions à travers l'exercice, et la thérapie tout au long de la trajectoire de la maladie pour améliorer la qualité de vie
  - 2.1.9.3. Stratégies et services pour répondre aux besoins de réadaptation

2.1.10. Soins en milieu communautaire

2.1.10.1. Définition des soins communautaires et ses différents milieux de soins

2.1.10.2. Différences dans les soins palliatifs communautaires, incluant :

2.1.10.2.1. Disponibilité et accès aux services de laboratoire et d'examen, aux traitements et aux interventions, ainsi qu'aux soins médicaux, infirmiers et aux services de soutien

2.1.10.2.2. Niveau d'expertise des fournisseurs de soins palliatifs

2.1.10.2.3. Structure familiale, dynamique et capacité à gérer le décès à domicile

2.1.10.2.4. Questions de sécurité personnelle et de sécurité des autres fournisseurs de soins et des patients

2.1.10.2.5. Coûts économiques et sociaux

2.1.10.2.6. Engagement matière de temps

2.1.10.2.7. Fournir des soins à domicile chez les patients et dans les collectivités rurales

2.1.11. Soins des personnes mourantes

2.1.11.1. Reconnaissance de la phase de décès de la maladie

2.1.11.2. Questions spécifiques associées à la phase terminale, incluant sans s'y limiter, les symptômes physiques, les questions psychologiques, et les préoccupations morales et éthiques

2.1.11.3. Concept d'une bonne mort et facteurs contribuant à une bonne mort dans les différents milieux de soins

2.2. Décrire le cadre des compétences CanMEDS qui sont pertinentes à la médecine palliative adulte

2.3. Au cours de leur vie, mettre en œuvre les compétences d'apprentissage qui relèvent du rôle d'érudit, pour adopter un programme personnel de mise à jour et pour approfondir les domaines de compétence professionnelle

2.4. Intégrer les meilleures données probantes et pratiques exemplaires pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en médecine palliative adulte

**3. Procéder à une évaluation complète et appropriée d'un patient**

3.1. Identifier et étudier efficacement les problèmes à aborder au cours d'un contact avec un patient, en tenant compte du contexte et des préférences de celui-ci

3.1.1. Montrer une compréhension de l'expérience de la maladie du point de vue du patient, et la signification et les conséquences de la maladie pour les patients et les familles

- 3.2. Établir une anamnèse pertinente, de façon concise et exacte compte tenu du contexte et des préférences du patient aux fins du diagnostic, du pronostic, du traitement, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé
  - 3.2.1. Évaluer les aspects physique, psychologique, social, spirituel et fonctionnel
  - 3.2.2. Utiliser des outils validés pour l'évaluation de la douleur et d'autres symptômes, les capacités fonctionnelles et le pronostic
  - 3.2.3. Évaluer la douleur et d'autres symptômes chez les groupes de patients difficiles à évaluer, incluant sans s'y limiter, les personnes présentant des déficits cognitifs
  - 3.2.4. Reconnaître et prendre en compte les différences et la diversité des patients, incluant sans s'y limiter l'état de la maladie, les handicaps, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, le stade de développement, la culture, l'ethnicité, la religion et le statut socio-économique
  - 3.2.5. Évaluer le niveau de détresse et de résilience des patients et de leur famille
- 3.3. Procéder à un examen physique précis, pertinent et exact aux fins du diagnostic, du pronostic, du traitement, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies
- 3.4. Choisir des méthodes d'investigation appropriées sur le plan médical en exploitant efficacement les ressources et conformément à l'éthique
  - 3.4.1. Choisir des méthodes d'examen adaptées au stade de la maladie, et en accord avec les objectifs de soins axés sur le patient
  - 3.4.2. Sélectionner les examens appropriés pour le pronostic
- 3.5. Démontrer des techniques efficaces de résolution de problèmes cliniques et faire preuve de jugement face aux problèmes des patients, y compris interpréter les données disponibles et intégrer de l'information pour produire des diagnostics différentiels et des plans de traitement
  - 3.5.1. Mettre en place un plan de prise en charge tout au long de la trajectoire de la maladie en parvenant à un équilibre entre les traitements modifiant la maladie et la prise en charge de symptômes en accord avec les objectifs de soins axés sur le patient, et dans des milieux où la disponibilité des examens est limitée
  - 3.5.2. Développer des plans de prise en charge pour les symptômes physiques suivants et les affections fréquemment observées en médecine palliative adulte
    - 3.5.2.1. Agitation en fin de vie
    - 3.5.2.2. Anorexie et cachexie
    - 3.5.2.3. Hémorragie et thrombose
    - 3.5.2.4. Constipation
    - 3.5.2.5. Toux

- 3.5.2.6. Délirium
- 3.5.2.7. Dyspnée
- 3.5.2.8. Œdème
- 3.5.2.9. Nausées et vomissements
- 3.5.2.10. Affections orales, y compris sans s'y limiter, la candidiase, la stomatite et la xérostomie
- 3.5.2.11. Douleur
- 3.5.2.12. Sécrétions respiratoires et oropharyngées
- 3.5.2.13. Affections cutanées, incluant sans s'y limiter, les fistules, les lymphœdèmes, les lésions malignes, les escarres, le prurit, l'odeur et la déhiscence de plaie
- 3.5.2.14. Troubles du sommeil
- 3.5.2.15. Faiblesse et fatigue
  
- 3.5.3. Mettre en place des plans de prise en charge pour les soins aigus et urgents de médecine palliative adulte, incluant sans s'y limiter :
  - 3.5.3.1. Obstruction biliaire et urinaire, occlusion intestinale
  - 3.5.3.2. Hémorragie catastrophique
  - 3.5.3.3. Délirium
  - 3.5.3.4. Hypercalcémie
  - 3.5.3.5. Nausées et des vomissements réfractaires
  - 3.5.3.6. Crises douloureuses
  - 3.5.3.7. Crises épileptiques
  - 3.5.3.8. Dyspnée sévère
  - 3.5.3.9. Compression médullaire sévère
  - 3.5.3.10. Syndrome de la veine cave supérieure
  
- 3.5.4. Développe des plans de prise en charge pour les questions psychologiques, sociales, spirituelles et existentielles en médecine palliative adulte

#### **4. Pratiquer efficacement les interventions de prévention et de traitement**

- 4.1. Mettre en œuvre un plan de traitement efficace en collaboration avec les patients et les membres de leur famille
  - 4.1.1. Travailler avec les patients et leurs familles pour établir des objectifs de soins communs axés sur le patient, en s'assurant qu'ils répondent aux besoins du patient, à leurs valeurs, leurs croyances et leurs souhaits
  - 4.1.2. Déterminer les priorités pertinentes pour la prise en charge du point de

vue du patient, de l'urgence médicale et du contexte clinique

- 4.2. Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions de prévention et de traitement pertinentes à la pratique de la médecine palliative adulte
  - 4.2.1. Développer une approche proactive pour gérer les attentes et les besoins des patients et de leur famille, en anticipant les symptômes et les problèmes, et en identifiant les services et les ressources appropriés
  - 4.2.2. Aborder la planification préalable des soins en incluant une discussion spécifique sur les indications, l'utilisation et l'arrêt des interventions thérapeutiques, incluant sans s'y limiter, l'hydratation, les traitements nutritionnels, l'oxygène d'appoint et la ventilation non invasive
  - 4.2.3. Fournir des soins médicaux structurés autour des besoins du patient et de sa famille, de leur niveau de compréhension et de leurs priorités, avec pour objectif d'atténuer la souffrance, de maximiser la qualité de vie, et d'offrir un soutien
  - 4.2.4. Sélectionner des approches pharmacologiques et non pharmacologiques factuelles et en accord avec des objectifs de soins axés sur les besoins du patient en ce qui concerne les symptômes et les affections physiques, et les questions psychologiques, sociales, spirituelles et existentielles
  - 4.2.5. Surveiller modifier le plan de soins pour répondre aux effets secondaires, à la toxicité ou à l'efficacité des interventions thérapeutiques
- 4.3. Obtenir le consentement éclairé nécessaire en vue des traitements
  - 4.3.1. Évaluer l'aptitude à prendre des décisions à consentir au traitement
  - 4.3.2. Reconnaître le besoin, et le rôle du représentant légal d'un patient inapte
- 4.4. S'assurer que les patients et leur famille reçoivent des soins de fin de vie en accord avec les normes de la pratique de médecine palliative adulte

## **5. Utiliser les techniques d'intervention, tant diagnostiques que thérapeutiques, de façon compétente et appropriée**

- 5.1. Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions diagnostiques pertinentes à la médecine palliative adulte
  - 5.1.1. Effectuer des thoracentèses et des paracentèses diagnostiques
- 5.2. Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions thérapeutiques pertinentes à la médecine palliative adulte
  - 5.2.1. Effectuer des thoracentèses et des paracentèses diagnostiques
  - 5.2.2. Mettre en place des voies sous-cutanées
  - 5.2.3. Mettre en place et prendre en charge les appareils d'administration continue en ambulatoire (pompes CADD)

5.2.4. Prendre en charge les interventions thérapeutiques existantes suivantes

- 5.2.4.1. Tubes de drainage biliaire
- 5.2.4.2. Drains thoraciques
- 5.2.4.3. Appareils d'assistance à la toux
- 5.2.4.4. Sondes d'alimentation entérale
- 5.2.4.5. Cathéter de bloc péri-dural, intrathécal et régional
- 5.2.4.6. Défibrillateur cardiaque implantable
- 5.2.4.7. Accès intraveineux à long terme, incluant sans s'y limiter, le cathéter central inséré par voie périphérique (PICC), Hickman, Port-a-cath
- 5.2.4.8. Ventilation non invasive
- 5.2.4.9. Tubes de drainage rénaux et vésicaux
- 5.2.4.10. Tubes de trachéostomie
- 5.2.4.11. Tubes de gastrostomie de décompression

5.3. S'assurer d'obtenir le consentement éclairé nécessaire en vue des interventions

5.4. Documenter les interventions pratiquées et leur résultat, et diffuser l'information pertinente

5.5. Assurer que l'on organise un suivi approprié des interventions pratiquées

**6. Consulter au besoin d'autres professionnels de la santé tout en reconnaissant les limites de leur expertise**

6.1. Démontrer qu'ils connaissent les limites de leur expertise

6.1.1. Pratiquer l'autoréflexion comme outil pour comprendre les limites personnelles de l'expertise

6.2. Démontrer qu'ils peuvent au besoin consulter un autre professionnel efficacement, de façon appropriée et en temps opportun pour optimiser les soins dispensés aux patients

6.3. Organiser des services de suivi appropriés pour les patients et les membres de leur famille

## Communicateur

### **Définition :**

Comme *communicateurs*, les surspécialistes en médecine palliative adulte facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical.

### **Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine adulte peuvent...**

#### **1. Établir avec les patients et les membres de leur famille un rapport et une confiance ainsi qu'une relation thérapeutique conforme à l'éthique**

- 1.1. Reconnaître que le fait d'être bon communicateur constitue une technique clinique essentielle pour les médecins et qu'une communication médecin-patient efficace peut favoriser la satisfaction du patient et du médecin, l'observation du traitement et une amélioration des résultats cliniques
  - 1.1.1. Faire preuve de compétence pour recueillir les préoccupations d'ordre physique, fonctionnel, psychologique, social et spirituel
- 1.2. Établir avec les patients et les membres de leur famille de bonnes relations thérapeutiques caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie
  - 1.2.1. Reconnaître la valeur de maintenir l'espoir lorsque l'on travaille avec des patients présentant des besoins palliatifs ainsi qu'avec leur famille
  - 1.2.2. Fournir des conseils de soutien et des ressources pour les personnes qui se trouvent en situation de perte
- 1.3. Respecter le caractère confidentiel des renseignements concernant le patient, de sa vie privée et de son autonomie
- 1.4. Écouter efficacement
  - 1.4.1. Faire preuve de compétence dans l'écoute empathique pour établir des objectifs de soins centrés sur le patient, et déterminer l'étendue de la compréhension de la maladie et du pronostic
- 1.5. Être à l'affût des indices non verbaux et en tenir compte
  - 1.5.1. Reconnaître que les émotions, l'empathie, et les soins peuvent s'exprimer à travers la communication verbale et non verbale
- 1.6. Faciliter efficacement un contact clinique structuré
  - 1.6.1. Organiser, participer à, et le cas échéant, mener des rencontres cliniques structurées pour atteindre des objectifs prédéterminés, incluant sans s'y limiter la planification préalable des soins, tout en respectant l'autonomie du patient, et en maximisant la participation des patients et de leur famille

- 2. Trouver et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des patients et des membres de leur famille, de collègues et d'autres professionnels**
  - 2.1. Recueillir des informations au sujet de la maladie, et au sujet des croyances, des espoirs, des préoccupations, des attentes, et de l'expérience de la maladie du patient, en ce qui concerne les soins palliatifs et de fin de vie
  - 2.2. Chercher et résumer des renseignements pertinents provenant d'autres sources, comme d'autres professionnels, tout en respectant la vie privée et la confidentialité
  
- 3. Transmettre avec exactitude des explications et des renseignements pertinents aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres professionnels**
  - 3.1. Présenter des renseignements au patient et aux membres de sa famille, aux confrères et aux autres professionnels de façon, humaine, compatissante et compréhensible pour encourager la discussion et la participation à la prise de décisions
    - 3.1.1. Déterminer les défis, incluant sans s'y limiter, la colère, la confusion, de la culture, le déni, le niveau d'éducation et le langage, et modifier son approche en conséquence pour garantir une communication efficace
    - 3.1.2. Adapter le style de communication aux patients et à leur famille
    - 3.1.3. Expliquer les options de traitement, pharmacologiques et non pharmacologiques, incluant sans s'y limiter, les avantages, les risques, les effets secondaires et l'efficacité
    - 3.1.4. Échanger des informations de manière efficace avec les collègues et les autres professionnels de la santé pour garantir que les patients et leurs familles reçoivent des messages cohérents
  
- 4. Faire en sorte que les patients, les membres de leur famille et les autres professionnels aient la même compréhension des enjeux, des problèmes et des plans pour élaborer un plan de traitement commun**
  - 4.1. Définir et explorer efficacement les problèmes à aborder à la suite d'une rencontre avec un patient, en tenant compte du contexte, des réponses du patient, de ses préoccupations et de ses préférences
    - 4.1.1. Expliquer une philosophie de soins palliatifs aux patients et à leur famille
  - 4.2. Respecter la diversité et la différence, ce qui inclut les effets de la problématique homme-femme, de la religion et des croyances culturelles sur la prise de décision
  - 4.3. Encourager la discussion, les questions et l'échange au cours de la rencontre
  - 4.4. Pour l'élaboration du plan de traitement, faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé compétents à la prise de décision
    - 4.4.1. Discuter des questions palliatives et de fin de vie habilement avec les patients et leurs familles, incluant sans s'y limiter la planification préalable des soins, le lieu des soins, la sédation palliative, pronostic, les choix de

traitement, et la non initiation ou le retrait des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie

- 4.4.2. Participer à et mener les rencontres avec la famille pour discuter de divers sujets, incluant sans s'y limiter, les objectifs de soins et la planification du congé de l'hôpital
  - 4.4.3. Éduquer les patients, leur famille et les professionnels de la santé sur les questions, les affections, les soins aigus, les urgences et les symptômes fréquemment observés chez les patients présentant des besoins palliatifs, ainsi que les stratégies de prise en charge dans les différents milieux de soins
  - 4.4.4. Éduquer les patients, leur famille et les professionnels de la santé au sujet des différences dans la prestation de soins palliatifs et de fin de vie en milieu communautaire, incluant sans s'y limiter à domicile et dans les collectivités rurales
- 4.5. S'attaquer efficacement aux problèmes de communication délicats, par exemple pour l'obtention d'un consentement éclairé, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et en présence de colère, de confusion et d'incompréhension
- 4.5.1. Répondre aux demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté en incluant des connaissances des responsabilités professionnelles
  - 4.5.2. Expliquer le concept de mort cérébrale, et de don de tissus et d'organe
  - 4.5.3. Faire preuve d'habileté pour discuter de sujets difficiles sur le plan émotionnel avec les enfants, les adolescents et leur famille

## **5. Transmettre des renseignements verbaux, écrits ou électroniques efficaces au sujet d'un contact médical**

- 5.1. Maintenir des dossiers clairs, concis, précis et appropriés des rencontres cliniques ainsi que des plans incluant les aspects physique, fonctionnel, psychologique, social et spirituel
- 5.2. Présenter des rapports oraux au sujet des contacts cliniques et des plans
- 5.3. Communiquer efficacement par téléphone et autres médias électroniques, avec les patients, leur famille et les fournisseurs de soins de santé
- 5.4. Présenter des informations médicales de manière appropriée pour garantir un transfert des soins sécuritaire

## **6. Présenter au public ou aux médias l'information relative à une question médicale**

## Collaborateur

### **Définition :**

À titre de *collaborateurs*, les surspécialistes en médecine palliative adulte travaillent efficacement au sein d'une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

### **Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...**

#### **1. Participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé**

- 1.1. Décrire les rôles et responsabilités du surspécialiste en médecine palliative adulte à d'autres professionnels dans l'évaluation et la prise en charge de patients présentant des besoins palliatifs, ainsi que leur famille, tout au long de la trajectoire de la maladie et dans différents milieux de soins, et dans des soins primaires, partagés et consultatifs
- 1.2. Décrire les rôles et les responsabilités d'autres professionnels membres de l'équipe de soins de santé
  - 1.2.1. Discuter de l'importance de la clarté du rôle dans la prestation de soins palliatifs et de fin de vie
- 1.3. Reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences d'autres professionnels par rapport aux leurs
  - 1.3.1. Reconnaître les rôles, l'expertise et les limites, y compris les recouvrements et la nature complémentaire, de chaque membre de l'équipe interprofessionnelle
  - 1.3.2. Respecter le rôle des médecins de premier recours, et l'importance de la continuité des soins pour les patients ayant des besoins palliatifs
- 1.4. Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier, prodiguer et intégrer des soins à des patients individuels et à des groupes de patients
  - 1.4.1. Participer aux soins interprofessionnels et multidisciplinaires de patients présentant des besoins palliatifs ainsi que leur famille, tout au long de la trajectoire de la maladie et dans les différents milieux de soins
  - 1.4.2. Établir avec l'équipe traitante comment les soins seront administrés au patient : soins partagés, consultatifs ou primaires
- 1.5. Travailler de manière collaborative dans d'autres activités et tâches, incluant sans s'y limiter, les questions de recherche, le travail éducatif, l'évaluation de programmes ou des responsabilités administratives
- 1.6. Participer efficacement à et, le cas échéant, mener des rencontres de famille et des tournées et des réunions d'équipe interprofessionnelle

- 1.7. Nouer des relations interdépendantes avec d'autres professionnels afin de prodiguer des soins palliatifs et de fin de vie interprofessionnels optimaux
- 1.8. Décrire les principes de la dynamique d'équipe
  - 1.8.1. Évaluer les stades de développement et de formation d'équipe, et décrire les éléments d'une équipe interprofessionnelle efficace
  - 1.8.2. Décrire des causes fréquentes des conflits et du dysfonctionnement au sein d'une équipe, et les différents types de cadres de gestion d'équipe
- 1.9. Respecter l'éthique de l'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme
- 1.10. Faire preuve de leadership dans une équipe de soins de santé de façon appropriée
- 1.11. Reconnaître et respecter le droit d'un individu à refuser d'effectuer ou de participer à des actes pour des raisons de conscience morale

**2. Collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre**

- 2.1. Respecter leurs collègues et les membres d'une équipe interprofessionnelle
- 2.2. Collaborer avec d'autres professionnels pour prévenir les conflits
- 2.3. Recourir à la négociation fondée sur la collaboration pour résoudre des conflits
- 2.4. Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui peuvent contribuer à la tension interprofessionnelle
  - 2.4.1. Pratiquer l'autoréflexion comme outil pour améliorer le fonctionnement de l'équipe et soutenir la résolution de conflit au sein d'une équipe
  - 2.4.2. Recevoir et intégrer la rétroaction de collègues, d'autres fournisseurs de soins de santé, des patients et de leur famille
- 2.5. Réfléchir sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle
  - 2.5.1. Promouvoir la réflexion au sein de l'équipe comme outil pour améliorer le fonctionnement de l'équipe et soutenir la résolution de dysfonctionnement d'équipe
- 2.6. Identifier la nature et les causes de conflits, et employer des stratégies pour résoudre ou agir comme intermédiaire dans les conflits

## Gestionnaire

### **Définition :**

À titre de *gestionnaire*, le surspécialiste en médecine palliative adulte fait partie intégrante des organisations de santé, établit des pratiques durables, décide de l'attribution des ressources et contribue à l'efficacité du système de soins de santé.

### **Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...**

#### **1. Participer à des activités qui contribuent à l'efficacité de leurs organisations et systèmes de soins de santé**

- 1.1. Travailler en collaboration avec d'autres membres de leur organisation et dans les milieux institutionnels et/ou communautaires
- 1.2. Participer à l'évaluation et à l'amélioration des processus systémiques de maintien de la qualité comme les initiatives sur la sécurité des patients
- 1.3. Décrire la structure et le fonctionnement du système de santé en ce qui a trait à la médecine palliative adulte, y compris les rôles des médecins
  - 1.3.1. Décrire les modèles de prestation de soins palliatifs et de fin de vie, et leur utilisation, leurs avantages et leurs inconvénients
  - 1.3.2. Discuter de la façon dont les soins palliatifs et de fin de vie cadrent dans le système de soins de santé en général
- 1.4. Décrire les principes du financement des soins de santé, y compris la rémunération des médecins, l'établissement des budgets et le financement des organisations

#### **2. Gérer efficacement leur pratique et leur carrière**

- 2.1. Établir les priorités et gérer leur temps pour établir un juste équilibre entre les soins aux patients, les exigences de la pratique, les activités extérieures et la vie personnelle
- 2.2. Gérer une pratique, notamment les ressources financières et humaines
- 2.3. Mettre en œuvre des processus visant à assurer l'amélioration de leur pratique personnelle
  - 2.3.1. Mettre en place un processus pour intégrer la prise de décision factuelle et les normes de soins en évolution
  - 2.3.2. Suivre la pratique en appliquant des principes d'autoréflexion
  - 2.3.3. Démontrer une connaissance des compétences spécifiques nécessaires pour les différents types de carrières en médecine palliative adulte
- 2.4. Utiliser la technologie de l'information de manière appropriée aux fins des soins aux patients

### **3. Répartir judicieusement des ressources du secteur des soins de santé, qui sont limitées**

- 3.1. Reconnaître l'importance de la juste répartition des ressources de la santé en établissant un équilibre entre l'efficacité, l'efficience et l'accès, d'une part, et le soin optimal des patients, d'autre part
  - 3.1.1. Promouvoir la planification préalable des soins en temps opportun ainsi que les discussions pour garantir l'utilisation appropriée des ressources de soins de santé
  - 3.1.2. Décrire les ressources disponibles pour soutenir les patients présentant des besoins palliatifs dans les différents milieux de soins
  - 3.1.3. Décrire comment les différents modèles de prestation de soins palliatifs et de fin de vie ont des conséquences sur le système de soins de santé, incluant sans s'y limiter, les ressources humaines et l'attribution des ressources
- 3.2. Appliquer des données probantes et des processus de gestion pour dispenser des soins dont le coût est approprié

### **4. Jouer des rôles d'administrateur et de chef de file**

- 4.1. Présider des comités et des réunions, ou y participer efficacement
- 4.2. Diriger ou mettre en œuvre des changements apportés aux soins de santé
  - 4.2.1. Décrire les théories associées à la facilitation du changement au sein des organisations
  - 4.2.2. Décrire les caractéristiques essentielles au leadership efficace au sein d'une équipe ou d'une organisation
  - 4.2.3. Développer et maintenir des normes de soins institutionnelles ou communautaires
- 4.3. Planifier des éléments pertinents à la prestation des soins de santé, comme les horaires de travail

### **Promoteur de la santé**

#### ***Définition :***

Comme *promoteurs de la santé*, les surspécialistes en médecine palliative adulte utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être de patients individuels, de collectivités et de populations.

**Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...**

**1. Répondre aux besoins et aux problèmes de santé de patients individuels dans le cadre des soins aux patients**

- 1.1. Définir les besoins sanitaires d'un patient individuel
  - 1.1.1. Décrire les questions physiques, fonctionnelles, psychologiques, sociales et spirituelles d'un patient individuel présentant des besoins palliatifs et les besoins associés de la famille du patient
  - 1.1.2. Définir les éléments de la souffrance vécue par un patient présentant des besoins palliatifs et par la famille du patient
- 1.2. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès de personnes auxquelles ils prodiguent des soins, et y réfléchir
  - 1.2.1. Gérer les attentes et besoins d'un patient individuel et de sa famille
  - 1.2.2. Réduire la souffrance et améliorer la qualité de vie par l'identification des questions psychologiques, sociales et spirituelles vécues par un patient individuel et sa famille
  - 1.2.3. Prendre en considération les facteurs de risque associés au deuil atypique et compliqué
- 1.3. Faire preuve d'une compréhension de la possibilité d'un conflit entre les intérêts d'une personne et ceux de l'ensemble de la collectivité

**2. Répondre aux besoins de soins de santé des collectivités qu'ils servent**

- 2.1. Décrire les milieux de pratique qu'ils servent
- 2.2. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les collectivités qu'ils servent et y réagir de la façon appropriée
  - 2.2.1. Décrire les attitudes sociétales et en évolution au sujet de la mort et de la phase entre la vie et la mort
  - 2.2.2. Décrire les facteurs sociétaux, environnementaux, financiers et politiques pertinents à la prestation des soins palliatifs et de fin de vie au Canada
  - 2.2.3. Identifier et défendre les intérêts des patients nécessitant des besoins palliatifs et leur famille
  - 2.2.4. Identifier les questions liées aux soins palliatifs et de fin de vie pertinentes à différentes cultures, croyances et traditions
  - 2.2.5. Décrire les avantages sociétaux du don d'organe et de tissu
  - 2.2.6. Montrer une connaissance des organisations locales, régionales, provinciales, nationales et internationales, incluant sans s'y limiter, l'Association canadienne de soins palliatifs et la Société canadienne des

médecins de soins palliatifs qui défendent les soins palliatifs et de fin de vie à tous les niveaux du gouvernement

- 2.3. Comprendre qu'il peut y avoir des intérêts divergents entre les collectivités servies et d'autres populations

### **3. Définir les déterminants de la santé des populations qu'ils servent**

- 3.1. Définir les déterminants de la santé des populations, y compris les obstacles à l'accès aux soins palliatifs et aux ressources
  - 3.1.1. Disponibilité des soins primaires, de l'équipe interprofessionnelle et des services médicaux spécialisés
  - 3.1.2. Identification retardée ou absence d'identification des populations de patients qui pourraient bénéficier de soins palliatifs
  - 3.1.3. Disponibilité des ressources communautaires, incluant sans s'y limiter, les soins à domicile et la pharmaceutique
  - 3.1.4. Inégalités géographiques
  - 3.1.5. Inégalités dans les populations vulnérables et marginalisées
  - 3.1.6. Pauvreté
  - 3.1.7. Coût de mourir à la maison
- 3.2. Repérer les groupes vulnérables et marginalisés au sein des populations servies et y répondre de la façon appropriée
  - 3.2.1. Identifier les obstacles factuels aux soins palliatifs et de fin de vie pour les populations vulnérables ou marginalisées, incluant sans s'y limiter, les personnes les sans-abri, les autochtones, les personnes incarcérées, et les personnes vivant dans les communautés rurales, nordiques et éloignées

### **4. Promouvoir la santé de patients individuels, de collectivités et de populations**

- 4.1. Décrire une façon de mettre en œuvre un changement d'un déterminant de la santé des populations qu'ils servent
  - 4.1.1. Promouvoir la planification des soins préalables
  - 4.1.2. Développer les soins interprofessionnels
  - 4.1.3. Identifier les questions organisationnelles touchant la prestation des soins palliatifs et de fin de vie, incluant sans s'y limiter, le manque de ressources communautaires pour les personnes souhaitant mourir à domicile
  - 4.1.4. Participer en tant que membre de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs et d'autres organisations pour défendre des soins palliatifs et de fin de vie équitables, accessibles, sécuritaires et de qualité pour tous les Canadiens

- 4.2. Décrire l'effet des politiques publiques sur la santé des populations servies
  - 4.2.1. Décrire comment les changements de législation pourraient affecter la santé des patients présentant des besoins palliatifs et leur famille
  - 4.2.2. Décrire comment les changements dans le financement et la structure du système de soins de santé peuvent se répercuter sur les soins palliatifs et la fin de vie
- 4.3. Repérer les points d'influence dans le système de santé et sa structure
  - 4.3.1. Décrire le rôle de l'Association canadienne de soins palliatifs, les associations provinciales de soins palliatifs, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, et les sections palliatives des associations médicales provinciales dans la défense des patients présentant des besoins palliatifs, ainsi que leur famille
- 4.4. Décrire les enjeux professionnels, moraux et éthiques inhérents à la promotion de la santé, y compris l'altruisme, la justice sociale, l'autonomie, l'intégrité et l'idéalisme
- 4.5. Comprendre la possibilité inhérente de conflits entre leur rôle de promoteur de la santé qui intervient en faveur d'un patient ou d'une collectivité et celui de gestionnaire ou gardien
- 4.6. Décrire le rôle de la profession médicale dans l'intervention collective en faveur de la santé et de la sécurité des patients

## Érudit

### **Définition :**

Comme *érudits*, les surspécialistes en médecine palliative adulte démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.

### **Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...**

#### **1. Maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir**

- 1.1. Décrire les principes du maintien de la compétence
- 1.2. Décrire les principes et les stratégies de mise en œuvre d'un système de gestion du savoir personnel
  - 1.2.1. Concevoir, mettre en œuvre, documenter et surveiller un plan personnel pour la formation continue
  - 1.2.2. Utiliser les technologies de l'information pour optimiser l'apprentissage

- 1.3. Reconnaître les problèmes d'apprentissage dans la pratique et en tenir compte
    - 1.3.1. Pratiquer l'autoréflexion comme outil d'apprentissage
  - 1.4. Procéder à une vérification de la pratique personnelle
  - 1.5. Poser une question d'apprentissage approprié liée aux soins aux patients présentant des besoins palliatifs, et à leur famille
  - 1.6. Consulter et interpréter les données probantes pertinentes
  - 1.7. Appliquer de nouvelles connaissances à la pratique
  - 1.8. Évaluer l'incidence de tout changement dans la pratique
  - 1.9. Documenter le processus d'apprentissage
- 2. Évaluer de façon critique de l'information médicale et ses sources et en faire une utilisation judicieuse lors de la prise de décisions touchant à la pratique**
- 2.1. Décrire les principes de l'évaluation critique
  - 2.2. Évaluer de façon critique les données probantes obtenues afin de répondre à une question clinique
  - 2.3. Intégrer des conclusions d'évaluation critique aux soins cliniques
- 3. Faciliter l'acquisition du savoir pour les patients, les membres de leur famille, les étudiants, les résidents, d'autres professionnels de la santé, le public et d'autres intervenants**
- 3.1. Décrire les principes de l'apprentissage pertinents à l'éducation médicale, incluant sans s'y limiter, la théorie de l'apprentissage des adultes, les styles d'apprentissage personnel et la pratique réflexive
  - 3.2. En collaboration, définir les besoins d'apprentissage et les résultats souhaités chez des tiers
  - 3.3. Choisir des stratégies efficaces d'enseignement et un contenu permettant de faciliter l'apprentissage chez des tiers
  - 3.4. Démontrer des techniques efficaces de présentation de conférences ou d'exposés
    - 3.4.1. Faire preuve d'enseignement efficace dans divers contextes, incluant sans s'y limiter, au niveau prédoctoral, postdoctoral, en développement professionnel continu et dans des forums publics
  - 3.5. Évaluer et réfléchir à des contacts d'enseignement par le biais de l'autoréflexion et l'assimilation de rétroaction
  - 3.6. Fournir une rétroaction efficace
  - 3.7. Décrire les principes d'éthique qui ont trait à l'enseignement

**4. Contribuer à la création, à la diffusion, à l'application et à l'utilisation de connaissances et de pratiques médicales nouvelles**

- 4.1. Décrire les principes de la recherche et de la recherche savante
  - 4.1.1. Identifier les thèmes et les tendances actuels en matière de recherche relative aux soins palliatifs et de fin de vie
  - 4.1.2. Décrire les défis particuliers de la recherche relative aux soins palliatifs et de fin de vie, et les stratégies pour les surmonter
- 4.2. Décrire les principes de la recherche éthique dans le contexte de soins palliatifs et de fin de vie
- 4.3. Poser une question scientifique liée aux soins aux patients présentant des besoins palliatifs, incluant sans s'y limiter, les soins cliniques, sciences fondamentales, la santé, l'éducation et les systèmes de populations
- 4.4. Effectuer une recherche systématique de données probantes
- 4.5. Choisir et mettre en œuvre des méthodes appropriées pour répondre à la question
- 4.6. Diffuser les résultats d'une étude
- 4.7. Réaliser une recherche érudite, un projet d'assurance de la qualité ou un projet éducatif portant sur la médecine palliative adulte, pouvant être publié dans une publication révisée par des pairs ou présentée au cours d'une réunion universitaire

**Professionnel**

**Définition :**

Comme *professionnels*, les surspécialistes en médecine palliative adulte sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

**Compétences clés et habilitantes : les spécialistes de médecine palliative adulte peuvent...**

**1. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par une pratique respectueuse de l'éthique**

- 1.1. Avoir un comportement professionnel approprié dans la pratique, ce qui comprend l'honnêteté, l'intégrité, de dévouement, la compassion, le respect et l'altruisme
  - 1.1.1. Faire preuve d'un engagement continu envers un patient et sa famille, de manière appropriée à partir de la consultation et jusqu'à la mort du patient, et auprès de la famille après la mort du patient
- 1.2. Démontrer leur dévouement à dispenser des soins de la plus grande qualité et à maintenir leur compétence
  - 1.2.1. Incorporer les normes actuelles de soins palliatifs et de fin de vie à la

pratique clinique

- 1.2.2. Agir comme modèle soignant avec compétence les patients présentant des besoins palliatifs, ainsi que leur famille
  - 1.2.3. Montrer de la sensibilité et de la réactivité face aux diverses populations de patients
  - 1.3. Reconnaître les problèmes d'éthique et de morale qui se posent dans la pratique et y répondre de façon appropriée
  - 1.4. Mettre en œuvre une approche éthique lorsqu'ils abordent les questions liées aux soins aux patients présentant des besoins palliatifs, et leur famille, incluant sans s'y limiter les directives avancées, la planification préalable des soins, la confidentialité, le conflit d'intérêts, le consentement et la capacité, la sédation palliative, le suicide médicalement assisté et l'euthanasie, la prise de décisions au nom du patient, l'énoncé de la vérité, et la non initiation ou le retrait des interventions thérapeutiques essentielles au maintien de la vie
    - 1.4.1. Identifier les questions morales et d'éthique fréquemment observée en soins palliatifs pédiatriques, et décrire les similarités et les différences avec les soins palliatifs adultes
    - 1.4.2. Reconnaître et respecter les différences de détresse morale et de conscience vécues par les membres de l'équipe de soins palliatifs, les patients et leur famille
    - 1.4.3. Décrire la disponibilité et l'accès aux ressources pour soutenir la prise de décisions complexes sur le plan éthique, incluant sans s'y limiter, les consultations d'éthique
  - 1.5. Déterminer, déclarer et gérer les conflits d'intérêts réels, potentiels et perçus
    - 1.5.1. Montrer des stratégies pour résoudre des conflits d'intérêts liés aux soins palliatifs et de fin de vie, incluant sans s'y limiter, l'autonomie, l'objectif des soins et l'attribution des ressources
  - 1.6. Reconnaître les principes et les limites de la confidentialité et de la vie privée chez les patients tels que définis par les normes d'exercice de la profession et la loi
  - 1.7. Maintenir des limites appropriées avec les patients et leurs familles, incluant sans s'y limiter, la surimplication et l'identification personnelle
- 2. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession**
- 2.1. Montrer une connaissance et une compréhension des codes de pratique éthiques, moraux, juridiques et professionnels liés aux directives préalables, la planification préalable des soins, la sédation palliative et la non initiation et le retrait des interventions thérapeutiques essentielles au maintien de la vie
    - 2.1.1. Décrire des questions éthiques, morales, juridiques et médicales entourant le don et la transplantation d'organes et de tissus

- 2.2. S'acquitter des obligations réglementaires et législatives découlant de la pratique courante
  - 2.2.1. Appliquer la législation pertinente liée aux soins aux patients, incluant sans s'y limiter, les directives préalables et la procuration pour les soins personnels
  - 2.2.2. Appliquer les protocoles pertinents au moment de la mort, incluant sans s'y limiter, les notifications appropriées du médecin examinateur ou du coroner, et le remplissage des documents pertinents
  - 2.2.3. Identifier les différentes approches de soins aux patients aptes et inaptes, incluant les rôles juridiques, éthiques et moraux des représentants légaux
  - 2.2.4. Montrer des connaissances approfondies de la réglementation relative à la prescription de médicaments contrôlés, incluant sans s'y limiter, les cannabinoïdes, les opioïdes et d'autres médicaments utilisés dans la prise en charge de la douleur et des symptômes chez les patients présentant des besoins palliatifs
- 2.3. Démontrer leurs responsabilités face aux ordres de médecins
- 2.4. Reconnaître le comportement non professionnel de tiers dans la pratique clinique ou dans le contexte de l'enseignement ou de la recherche, et y réagir
- 2.5. Participer à l'examen de pairs

### **3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et la viabilité de leur pratique**

- 3.1. Établir un équilibre entre les priorités personnelles et professionnelles afin d'assurer leur santé personnelle et la viabilité de leur pratique
  - 3.1.1. Utiliser des stratégies de gestion personnelle du stress associées aux soins aux patients ayant des besoins palliatifs, ainsi que leur famille
  - 3.1.2. Montrer des stratégies de résolution de conflits et des pressions exercées sur les rôles
- 3.2. S'efforcer d'accentuer leur sensibilisation et leur perspicacité personnelles et professionnelles
  - 3.2.1. Reconnaître l'importance d'incorporer l'auto-réflexion dans tous les aspects de la pratique
  - 3.2.2. Réfléchir aux conséquences personnelles de fournir des soins à des patients qui souffrent, ainsi que leur famille
  - 3.2.3. Reconnaître l'usure de compassion et développer une stratégie pour en atténuer le risque
  - 3.2.4. Rechercher recevoir de la rétroaction et de l'aide d'autres personnes concernant des questions personnelles et professionnelles
  - 3.2.5. Avoir une bonne conscience de soi et prendre soin de soi

- 3.3. Reconnaître les cas où d'autres professionnels sont dans le besoin et y réagir de la façon appropriée
  - 3.3.1. Identifier les personnes à risque d'usure de compassion ou faisant preuve d'usure de compassion, et les stratégies et les ressources pour les aider

**REVISÉ** – Comité d'examen des normes de formation spécialisée – octobre 2015