



COMPÉTENCES POSTDOCTORALES ATTENDUES POUR LES SOINS PALLIATIFS

DOCUMENT D'ORIENTATION

Septembre 2019

Préparé par la Société canadienne des médecins de soins palliatifs
Groupe de travail pour la formation à l'approche palliative

Leonie Herx – coprésidente
Teneille Gofton – coprésidente
Carl Bromwich
James Downar
Shaundra Popowich
Giovanna Sirianni
Christina Vadeboncoeur
Samantha Winemaker

Représentante du Collège des médecins de famille du Canada – Nancy Fowler

Ce document d'orientation décrit les compétences en soins palliatifs que les spécialistes de disciplines autres que la médecine palliative devraient avoir acquises à la fin de leur résidence, pour que les patients bénéficient d'une approche palliative intégrée. Cette liste de compétences préliminaire est proposée à toutes les spécialités qui prodiguent des soins aux personnes atteintes d'une condition médicale grave, potentiellement mortelle :

Spécialités :	Surspécialités :	Diplômes – Domaines de compétence ciblée (DCC)
Anesthésiologie Médecine d'urgence Médecine de famille Chirurgie générale – voir surspécialités Médecine interne - voir surspécialités Neurologie Neurochirurgie Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale Pédiatrie Médecine physique et réadaptation Psychiatrie Radio-oncologie Urologie Chirurgie vasculaire	Cardiologie Chirurgie colorectale Médecine de soins intensifs Gastroentérologie Médecine interne générale Gériatrie Gérontopsychiatrie Oncologie gynécologique Médecine maternelle et fœtale Oncologie médicale Médecine néonatale et périnatale Néphrologie Médecine de la douleur Hématologie/oncologie pédiatrique Hématologie Oncologie médicale Pneumologie Chirurgie thoracique	Oncologie de l'adolescent et du jeune adulte Hépatologie adulte Insuffisance cardiaque avancée et transplantation cardiaque Greffe de cellules souches hématopoïétiques Transplantation d'organes Compétences avancées de la médecine de famille en soins palliatifs

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) invite les comités de spécialité à revoir la liste des compétences et à l'adapter en fonction de leur discipline respective. Elle prêterait volontiers son assistance au besoin.

POURQUOI FAUT-IL UN GUIDE DES COMPÉTENCES EN SOINS PALLIATIFS?

La mort et le mourir font partie de la vie et touchent tous les Canadiens. Offrir des soins palliatifs et de fin de vie de haute qualité est une responsabilité commune à tous les fournisseurs de soins de santé, pas seulement à ceux qui se spécialisent en soins palliatifs. Il n'est ni possible ni nécessaire que les soins palliatifs soient toujours dispensés par des spécialistes en soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont une approche qui vise à réduire la souffrance et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie en offrant :

- Une prise en charge de la douleur et des symptômes;
- Un soutien aux plans psychologique, social, émotionnel, spirituel et pratique;
- Un soutien aux proches aidants pendant la maladie et après le décès de la personne dont ils prennent soin¹.

Au Canada, l'accès aux soins palliatifs varie considérablement selon l'âge de la personne, son lieu de résidence et la maladie dont elle est atteinte.² On estime qu'entre 15% et 30% des Canadiens seulement ont accès aux soins palliatifs et que la plupart des gens ont peu de chances de recevoir ces soins là où ils le voudraient, Parmi les adultes décédés en 2016-2017, moins d'un sur six a reçu des services de soins palliatifs à domicile^{3,4,5}.

Pour améliorer et uniformiser les soins palliatifs et pour les rendre plus accessibles, il faut assurer à ceux qui les fournissent une formation appropriée^{1,3,4}. Dans le cas des médecins, cette formation appropriée signifie :

- Habiletés de base en soins palliatifs afin que tous les médecins soient en mesure d'offrir une approche palliative à leurs patients.
- Habiletés complémentaires pour les médecins qui :
 - a) sont une ressource en matière d'approche palliative dans la communauté où ils pratiquent;
 - b) sont souvent appelés à traiter des patients parvenus à la phase terminale d'une maladie chronique.
- Habiletés supérieures pour les consultants en soins palliatifs, les médecins exerçant une subsécialité de la médecine palliative, ainsi que les professeurs et chercheurs dans la discipline⁶.

¹ Traduit de: *Framework on Palliative Care in Canada*. Health Canada, December 2018. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/framework-palliative-care-canada.html#exec>

² *Points saillants du sondage national sur la médecine palliative*. Association médicale canadienne, Société canadienne des médecins de soins palliatifs, Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Technology Evaluation in the Elderly Network, 2015) https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/News_Releases/News_Items/oldNews/PM_Survey_Final_Report_FR.pdf

³ *L'Accès aux soins palliatifs au Canada*. Institut canadien d'information sur la santé, 2018 (<https://www.cihi.ca/fr/accéder-aux-données-et-aux-rapports/accès-aux-soins-palliatifs-au-canada>)

⁴ *Cadre national « Aller de l'avant »*. Association canadienne de soins palliatifs et Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, 2015. <http://www.hpcintegration.ca/media/60047/TWF-framework-doc-Fr-2015-final-Avril1.pdf>

⁵ *Améliorer les soins palliatifs au Canada*. Société canadienne des médecins de soins palliatifs <http://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2016/10/Summary-How-to-improve-palliative-care-in-Canada-FR.pdf>

⁶ *Document d'information : Formation médicale en soins palliatifs au Canada, février 2018*. Société canadienne des médecins de soins palliatifs, 2018. <https://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2018/04/Palliative-Care-Medical-Education-Feb-2018-FR.pdf>

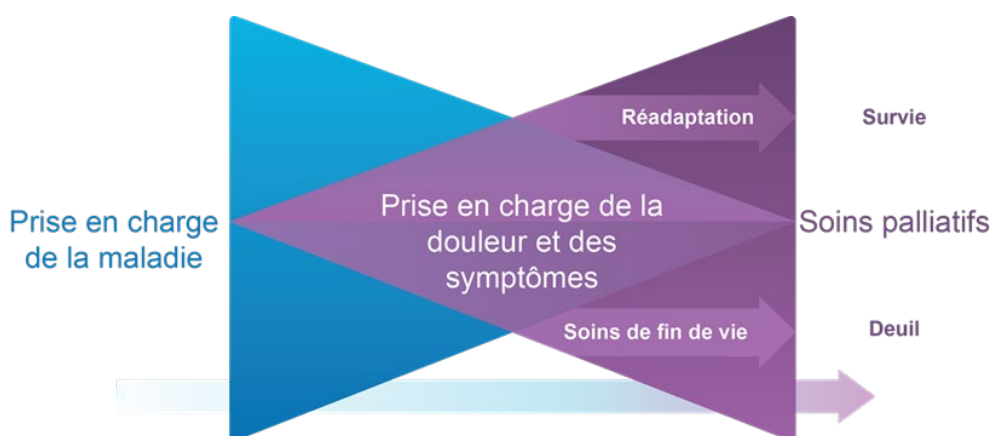
DÉFINITION DES SOINS PALLIATIFS

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. » On peut consulter ici la définition intégrale en anglais: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

L'OMS souligne que dans le cas des enfants, les soins palliatifs représentent un domaine particulier, bien qu'étroitement lié aux soins palliatifs destinés aux adultes. Pour consulter la définition de l'OMS en anglais: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

MODÈLE DE SOINS PALLIATIFS

Le **modèle en nœud papillon**⁷ illustre la double réalité des patients qui espèrent la guérison tout en affrontant la possibilité de ne pas guérir et en s'y préparant. Il propose par ailleurs une façon d'associer les soins palliatifs aux soins curatifs ou à ceux pouvant modifier l'évolution de la maladie peu après le moment où une maladie grave est diagnostiquée. Les soins palliatifs devraient être accessibles à tous les paliers du système de soins et dans tous les contextes, y compris au domicile du patient.



APPROCHE PALLIATIVE DES SOINS

Les soins palliatifs peuvent et devraient être en majeure partie fournis par un professionnel de la santé en soins de première ligne qui a reçu une formation adéquate et maîtrise les compétences nécessaires pour participer à une approche palliative intégrée et qui a accès à un expert spécialiste des soins palliatifs pour répondre aux besoins les plus complexes^{1,5,8,9}.

⁷ Hawley, P. « The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care », *J Pain Symptom Manage*, vol. 47, n° 1 (janvier 2014), p. e2-e5. Reproduction autorisée par Pallium Canada.

⁸ EL Krakauer, X Kwete, S. Verguet et coll. (2018). « Palliative care and pain control », dans DT Jamison, H Gelband, S Horton, P Jha, R Laxminarayan, CN Mock, R Nugent (dir.), *Disease Control Priorities*, 3^e édition, vol. 9 : *Improving Health and Reducing Poverty*. Washington, DC: Banque mondiale, p. 235-246

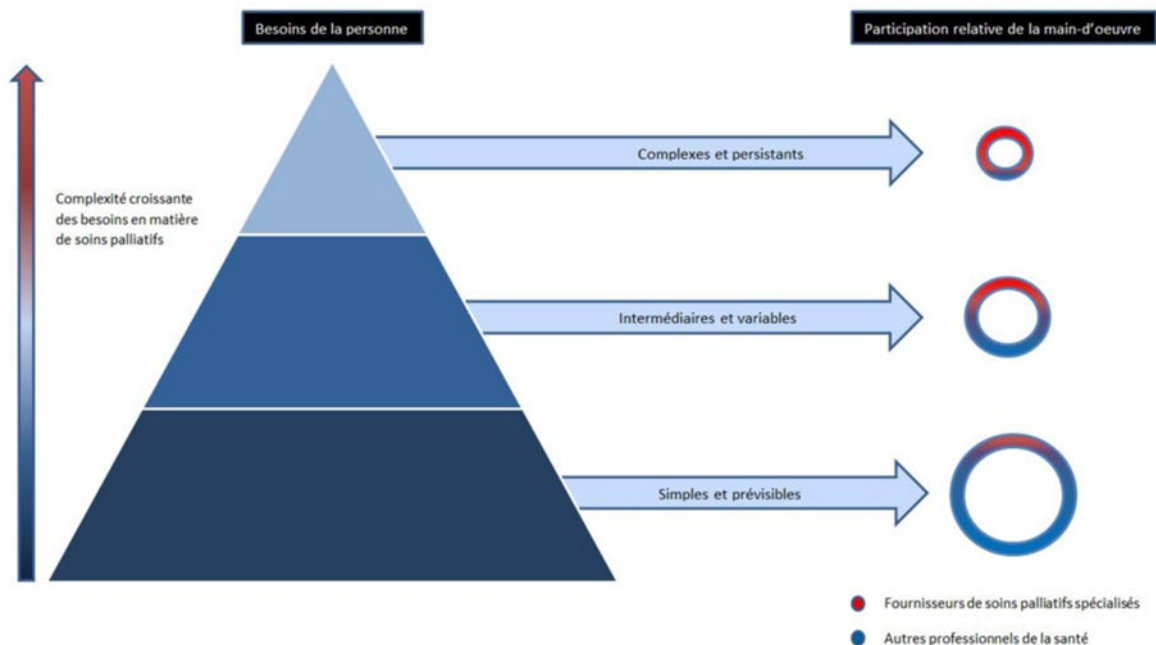
⁹ *Palliative Care Service Development Guidelines*. Palliative Care Australia, janvier 2018

L'approche palliative des soins est centrée sur les besoins d'une personne et de sa famille, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel, à toutes les étapes d'une maladie chronique et évolutive. Cette approche renforce l'autonomie de la personne et son droit de participer pleinement à ses propres soins, et lui procure le sentiment d'avoir une meilleure maîtrise de la situation. Les soins palliatifs ne se limitent pas aux soins offerts dans les derniers jours de vie, quand les traitements curatifs ne fonctionnent plus; il s'agit plutôt d'une approche de soins permettant de rehausser la qualité de vie tout au long de la trajectoire de la maladie ou pendant le cheminement vers le décès. Des soins adaptés sont prodigués au moment approprié au cours de la maladie, les interventions étant particulièrement axées sur une communication ouverte et attentive au sujet de la maladie et du pronostic, sur la planification préalable des soins, sur le soutien psychologique et spirituel et sur le traitement de la douleur et des symptômes. À mesure que la maladie progresse, les objectifs et le plan de soins sont revus régulièrement et une référence est faite, le cas échéant, à des services de soins palliatifs spécialisés¹⁰.

L'approche palliative des soins est une responsabilité commune à toutes les personnes qui accompagnent des patients et des familles en situation de maladie grave, de mort ou de deuil.

Alignement des besoins en soins palliatifs avec l'expertise des fournisseurs⁹

Besoins de la personne vs participation relative de la main-d'œuvre



¹⁰ Adapté de : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/53069/TWF-lexicon-FR-final.pdf>

POURQUOI CE DOCUMENT?

Ce document d'orientation décrit les compétences en soins palliatifs que les spécialistes de disciplines autres que la médecine palliative devraient avoir acquises à la fin de leur résidence, pour que les patients bénéficient d'une approche palliative intégrée. Cette liste de compétences préliminaire est proposée à toutes les spécialités qui prodiguent des soins aux personnes atteintes d'une condition médicale grave, potentiellement mortelle. Ces spécialités sont énumérées en page couverture.

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) invite les comités de spécialité à revoir la liste des compétences et à l'adapter en fonction de leur discipline respective. Elle prêtera volontiers son assistance au besoin.

GENÈSE DU DOCUMENT

En 2017, la SCMSP a créé un groupe de travail pour la Formation à l'approche palliative, le chargeant de recenser les compétences essentielles en soins palliatifs en vue des programmes de spécialisation du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Les membres du groupe de travail ont été choisis en fonction de leur expérience clinique en soins palliatifs et en différentes spécialités et en fonction de leur expertise en formation postdoctorale en médecine palliative.

Le document rédigé par ce groupe de travail, liste les compétences en soins palliatifs attendues des médecins après leurs études doctorales. Ce document est un prolongement de celui, récemment révisé, portant sur les compétences en soins palliatifs attendues des étudiants en médecine et qui a fait l'objet d'une validation en plusieurs étapes avant sa publication en juin 2018.¹¹ Les listes des compétences attendues en pré et post-gradué ont été élaborées en respectant le référentiel CanMEDS proposé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.¹²

Principales étapes

1. Après une revue exhaustive de la littérature, le groupe de travail a dressé et revu la liste des compétences au cours d'une période de six mois.
2. À l'été 2018, la liste a été soumise à cinq grandes associations :
 - a. l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), par l'intermédiaire des doyens des études postdoctorales;
 - b. le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC);
 - c. le Collège des médecins du Québec (CMQ);
 - d. le Conseil médical du Canada (CMC);
 - e. le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).
3. Les commentaires de ces associations ont été intégrés à de nouvelles versions, à l'automne et à l'hiver 2018.
4. Le conseil d'administration de la SCMSP a étudié et avalisé la nouvelle version le 22 février 2019.

¹¹ <https://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2019/01/Competences-en-soins-palliatifs-2018-FR3.pdf>

¹² <http://canmeds.royalcollege.ca/fr/referentiel>

5. Le document a été traduit en français et la version française a été révisée par le Collège des médecins du Québec et un médecin exerçant en soins palliatifs à l'Université de Montréal.
6. Le document a été approuvé par le Comité de formation postgraduée en août 2019. Le comité est constitué d'un représentant des treize (13) facultés de médecine du Canada qui offrent un programme de compétences avancées en soins palliatifs (cf annexe)
7. L'étape finale est la distribution de ce document d'orientation aux comités de spécialité énumérés en page couverture et à tous les intervenants impliqués en formation médicale en soins palliatifs (à partir de septembre 2019). La SCMSP invite les comités de spécialité à revoir la liste des compétences et à l'adapter en fonction de leur discipline respective. Elle prêtera volontiers son assistance au besoin.

COMPÉTENCES

Expert médical

Au terme de la résidence, les médecins seront en mesure de :

1. Fournir une *approche palliative de soins*¹³.

Compétence habilitante

1.1 Comprendre à quel moment entreprendre une approche palliative.

	Objectifs spécifiques
1.1.1	Reconnaître les trajectoires habituelles de maladies et les indicateurs cliniques associés au déclin fonctionnel afin d'initier une approche palliative précoce.
1.1.2	Décrire les bénéfices d'une approche palliative précoce.

2. Évaluer et prendre en charge la douleur et les autres symptômes courants.

Compétences habilitantes

2.1 Évaluer la douleur et la prendre en charge dans un contexte de soins palliatifs.

	Objectifs spécifiques
2.1.1	Procéder à une anamnèse détaillée de la douleur et effectuer un examen physique approprié chez un patient présentant de la douleur.
2.1.2	Adopter une démarche interprofessionnelle centrée sur le patient et sa famille lors de l'évaluation de la douleur chez un patient atteint d'une maladie potentiellement mortelle.
2.1.3	Décrire et reconnaître le concept de « douleur totale », c'est-à-dire l'ensemble des facteurs d'ordre physique, psychologique, social, affectif et spirituel qui peuvent influencer l'expérience de la douleur.
2.1.4	Décrire et utiliser des outils appropriés et validés pour évaluer la douleur.
2.1.5	Choisir les moyens appropriés et pertinents pour investiguer la douleur.
2.1.6	Choisir les modalités analgésiques appropriées, pharmacologiques et non pharmacologiques.

¹³ L'approche palliative des soins est centrée sur les besoins d'une personne et de sa famille, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel, à toutes les étapes d'une maladie chronique et évolutive. Cette approche renforce l'autonomie de la personne et son droit de participer pleinement à ses propres soins, et lui procure le sentiment d'avoir une meilleure maîtrise de la situation. Les soins palliatifs ne se limitent pas aux soins offerts dans les derniers jours de vie, quand les traitements curatifs ne fonctionnent plus; il s'agit plutôt d'une approche de soins permettant de rehausser la qualité de vie tout au long de la trajectoire de la maladie ou pendant le cheminement vers le décès. Des soins adaptés sont prodigués au moment approprié au cours de la maladie, les interventions étant particulièrement axées sur une communication ouverte et attentive au sujet de la maladie et du pronostic, sur la planification préalable des soins, sur le soutien psychologique et spirituel et sur le traitement de la douleur et des symptômes. À mesure que la maladie progresse, les objectifs et le plan de soins sont revus régulièrement et une référence est faite, le cas échéant, à des services de soins palliatifs spécialisés

Adapté de : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/53069/TWF-lexicon-FR-final.pdf>

Compétences habilitantes

2.2 Recourir aux opioïdes de manière efficace pour prendre en charge la douleur et les autres symptômes dans un contexte de soins palliatifs.

	Objectifs spécifiques
2.2.1	Rédiger une ordonnance appropriée d'un opioïde à un patient qui n'en a jamais pris, incluant la prescription des entre-doses.
	2.2.1.1 Montrer sa capacité à utiliser les voies d'administration courantes des opioïdes en tenant compte de leurs effets sur la biodisponibilité et la posologie.
	2.2.1.2 Montrer sa capacité à tenir compte des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des opioïdes selon, entre autres, des facteurs propres à chaque patient, dont l'âge, le poids, l'exposition antérieure et les fonctions hépatiques et rénales.
2.2.2	Montrer sa capacité à ajuster, de façon appropriée, la posologie d'un opioïde.
2.2.3	Prendre en charge les effets secondaires courants des opioïdes. Anticiper et prévenir les effets secondaires comme la nausée et la constipation.
2.2.4	Répondre aux inquiétudes et aux idées préconçues des patients et de leur famille au sujet des opioïdes.
2.2.5	Expliquer les concepts de tolérance, de dépendance physique et d'accoutumance dans le contexte d'un traitement par opioïdes.
2.2.6	Reconnaître les facteurs propices au mauvais usage, à l'abus, à l'accoutumance et au détournement des opioïdes et décrire les moyens de composer avec ces risques.
2.2.7	Reconnaître la neurotoxicité induite par les opioïdes et la distinguer d'un surdosage.

Compétences habilitantes

2.3 Utiliser les analgésiques non-opioides, les coanalgésiques et les autres modalités thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur dans un contexte de soins palliatifs.

	Objectifs spécifiques
2.3.1	Utiliser à bon escient les analgésiques adjuvants comme les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les coanalgésiques.
2.3.2	Reconnaître le rôle potentiel des modalités adjuvantes, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie et les techniques analgésiques interventionnelles, dans la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes, et savoir quand référer à d'autres spécialistes, le cas échéant.

Compétences habilitantes

2.4 Évaluer et prendre en charge les symptômes courants dont la constipation, les nausées et vomissements, la dyspnée, le delirium et l'insomnie.

	Objectifs spécifiques
2.4.1	Procéder à une anamnèse détaillée et effectuer un examen physique approprié auprès d'un patient présentant des symptômes courants.
2.4.2	Adopter une démarche interprofessionnelle centrée sur le patient et sa famille lors de l'évaluation des symptômes chez un patient atteint d'une maladie potentiellement mortelle.

2.4.3	Décrire et utiliser des outils validés et appropriés pour évaluer les symptômes des patients.
2.4.4	Choisir les moyens appropriés et pertinents pour investiguer les symptômes identifiés.
2.4.5	Amorcer le traitement de première intention, pharmacologique et non pharmacologique, afin de prendre en charge les symptômes identifiés.

Compétences habilitantes

2.5 Évaluer et décrire correctement les éléments de la souffrance des patients et des familles bénéficiant d'une approche palliative¹⁴.

	Objectifs spécifiques
2.5.1	Intégrer diverses perspectives sociétales de la mort et du mourir.
2.5.2	Reconnaître et décrire les facteurs qui contribuent à la souffrance des patients ayant besoin d'une approche palliative ainsi que de leur famille.

Compétences habilitantes

2.6 Offrir une approche de soutien à la souffrance.

	Objectif spécifique
2.6.1	Offrir une approche de soutien qui englobe les multiples facteurs qui contribuent à la souffrance chez le patient et sa famille.

3. Participer à la prestation de soins et de soutien au patient mourant et à sa famille dans des cas non compliqués.

Compétences habilitantes

3.1 Participer aux soins du patient mourant et à sa famille dans des cas non compliqués.

	Objectifs spécifiques
3.1.1	Reconnaître les signes d'une mort imminente.
3.1.2	Décrire les signes habituels du processus naturel de la mort.
3.1.3	Préparer et informer le patient et sa famille à l'approche de la mort.
3.1.4	Prescrire les médicaments appropriés pour contrôler les symptômes en fin de vie.
3.1.5	Constater le décès d'un patient et remplir le certificat de décès.

¹⁴ Le terme « famille » fait ici référence aux personnes (membres de la famille, amis ou proches aidants) jugées importantes pour le patient.

4. Participer à la prestation des soins à un enfant ayant besoin d'une approche palliative ainsi qu'au soutien à la famille, si le champ de pratique s'étend aux soins pédiatriques.

Compétences habilitantes

4.1 Prendre part à la prise en charge des soins et du soutien d'un enfant ayant besoin de soins palliatifs et à sa famille¹⁴.

	Objectifs spécifiques
4.1.1	Décrire les similarités et les différences entre les soins palliatifs aux enfants et les soins palliatifs aux adultes, y compris les répercussions du deuil et de la perte sur la famille.
4.1.2	Reconnaître les difficultés (sociales, professionnelles et personnelles) inhérentes à la prestation de soins palliatifs à un enfant et à sa famille.
4.1.3	Décrire l'approche thérapeutique multidisciplinaire la plus appropriée vis-à-vis l'enfant et sa famille en cas de maladie grave.

5. Répondre aux besoins psychosociaux et spirituels des patients ayant besoin d'une approche palliative ainsi que de leur famille.

Compétences habilitantes

5.1 Répondre aux besoins psychosociaux et spirituels des patients souffrant d'une maladie, potentiellement mortelle, ainsi que ceux de leur famille.

	Objectifs spécifiques
5.1.1	Reconnaître et évaluer les besoins psychosociaux et spirituels des patients et de leur famille et ajuster le plan de soins en conséquence tout au long de la maladie.
5.1.2	Reconnaître les exigences et le stress imposés aux aidants et identifier les facteurs de risque d'épuisement.
5.1.3	Montrer sa capacité à dépister et diagnostiquer la dépression ou l'anxiété chez le patient et sa capacité à amorcer le traitement approprié.
5.1.4	Identifier les facteurs de risque de deuil compliqué.
5.1.5	Reconnaître, chez les patients et les aidants, les besoins psychosociaux complexes pouvant nécessiter un aiguillage vers des soins spécialisés.
5.1.6	Décrire le lien entre les facteurs psychosociaux, spirituels et culturels pouvant contribuer à la souffrance et à la 'douleur totale'.
5.1.7	Décrire une approche permettant de soutenir les personnes qui éprouvent un deuil anticipé ou un deuil, y compris l'aiguillage vers un service de soutien.

Compétences habilitantes

5.2 Établir et proposer un plan de soins en collaboration avec d'autres disciplines.

	Objectifs spécifiques
5.2.1	Participer à l'établissement d'un plan de soins interprofessionnels pour répondre aux besoins psychosociaux et spirituels des patients et de leur famille qui font face à une maladie potentiellement mortelle.
5.2.2	Faire participer activement les prestataires de soins de première ligne et autres services de soutien communautaires au soutien psychosocial et spirituel des patients et de leur famille qui font face à une maladie potentiellement mortelle.

Compétences habilitantes

5.3 Créer un climat de confiance sur le plan culturel et être sensible aux facteurs spirituels, religieux et culturels ainsi qu'au contexte de vie.

	Objectifs spécifiques
5.3.1	Faire preuve d'humilité culturelle et être sensible aux effets de la diversité sur la prise de décisions, afin de fournir des soins centrés sur le patient et à sa famille.
5.3.2	Reconnaître les effets potentiels des valeurs, des préjugés ou des perspectives du patient, du médecin et des autres professionnels sur la qualité des soins, et adapter l'approche en conséquence.

Leader et professionnel

Au terme de leur résidence, les médecins seront en mesure de :

6. Initier et participer activement aux discussions et prises de décisions portant sur la planification préalable des soins, les objectifs de soins avec les patients susceptibles de bénéficier d'une approche palliative intégrée, dans le respect de la bioéthique et du cadre légal.

Compétences habilitantes

6.1 Établir une planification préalable des soins avec le patient et sa famille, dans le respect de la réglementation et de la terminologie en usage dans la province ou le territoire.

	Objectifs spécifiques
6.1.1	Discuter des questions éthiques qui surviennent fréquemment durant la trajectoire de la maladie (processus de décisions, cessation ou non-initiation de traitement, ordonnance de non-réanimation, etc.).
6.1.2	Respecter la diversité des structures familiales, des rôles et reconnaître les facteurs culturels au moment de communiquer une information et de prendre des décisions, y compris au sujet du plan de soins.

6.2 Démontrer l'intégration de la planification préalable des soins.

	Objectifs spécifiques
6.2.1	Démontrer une approche efficace de la planification préalable des soins.

6.3 Comprendre les différences entre aide médicale à mourir, sédation palliative et cessation ou non initiation de traitement, en tenant compte de la réglementation et de la terminologie fédérale, provinciale et territoriale.

	Objectifs spécifiques
6.3.1	Démontrer ses habiletés à répondre adéquatement aux questions et aux besoins des patients et de leur famille au cours des discussions sur l'aide médicale à mourir, sur la sédation palliative et sur la non-initiation ou la cessation du traitement.
6.3.2	Repérer la souffrance du patient et de sa famille dans ces contextes et y répondre de manière appropriée.
6.3.3	Faire appel à des services spécialisés de soins palliatifs au besoin.

- 6.4 Montrer sa capacité d'autoréflexion et sa capacité de prendre soin de soi dans le cadre de son travail auprès de patients ayant besoin d'une approche palliative ainsi que de leur famille.

	Objectifs spécifiques
6.4.1	Identifier les facteurs communs de stress personnel et professionnel associés à la prestation de soins à un patient qui requiert une approche palliative ainsi qu'à sa famille.
6.4.2	Établir un plan pour composer avec le stress personnel et professionnel découlant d'une relation de soins avec des patients qui ont besoin d'une approche palliative ainsi qu'avec leur famille.
6.4.3	Faire preuve d'une capacité d'autoréflexion en analysant ses propres valeurs, croyances et réactions devant la mort et le mourir.
6.4.4	Faire preuve d'introspection et reconnaître que nos réactions personnelles peuvent influencer notre capacité à fournir une approche palliative et savoir solliciter l'aide nécessaire pour réagir de façon appropriée.

Communicateur

Au terme de leur résidence, les médecins seront en mesure de :

7. Communiquer efficacement avec les patients, les familles et autres aidants.

Compétences habilitantes

- 7.1 Communiquer avec honnêteté et compassion au sujet de la progression de la maladie et du pronostic, dès le diagnostic et tout au long de la maladie.

	Objectifs spécifiques
7.1.1	Vérifier ce que le patient et la famille comprennent de la maladie et leur volonté de partager cette information.
7.1.2	Montrer sa capacité de discuter d'un pronostic et de la trajectoire attendue de la maladie.

- 7.2 Faciliter les rencontres avec le patient et sa famille.

- 7.3 Communiquer avec le patient et sa famille pour déterminer, consigner et appliquer un plan de soins adapté aux valeurs du patient et à ses objectifs de soins.

- 7.4 Montrer sa capacité de renseigner les patients et les familles bénéficiant d'une approche palliative sur les questions liées à la progression de la maladie.

- 7.5 Communiquer et partager l'information avec les prestataires de soins de santé, y compris l'équipe de soins de première ligne, au sujet de l'histoire naturelle de la maladie, de ce qu'il y a lieu de surveiller, de l'opportunité d'aiguiller le patient vers d'autres ressources, du pronostic et de la possibilité d'un plan d'action au sein de la communauté.

Collaborateur

Au terme de leur résidence, les médecins seront en mesure de :

8. Collaborer au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Compétences habilitantes

- 8.1 Travailler de manière efficace avec des collègues de diverses professions pour participer à l'approche palliative intégrée pendant toute la durée de la maladie.
- 8.2 Aiguiller vers les ressources appropriées, les patients qui ont des besoins complexes exigeant des soins palliatifs spécialisés, et informer adéquatement les spécialistes en question des motifs de la consultation, des résultats des investigations pertinentes, des mesures de prise en charge de la douleur, de la liste des médicaments et de la toxicité induite par les opioïdes, le cas échéant.
- 8.3 Assurer la continuité de l'approche palliative dans différents contextes en collaborant avec le médecin clinicien principal.
- 8.4 Montrer sa capacité de collaborer avec d'autres disciplines en expliquant les conversations déjà tenues avec le patient et sa famille et la réaction de ces derniers.

Promoteur de la santé

Au terme de leur résidence, les médecins seront en mesure de :

9. Reconnaître les déterminants de la santé et surmonter les obstacles nuisant à l'approche palliative dans une population ou chez un patient donné.

Compétence habilitante

- 9.1 Reconnaître les déterminants de la santé et surmonter les obstacles pouvant empêcher l'accès à des ressources en soins palliatifs.

	Objectifs spécifiques
9.1.1	Reconnaître et, dans la mesure du possible, surmonter les obstacles nuisant à la disponibilité et à l'accessibilité aux soins palliatifs, y compris : les variabilités régionales, la stigmatisation, le fait de ne pas reconnaître le besoin de soins palliatifs, la disponibilité des ressources spécialisées dans la communauté.
9.1.2	Identifier des collaborateurs parmi les populations vulnérables et marginalisées (notamment les personnes sans abri, les Autochtones, la population carcérale et les personnes vivant dans des communautés très éloignées/rurales) et travailler en collaboration avec eux pour rendre les soins palliatifs plus accessibles dans ces milieux.

Annexe

Membres du Comité de formation postgraduée de la Société canadienne des médecins en soins palliatifs

Dr. Anoo Tamber – Université de Colombie-Britannique
Dr. Julia Ridley – Université de Colombie-Britannique
Dr. Sarah Burton-MacLeod – Université de l'Alberta
Dr. Laurie Lemieux – Université de Calgary
Dr. Amanda Roze des Ordon – Université de Calgary
Dr. Michael Volpe – Université du Manitoba
Dr. Anita Singh – Université Western Ontario
Dr. Anne Boyle – Université McMaster
Dr. Ebru Kaya – Université de Toronto
Dr. Sarah Kawaguchi – Université de Toronto
Dr. Craig Goldie – Université Queen's
Dr. Andréanne Côté – Université de Montréal
Dr. Donald Ginsberg – Université McGill
Dr. Carl Bromwich – Université de Sherbrooke
Dr. Samir Azzaria – Université Laval
Dr. Erin Gorman Corsten – Université Dalhousie