

REPENSER L'ENSEIGNEMENT DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES POUR NOS FUTURS MÉDECINS DE FAMILLE: *UNE DÉMARCHE PAS À PAS*



Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU)
Programme de résidence en médecine de famille

Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées

Septembre 2013

Faculté de médecine

Université 
de Montréal

Membres du Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées

Paule Lebel, MD, MSc, responsable du Comité

Médecin spécialiste en santé communautaire, médecin-conseil, Direction de la santé publique de Montréal
Professeure agrégée, DMFMU, et codirectrice, Direction Collaboration et Partenariat patient, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal (UdeM)
Coprésidente, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, RUIS de l'UdeM

Nathalie Champoux, MD, MSc Pharmacologie

Médecin de famille, IUGM; professeure agrégée de clinique et chercheure, DMFMU
Directrice du Programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, DMFMU

Geneviève Dechêne, MD

Médecin de famille, GMF du CSSS du Sud-Ouest-Verdun
Chargée d'enseignement de clinique, DMFMU

Hugues de Lachevrotière, MD

Médecin de famille, CSSS du Sud de Lanaudière
Président du Comité de l'enseignement des Soins aux personnes âgées (SAPA)

Raphaël Goyette, MD

Médecin de famille, CLSC Saint-Hubert, CSSS Champlain-Charles-LeMoyne
Chargé d'enseignement de clinique, DMFMU

Suzanne Lebel, MD

Médecin de famille, CSSS d'Antoine-Labelle
Professeure adjointe de clinique, DMFMU

Patricia Murphy, MD

Médecin de famille, cogestionnaire médicale au programme clientèle PPALV, volet SAD, CLSC-CHSLD du Marigot, CSSS de Laval
Chargée d'enseignement de clinique, DMFMU

Diane Roger-Achim, MD

Médecin de famille, CLSC des Faubourgs, CSSS Jeanne-Mance
Professeure adjointe de clinique, DMFMU

Expertise pédagogique

Louise Authier, MD

Médecin de famille, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Directrice, Programme de résidence en médecine de famille, et professeure titulaire de clinique, DMFMU

Gilbert Sanche, MD

Médecin de famille, CLSC-CHSLD du Marigot, CSSS de Laval

Directeur adjoint, Programme de résidence en médecine de famille, et professeur agrégé de clinique, DMFMU

Gestion de projet

Florian Bersier, MSc

Gestionnaire de projets, CPASS, Faculté de médecine

Luce Gosselin, MOA

Gestionnaire de projets, CPASS, Faculté de médecine

Soutien administratif et documentaire

Monique Clar, BSc, MBSI

Bibliothécaire, Bibliothèque de la santé, UdeM

Muriel Guériton, MBSI

Bibliothécaire

France Maltais

Traitement de texte

Suzanne Valiquette

Technicienne en coordination du travail de bureau, Faculté de médecine, UdeM

Production

Graphisme et impression, Service d'impression de l'Université de Montréal (SIUM)

Photo de la page couverture :

D^r Raphaël Goyette, jeune médecin de famille, lors d'une visite au domicile d'une patiente âgée

Crédit : Louis-Charles Primeau

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement de leur contribution à ce rapport les participants des entrevues individuelles et de groupes et les répondants du sondage cités dans le présent document, ainsi que toutes les personnes consultées dans le cadre de nos travaux et celles qui ont aimablement accepté d'en commenter la version préliminaire :

Équipes multiprofessionnelles d'UMF et de soutien à domicile

CSSS d'Antoine-Labelle

CLSC-CHSLD du Marigot du CSSS de Laval

CLSC du CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Experts sur les conditions de pratique des jeunes médecins

François-Pierre Gladu, MD, médecin de famille, IUGM; président de l'Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ)

Philippe Karazivan, MD, médecin de famille, Département de médecine générale, CHUM et UMF Notre-Dame; chargé d'enseignement de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, UdeM

Experts dans le domaine des soins aux personnes âgées

Annik Dupras, MD, gériatre, CHUM; professeure adjointe de clinique, Département de médecine, Faculté de médecine, UdeM

Pierre Jacob Durand, MD, gériatre, président de la table sectorielle RUIS vieillissement, MSSS

Marie-Jeanne Kergoat, MD, gériatre, IUGM; professeure titulaire, Département de médecine, Faculté de médecine, UdeM

Paule Laramée et Denyse Marier, gestionnaires ayant occupé divers postes dans l'organisation et la gestion des services aux personnes âgées à domicile et en CHSLD; alors membres du Comité de travail de l'AQESSS qui a produit le document intitulé « Six cibles pour faire face au vieillissement de la population »

Médecins de famille en exercice récemment diplômés

Stéphanie Awad, MD, médecin de famille, GMF du CSSS du Sud-Ouest-Verdun et Hôpital Saint-Luc du CHUM; chargée d'enseignement de clinique, vice-décanat, études médicales de 1^{er} cycle, Faculté de médecine, UdeM

Isabelle Julien, MD, médecin de famille, IUGM

Isabelle Paradis, MD, médecin de famille, Hôpital Maisonneuve-Rosemont; chargée d'enseignement de clinique, vice-décanat, études médicales de 1^{er} cycle, Faculté de médecine, UdeM

Médecins de famille ayant opté pour une 3^e année de formation avancée en soins aux personnes âgées

Ahn Hoang, MD, médecin de famille, CSSS de Laval

Catherine Bédard, MD, médecin de famille, CSSS de Laval; professeure adjointe de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, UdeM

Membres de la Table des résidents en médecine de famille de la Faculté de médecine, UdeM

Membres du Comité de l'externat en gériatrie

Nathalie Caire Fon, MD, médecin de famille, IUGM; professeure adjointe de clinique et directrice du secteur de la formation pédagogique, CPASS, Faculté de médecine, UdeM

Isabelle Payot, MD, gériatre, CHUM; professeure adjointe de clinique, Département de médecine, Faculté de médecine, UdeM

Daniel Racine, MD, médecin de famille, chef du service de gériatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont; professeur adjoint de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, UdeM

Personnes âgées vulnérables fréquentant le Centre de jour du Pavillon Alfred-Desrochers de l'IUGM

Représentants des instances gouvernementales

Pierre Bouchard, chargé de projet, Direction des soins hospitaliers et affaires universitaires (DSHAU) - unité des orientations des services aux aînés (UOSA), MSSS

Louis Dufresne, MD, néphrologue; directeur, Direction des soins hospitaliers et affaires universitaires (DSHAU), MSSS

Table des matières

2	Membres du Comité
4	Remerciements
6	Table des matières
8	Acronymes
10	Avant-propos
11	Introduction
12	1. Mandat du Comité et méthodologie
13	Mandat
14	Méthodologie
14	– Grandes étapes de la démarche
18	2. Vieillesse de la population et soins de première ligne
19	Les défis liés au vieillissement de la population québécoise et aux maladies chroniques
19	– Vieillesse de la population
26	– Portrait de santé de la population âgée du Québec vivant dans la communauté
29	– Personnes âgées vulnérables
31	La pratique des soins de première ligne auprès des personnes âgées
31	– Attitudes et intérêt pour les soins aux personnes âgées et le suivi des maladies chroniques (continuité de soins)
35	– Conditions de pratique essentielles à des soins de qualité et performants
40	3. Besoins de formation à la résidence en médecine de famille
41	Ce qu'en pensent des experts nationaux et internationaux : besoins normatifs
41	– Prendre les devants pour répondre aux besoins d'une population vieillissante
46	– L'enseignement du suivi médical des personnes âgées à domicile
48	– L'enseignement des soins en CHSLD
50	Ce qu'en pensent des enseignants, praticiens, gestionnaires et personnes âgées : besoins démontrés
50	– Groupes de discussion et entrevues individuelles avec des intervenants et des gestionnaires
52	– Groupe de discussion avec des personnes âgées
53	Ce qu'en pensent des résidents en médecine de famille : besoins ressentis
53	– Sondage auprès de la cohorte des résidents 2010-2012
54	– Consultation de la Table des résidents en médecine de famille (2011-2012)
56	État de la situation dans les UMF : résultats du sondage
56	– Stage obligatoire d'un mois en gériatrie en milieu hospitalier
58	– Activités d'apprentissage en soins à domicile
60	– Activités d'apprentissage en CHSLD
61	– Activités d'apprentissage en soins ambulatoires en UMF
62	– En résumé
64	4. Compétences à développer et stratégies d'apprentissage
65	Compétences générales attendues par contexte de pratique
66	– Expert médical
69	– Professionnel et communicateur
70	– Collaborateur et gestionnaire
72	– Érudite et promoteur de la santé
73	Compétences attendues pour différentes conditions cliniques
74	Stratégies d'apprentissage
75	– Tâche intégratrice
76	– Occasion propice d'apprentissage (OPA)

78	5. Recommandations pédagogiques
79	But de la transformation du programme
81	Recommandations générales
82	– Recommandations sur les unités académiques interprofessionnelles
84	6. Implantation des recommandations
85	Structure de gestion académique : le Comité SAPA accompagné d'un gestionnaire de projet
86	Coordination des travaux du Comité SAPA avec ceux d'autres comités d'enseignement universitaires
86	– DMFMU
86	– Autres programmes, départements et facultés de l'UdeM
86	– Départements de médecine de famille des universités québécoises
87	Développement de la pratique collaborative en partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants
88	Implantation d'un sondage annuel auprès des résidents finissants sur l'acquisition des compétences en soins aux personnes âgées
89	Optimisation des pratiques cliniques et d'enseignement des enseignants des UMF et des milieux associés
89	– Réseautage académique des UMF avec les gériatres et les gérontopsychiatres
90	– Appui de diverses instances
91	– Plan de communication
92	7. Conclusion
93	En conclusion
94	8. Bibliographie
104	9. Glossaire
112	Annexe 1
113	Grille d'entrevue – Groupes de professionnels
114	Grille d'entrevue – Médecins de famille
115	Grille d'entrevue – Table des résidents de médecine de famille, 2 ^e année
116	Grille d'entrevue – Groupe de personnes âgées
118	Annexe 2
119	Sondage auprès des UMF sur l'enseignement des soins aux personnes âgées
128	Annexe 3
129	Recommandations sur les conditions de pratique
132	Annexe 4
133	Tâches intégratrices (exemples relatifs aux troubles cognitifs)
140	Annexe 5
141	Fiches de compétences (exemples relatifs aux chutes et troubles de la mobilité et à la médication appropriée)
142	Annexe 6
143	Grille d'observation-rétroaction pour l'occasion propice d'apprentissage (OPA) (exemple relatif à la discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques)
146	Annexe 7
147	Unités de médecine familiale rattachées au DMFMU de la faculté de médecine de l'UdeM

Acronymes

ACFAS	Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AIS	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
AJMQ	Association des jeunes médecins du Québec
AMP	Activité médicale particulière
APC	Approche par compétences
APE	Activité professionnelle évaluable
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
AQG	Association québécoise de gérontologie
AQRP	Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CCC	Conseil central des compétences (Faculté de médecine, UdeM)
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CII-DPC	Comité interuniversitaire interprofessionnel en développement professoral continu
CIMAC	Comité d'implantation de l'approche par compétences (DMFMU, UdeM)
CIO	Comité interfacultaire opérationnel
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i> Ventilation en pression positive continue
CPASS	Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
CQMF	Collège québécois des médecins de famille
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CRI	Clinique-réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTMSP	Formulaire d'évaluation médicale : Classification par types en milieu de soins et services prolongés
DLP	Directeur local de programme (DMFMU, Faculté de médecine, UdeM)
DRMG	Département régional de médecine générale
DTA	Démence de type Alzheimer
DMFMU	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
DSHAU	Direction des soins hospitaliers et affaires universitaires (MSSS)
EPA	<i>Entrustable Professional Activity</i>
FCAS	Fiche d'appréciation du stage clinique
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FQC	Fondation québécoise du cancer
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
MCAS	Maladie cardiaque athérosclérotique
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur (Québec)
MMS	<i>Mini Mental State Examination</i> ou test de Folstein
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPA	Occasion propice d'apprentissage
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PABP	Programme d'apprentissage par petit groupe basé sur la pratique
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPALV	Programme Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement
PSI	Plan de service individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SAD	Soutien à domicile
SCG	Société canadienne de gériatrie
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SNC	Système nerveux central
SQG	Société québécoise de gériatrie
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UdeM	Université de Montréal
UMF	Unité de médecine familiale
UOSA	Unité d'orientation des services aux aînés (DSHAU, MSSS)
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Avant-propos

Le département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) a une triple mission d'enseignement, de recherche et d'amélioration des soins. Son objectif ultime est de contribuer au bien-être et à la qualité de vie de la population québécoise principalement, mais aussi de la communauté internationale. Le domaine d'expertise de la médecine de famille est étroitement lié aux exigences particulières que pose la prestation de services médicaux dans les communautés à des individus, tout au long des différentes étapes de leur vie. Il se situe plus spécifiquement dans l'élaboration d'approches ou de modalités de soins réunissant plusieurs qualités jugées essentielles en médecine familiale, à savoir une approche globale et systémique de soins et une préoccupation pour l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins.

Le département a la mission première de former les futurs médecins de famille pour qu'ils soient en mesure de soigner de façon efficace et efficiente des individus dans leur contexte familial et social. Il a la responsabilité de développer un réseau de milieux cliniques de formation qui dispensent des soins adaptés aux besoins de la population québécoise dans un contexte favorable à la collaboration entre intervenants et avec le patient et ses proches aidants et propice à la poursuite d'activités de recherche et d'évaluation de la qualité des soins.

Dans la mesure où il a la responsabilité de développer l'enseignement et la recherche en médecine générale, le département participe aux débats entourant l'élaboration des politiques de santé et de recherche en jouant un rôle de critique du système de santé relativement à ses champs d'expertise tout en maintenant son indépendance face aux différents groupes impliqués.

Le Programme de résidence en médecine de famille de l'UdeM partage la vision du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui définit le médecin de famille et caractérise la médecine familiale par ses quatre principes :

- ▶ Le médecin de famille est un clinicien compétent.
- ▶ La médecine de famille est une discipline communautaire.
- ▶ Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.
- ▶ La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.

Louise Authier

Louise Authier



photo: Danielle Dagenais, DMFMU, UdeM

Louise Authier,

MD, CMFC, FCMFC

Professeure titulaire de clinique

Directrice du programme de résidence
en médecine de famille

Département de médecine de famille
et de médecine d'urgence

Faculté de médecine
Université de Montréal

Introduction

La transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées est motivée par des enjeux populationnels incontournables.

Déjà, le réseau de la santé et des services sociaux est aux prises avec les conséquences du vieillissement de la population québécoise et de l'augmentation des maladies chroniques avec épisodes d'exacerbations aiguës. Les salles d'urgence des hôpitaux sont bondées, voire débordées et une proportion importante de leur clientèle, comme celle des unités hospitalières d'investigation et de soins aigus, est constituée de personnes âgées de 75 ans ou plus. En effet, alors que le nombre d'hospitalisations a diminué dans la population en général, depuis 1987, il a plus que doublé pour les 75 ans et plus. Il en est de même pour la durée du séjour hospitalier (Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2011). De plus, des médecins sont réclamés pour le suivi des malades à domicile et en CHSLD, comme l'expliquait le Journal MÉTRO en introduction d'un article de son numéro du 16 juin 2011, « ... une campagne de recrutement virale... afin d'encourager les médecins à travailler dans les CHSLD... ».

Par ailleurs, au même moment, la médecine de famille au Québec est confrontée au fait que nos étudiants en médecine sont davantage attirés par d'autres spécialités médicales que la médecine familiale. Les jeunes médecins de famille, quant à eux, montrent peu d'intérêt pour une pratique de première ligne (cabinet, domicile, longue durée) auprès de personnes âgées atteintes de maladies chroniques souvent multiples. Ces clientèles vulnérables nécessitent une continuité de soins et un engagement à plus long terme (sans compter la complexité des pathologies et de la gestion médicamenteuse).

Mes collègues du Comité et moi-même avons accepté le mandat qui nous a été confié par la direction du Programme de résidence en médecine de famille, forts de la conviction que des changements s'imposent. La tâche à accomplir est gigantesque et la transformation ne pourra se concrétiser que dans le cadre d'efforts concertés de la part du corps enseignant, des gestionnaires des UMF et des établissements auxquels elles sont rattachées.

Je tiens à remercier la D^{re} Louise Authier, directrice du Programme de résidence en médecine de famille, pour son appui inconditionnel à nos travaux, ainsi que le D^r Gilbert Sanche, pour l'éclairage apporté en matière d'approche par compétences. Je tiens également à souligner l'expertise, l'engagement, la passion, la créativité, le leadership de mes collègues du Comité, les D^{rs} Nathalie Champoux, Geneviève Dechêne, Raphaël Goyette, Suzanne Lebel, Patricia Murphy, Diane Roger-Achim, qui sont de véritables agents de changements dans leurs milieux de pratique respectifs. Enfin, nos travaux ont été rendus possibles grâce au soutien bienveillant du D^r Jean Pelletier, directeur du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, et au soutien financier consenti, qui nous a permis de retenir les services de gestionnaires de projets. Luce Gosselin et Florian Bersier nous ont accompagnés au long de la démarche avec rigueur, professionnalisme et dévouement et je les en remercie personnellement.



Paule Lebel



photo : Vincent Roy, CPASS, Faculté de médecine, UdeM

Paule Lebel,
MD, MSc, CSPQ, FRCPC

Responsable du Comité de
transformation de l'enseignement
des soins aux personnes âgées

1 MANDAT DU COMITÉ ET MÉTHODOLOGIE

*« Regarde-toi un peu. Tu n'as pas honte,
d'être si jeune ? À ton âge ! »*

– Daniel Pennac (1944-), *Monsieur Malaussène* (1995)

MANDAT

Sous l'autorité de la docteure Louise Authier, directrice du Programme de résidence en médecine de famille du DMFMU de l'UdeM, notre groupe se voyait confier, à l'automne 2010, le mandat de réviser l'enseignement des soins aux personnes âgées en approche par compétences du Programme et de proposer des stratégies pour l'implantation progressive des changements à y apporter. Les grandes orientations de nos travaux et nos recommandations font l'objet du présent rapport destiné aux instances universitaires, professionnelles et gouvernementales.

La révision de l'enseignement des soins aux personnes âgées s'inscrit dans une transformation générale du programme MD de la Faculté de médecine de l'UdeM, laquelle s'appuie sur les valeurs que sont le généralisme, les trajectoires individualisées, la vision intégratrice longitudinale, le leadership médical, l'engagement social et communautaire, l'équilibre de vie, la proximité « patient-population ». Elle a été réalisée en collaboration avec le Comité APC 1^{er} cycle, le Comité APC 2^e cycle, le CPASS, et ce, en respectant les principes du « cursus Triple C axé sur le développement des compétences » (Collège des médecins de famille du Canada, 2011), lequel :

- vise des soins **complets** et globaux,
- est orienté vers la **continuité** pédagogique et des soins aux patients, et
- est **centré** sur la médecine de famille,

principes auxquels se greffe un quatrième que nous avons jugé incontournable, soit celui de la **collaboration** entre intervenants et avec le patient et ses proches aidants (partenariat de soins et de services).

Le présent mandat n'inclut pas, cependant, la révision du programme de formation supplémentaire en soins aux personnes âgées du DMFMU.



photo: Vincent Roy, CPASS, Faculté de médecine, UdeM

Florian Bersier et Luce Gosselin, gestionnaires de projets pour le Comité

MÉTHODOLOGIE

Le Comité est constitué de médecins de famille possédant une expertise clinique et d'enseignement dans trois contextes cliniques offrant des soins à la personne âgée : les soins ambulatoires en UMF, les soins à domicile et les soins de longue durée. Pour la pratique hospitalière, le Comité a consulté une gériatre, la D^{re} Annik Dupras, qui a participé à l'élaboration de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Les travaux se sont échelonnés sur deux ans et demi, soit de novembre 2010 à mai 2013, sous forme de réunions de nos membres, de discussions avec la direction du Programme et de rencontres et consultations avec des interlocuteurs internes et externes (hors programme et hors UdeM) et des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La démarche engagée a d'abord consisté à établir le constat de la pratique de première ligne en soins aux personnes âgées et de l'enseignement des soins aux personnes âgées actuellement dispensé à nos résidents de médecine de famille. Par la suite, ces constats ont été analysés par les membres du Comité pour donner lieu à la formulation de recommandations précises sur la pédagogie et sur les conditions de pratique de la médecine de famille.

Conscients de la portée de leurs travaux sur l'ensemble de la pratique médicale auprès des personnes âgées, les membres du Comité ont voulu valider ces constats et les recommandations qui en découlent auprès de leurs pairs des autres départements de médecine de famille du Québec, ce qui a suscité une réflexion plus large sur les conditions de pratique des médecins de famille auprès de cette clientèle et sur certaines orientations pédagogiques à prioriser, ainsi que des travaux concertés, plus précisément à partir de l'automne 2012. L'ensemble de ces recommandations a également été validé auprès du Comité SAPA (Comité de l'enseignement des soins aux personnes âgées, réunissant les responsables locaux de programmes des Unités de médecine familiale rattachées au DMFMU) et auprès du Comité pédagogique du Programme et du Comité de programme.

Cette réflexion a également engendré des actions auprès des instances syndicales et gouvernementales qui encadrent la pratique de la médecine de famille, actions qui ont été appuyées par la publication d'articles dans le quotidien *Le Devoir* (août 2011) et dans des revues spécialisées telles que *l'Actualité médicale* (septembre 2011), *Vie et Vieillesse* (octobre 2011) et le Bulletin des Médecins francophones du Canada (2012). Enfin, la démarche engagée et les travaux réalisés ont fait l'objet de diverses présentations, notamment au Comité de programme du DMFMU (février et décembre 2011, juillet 2013), à l'ACFAS (mai 2011), à la Table des chefs d'UMF du DMFMU (mai 2012), à la Société canadienne de gériatrie (32^e Colloque annuel, Québec, avril 2012), au Comité de gériatrie du RUIS de l'UdeM (avril 2013) et à différentes directions du MSSS (juin 2013).

Grandes étapes de la démarche

Examen du programme actuel

Nous avons d'abord procédé à un examen approfondi du Programme de résidence en médecine de famille, dans sa forme actuelle. De plus, un inventaire de la documentation existante sur l'accueil des résidents en médecine de famille dans les UMF, ainsi que des ressources pédagogiques disponibles sur les soins aux personnes âgées et, en particulier, sur les troubles cognitifs, a été établi. Enfin, il a été tenu compte des travaux réalisés depuis 2005 par les différents groupes de travail mandatés par la direction du Programme.

Examen de l'enseignement en gériatrie dispensé dans le cadre des programmes de médecine (1^{er} cycle et études spécialisées)

Nous avons également pris connaissance des objectifs visés par les autres programmes et départements de la Faculté de médecine de l'UdeM qui offrent une formation en gériatrie aux étudiants et résidents en

médecine (premier et deuxième cycles). En ce sens, des discussions se sont tenues avec le comité du stage d'externat en gériatrie et avec des médecins spécialisés en gériatrie et en gérontopsychiatrie, rattachés respectivement au Département de médecine et au Département de psychiatrie de la Faculté. Un groupe de travail composé de trois membres de notre Comité et de trois représentants du corps professoral de l'externat en gériatrie a été constitué afin de statuer sur les compétences attendues chez les externes à la fin du programme MD, et ce, dans le but d'assurer un continuum de l'enseignement des soins aux personnes âgées entre l'externat et la résidence en médecine de famille.

Recension ciblée des écrits récents

Une recension ciblée des écrits récents a été réalisée sur les compétences à développer en fonction des différents contextes de soins visés par la pratique de la médecine de famille auprès des personnes âgées (soins ambulatoires, soins à domicile, hospitaliers et en CHSLD) et sur l'enseignement qui s'y rapporte.

Consultations

Des consultations ont été menées, sous formes d'entrevues individuelles et de groupes de discussion, auprès des personnes et groupes suivants :

- ▶ médecins de famille en exercice récemment diplômés (N = 3);
- ▶ équipes multiprofessionnelles d'UMF et/ou de soutien à domicile (N = 3 équipes) : UMF et Soutien à domicile du CSSS d'Antoine-Labelle (N = 5 : 4 médecins, 1 infirmière); CLSC-CHSLD du Marigot du CSSS de Laval (N = 5 : 1 médecin, 1 pharmacien, 1 infirmière, 2 gestionnaires cliniques); CLSC du CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (N = 6 : 2 médecins, 1 pharmacien, 2 infirmières cliniciennes, 1 psychologue);
- ▶ membres de la Table des résidents en médecine de famille de la Faculté de médecine de l'UdeM (N = 9);
- ▶ personnes âgées vulnérables fréquentant un centre de jour pour aînés à Montréal (N = 14) : Centre de jour du Pavillon Alfred-Desrochers de l'IUGM;
- ▶ intervenants experts dans le domaine des soins aux personnes âgées (N = 8);
- ▶ médecins de famille ayant opté pour une 3^e année de formation avancée en soins aux personnes âgées (N = 2);
- ▶ auteur de la thèse de maîtrise intitulée « *La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins* » (Philippe Karazivan, 2010) (N = 1);
- ▶ président de l'Association des jeunes médecins du Québec (François-Pierre Gladu) (N = 1).

Ces personnes ont été appelées à se prononcer, entre autres, sur les aspects suivants :

- ▶ défis reliés à la pratique actuelle,
- ▶ préparation médicale nécessaire pour relever ces défis (besoins de formation observés et ressentis),
- ▶ compétences attendues chez un médecin de famille auprès des personnes âgées,
- ▶ motivations et incitatifs potentiels à l'égard de cette pratique,
- ▶ attitudes observées chez les jeunes médecins et chez les résidents en médecine de famille face à la pratique des soins aux personnes âgées,
- ▶ degré de collaboration des médecins de famille avec les autres professionnels de la santé (voir grilles d'entrevue, Annexe 1).

Observations sur le terrain

Deux observations ont été réalisées dans des milieux distincts : l'une, lors d'une visite à domicile effectuée par un médecin de famille du CSSS du Sud-Ouest-Verdun; l'autre, lors d'une réunion de plan d'intervention interdisciplinaire (PII) à l'UMF des Hautes-Laurentides du CSSS d'Antoine-Labelle, site Notre-Dame-Du-Laus.

Enquête auprès des milieux d'enseignement – avril à juin 2011

Enfin, un sondage sur l'enseignement des soins aux personnes âgées a été mené auprès des seize unités de médecine familiale (UMF) rattachées au DMFMU de la Faculté de médecine à cette date et réparties dans les huit régions suivantes du Québec : Montréal, Laval, Montérégie, Abitibi-Témiscamingue, Laurentides, Mauricie-Centre-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière. Dans le cadre de ce sondage (Annexe 2), les directeurs locaux de programme (DLP) ont été questionnés sur les aspects suivants :

1. nature des stages et de la supervision, selon les contextes cliniques auxquels sont exposés les résidents : soins à domicile, soins ambulatoires, soins en CHSLD et soins hospitaliers;
2. points forts des stages et points à améliorer;
3. obstacles rencontrés par les résidents et par les superviseurs de stages, et ce, dans les différents contextes de soins.

Les données quantitatives obtenues ont été colligées sous forme de tableau *Excel* et l'ensemble des données recueillies – qualitatives et quantitatives – ont été analysées par les membres du Comité.

2 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Cette section documente le phénomène du vieillissement au Québec avec l'entrée en scène des *baby-boomers*. Elle fait ressortir les principales caractéristiques de la population âgée et des sous-groupes qui la composent à partir des grandes enquêtes populationnelles québécoises et canadiennes. De plus, elle explique en quoi le suivi des clientèles âgées vulnérables représente un défi au quotidien pour les intervenants de la santé et des services sociaux de première ligne.



LES DÉFIS RELIÉS AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE ET AUX MALADIES CHRONIQUES

Tous les jours, les médecins et professionnels des UMF, leurs résidents et stagiaires reçoivent en consultation des personnes âgées, ces dernières composant environ 30 % de leur clientèle ambulatoire, selon le sondage réalisé auprès des directeurs locaux de programmes dans le cadre de nos travaux. Afin d'offrir des soins globaux, les équipes professionnelles des UMF doivent tenir compte des caractéristiques sociodémographiques, des conditions de vie, des facteurs de risque et des incapacités associées aux maladies chroniques de leur clientèle âgée vivant dans la communauté en ménage privé.

Les pages suivantes présentent, principalement sous forme de tableaux et figures, les faits saillants dans le domaine afin d'en faciliter une consultation ciblée. Les données proviennent des recensements et de diverses enquêtes populationnelles, dont :

- Recensements du Canada, 2001, 2006, Statistique Canada
- Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
- Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec (ISQ)
- Enquêtes sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), Statistique Canada
- Enquêtes sur la population active (EPA), Statistique Canada
- Enquêtes de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)
- Enquête québécoise sur la limitation des activités, 2008, Institut de la statistique du Québec (ISQ)
- Fichier des décès, MSSS du Québec

Les définitions utilisées dans certaines études populationnelles sont présentées dans le Glossaire.

Vieillessement de la population

Dans les prochaines années, la population du Québec connaîtra un vieillissement marqué de sa population. Ce vieillissement se traduit déjà par une croissance soutenue du poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus, liée à la combinaison de deux phénomènes, une fécondité relativement faible et une augmentation de l'espérance de vie.

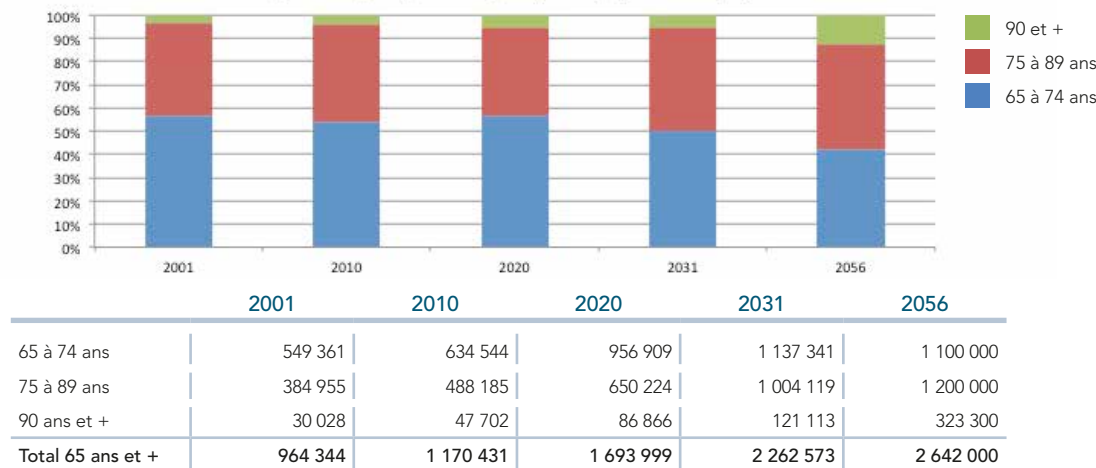
Effectifs et pourcentages de personnes âgées (ISQ, 2012; Ministère de la famille et des aînés, 2012)

- Au 1^{er} juillet 2012, la population québécoise était estimée à 8 054 800 personnes; la part des 65 ans, en augmentation continue, se situait à 16,2 %, soit 1 301 386 personnes âgées (56 % de femmes et 44 % d'hommes).
- Avec l'avance en âge au-delà de 65 ans, la proportion des femmes s'accroît par rapport à celle des hommes. Dans le groupe des 90 à 94 ans, la proportion est de 73 % de femmes vs 27 % d'hommes.
- En 2031, plus d'une personne sur quatre auront 65 ans et le nombre de personnes âgées aura doublé.
- Entre 2006 et 2056, la proportion des personnes âgées de 85 ans ou plus dans la population totale quadruplera, pour passer de 1,6 % à 6,8 % de la population totale.

Figure 1

Composition de la population de 65 ans et plus, par tranches d'âge, 2001-2056

À partir de 2020, augmentation plus importante des 75 ans et +
Évolution des 3 grands groupes d'âges par rapport à la population des 65 ans et +



Le rapport de masculinité change (+ d'hommes âgés car les gains d'espérance de vie se feront surtout chez les hommes).

Source : ISQ (2009). Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056

Espérance de vie et mortalité (ISQ, 2012; Ministère de la famille et des aînés, 2012)

- Depuis 1980, l'espérance de vie à la naissance a progressé de façon significative. En 2011, elle s'élevait à 81,8 ans (79,7 ans chez les hommes, 83,7 ans chez les femmes).
- Après 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre en moyenne 18 ans de plus et les femmes 21 ans. L'écart entre les sexes a considérablement diminué depuis trente ans : de 7,7 ans à 4,0 ans.
- Si l'espérance de vie actuelle se maintenait sur une longue période, plus d'une femme sur vingt (5,1 %) survivrait jusqu'à 100 ans. La probabilité qu'une femme vive jusqu'à 100 ans a doublé au cours des dix dernières années.
- Près de quatre décès sur cinq surviennent chez des personnes âgées de 65 ans et plus. Les trois principales causes de décès : tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et maladies de l'appareil respiratoire.

Ménage et revenu consacré au logement (Ministère de la famille et des aînés, 2012)

- Près de trois personnes de 65 ans ou plus sur dix (28,3 %) vivent seules au sein d'un ménage privé (47,8 % de femmes vs 24,1 % d'hommes). Cette proportion atteint un sommet entre 75 et 84 ans, avec près de quatre aînés sur dix.
- Un peu plus d'un aîné sur dix (11,2 %), en couple ou parent seul, vit avec un ou plusieurs de ses enfants encore à la maison.
- Plus du quart (26,3 %) des ménages dont le principal soutien est âgé de 65 ans ou plus consacrent 30 % ou plus de leur revenu au logement. Ce chiffre atteint 41,4 % chez les ménages dont le principal soutien est âgé de 85 ans ou plus.

Hébergement (Ministère de la famille et des aînés, 2012; INFO-HÉBERGEMENT, 2011)

- En 2010, la proportion de personnes âgées admises en ressources d'hébergement s'établissait à 3,6 % chez les 65 ans et plus et à 12,6 % chez les 85 ans et plus.
- Au 31 mars 2010, 211 établissements exploitaient une mission de CHSLD, dont 125 détenaient un statut public. L'ensemble des CHSLD offrait 44 000 lits dressés.

- Un peu plus de quatre aînés sur cinq (80,8 %) admis en ressources d'hébergement habitent dans un CHSLD. En 2010, 33 996 personnes âgées résidaient en CHSLD, 5 852 en ressources intermédiaires (RI) et 2 225 en ressources de type familial (RTF).
- La clientèle hébergée est de plus en plus âgée. Au 31 mars 2010, les proportions d'usagers âgés de 85 ans, parmi les usagers de 65 ans ou plus, en CHSLD publics et privés conventionnés (45,2 %) et en RI (38,0 %), étaient en hausse par rapport à celles au 31 mars 2006 (42,4 % pour les CHSLD et 32,6 % pour les RI).

Revenu (Ministère de la famille et des aînés, 2012)

- En 2008, le revenu total moyen des personnes âgées de 65 ans ou plus s'élevait à 26 965 \$.
- Une personne âgée sur deux gagne moins de 20 000 \$ par année.
- Le revenu moyen des hommes (32 804 \$) est de 10 000 \$ supérieur à celui des femmes (22 365 \$). Le revenu des femmes se rapproche un peu plus de celui des hommes avec l'âge.
- Le revenu total moyen des personnes âgées de 65 ans ou plus varie selon les groupes d'âge. Les écarts sont plus marqués chez les hommes. Leur revenu total moyen passe de 40 024 \$ pour les 55 à 64 ans à 30 377 \$ pour les 75 ans ou plus.

Scolarité (ISQ, 2009)

- En 2006, les **hommes** de 65 ans et plus, comparativement aux hommes de 15 ans et plus, détenaient le niveau de scolarité suivant :
 - 0 à 8 ans : 38,5 % vs 11,8 %
 - études secondaires terminées : 11,1 % vs 14,7 %
 - diplôme ou certificat d'études post-secondaires : 20,1 % vs 34,3 %
 - grade universitaire : 14,0 % vs 17,7 %.
- En 2006, les **femmes** de 65 ans et plus, comparativement aux femmes de 15 ans et plus, détenaient le niveau de scolarité suivant :
 - 0 à 8 ans : 43,1 % versus 13,7 %
 - études secondaires terminées : 12,5 % vs 15,9 %
 - diplôme ou certificat d'études post-secondaires : 19,2 % vs 33,4 %
 - grade universitaire : 6,4 % vs 17,2 %.

Utilisation d'Internet et d'appareils intelligents (CEFRIQ, 2013)

- Quelque 60 % des 65 à 74 ans et 17 % des 75 ans et plus sont branchés sur Internet à leur domicile, comparativement à 90 % parmi le groupe des 18 à 44 ans et 80 % chez les 45 à 64 ans.
- Chez les 75 ans et plus, 38,2 % utilisent Internet sans être branchés à leur domicile; 90 % ne possèdent ni téléphone intelligent, ni tablette, ni lecteur électronique au sein de leur foyer.
- En moyenne, les internautes passent près de 20 heures par semaine à utiliser activement Internet. Les 65 ans et plus, quant à eux, y consacrent 14 heures par semaine.

Tableau démographique régional (Ministère de la famille et des aînés, 2012)

- En 2011, la région de Montréal est celle qui comptait le plus grand nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec, soit près de 300 000 personnes.
- À elles seules, les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale regroupent plus de la moitié du nombre total de personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec.
- Les trois régions comptant le plus fort pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus sont la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (20,4 %), le Bas-Saint-Laurent (19,5 %) et la Mauricie (20,4 %).

Tableau 2.1

Population selon le groupe d'âge, régions administratives et ensemble du Québec, 2011

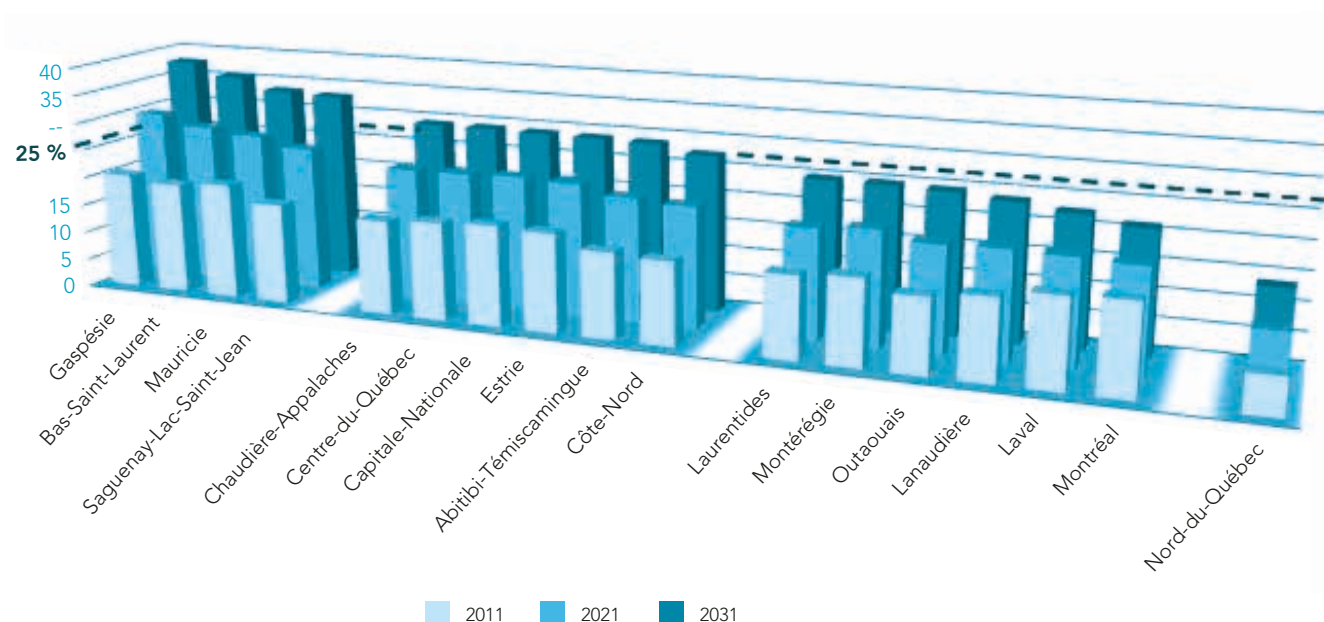
Région administrative	Total	0-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus
n									
Bas-Saint-Laurent	199 980	28 000	22 100	21 065	21 115	33 745	34 455	21 265	18 210
Saguenay–Lac-Saint-Jean	274 880	40 695	32 850	32 295	29 140	47 920	43 815	27 010	21 170
Capitale-Nationale	700 615	97 990	85 505	95 965	83 370	110 805	103 485	67 455	55 995
Mauricie	263 605	34 955	30 455	29 160	27 365	44 615	43 025	29 095	24 940
Estrie	310 730	49 090	38 875	37 455	35 565	47 930	47 175	30 315	24 310
Montréal	1 886 485	287 635	239 555	301 560	266 095	272 560	223 785	145 835	149 445
Outaouais	369 175	63 175	47 830	47 445	50 805	63 180	49 535	27 945	19 245
Abitibi-Témiscamingue	145 690	24 745	18 500	17 125	17 190	25 095	21 205	12 390	9 445
Côte-Nord	94 765	15 845	11 335	10 945	12 155	16 950	13 890	8 080	5 585
Nord-du-Québec	42 580	12 130	6 945	6 045	5 655	5 370	3 685	1 845	925
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	94 080	12 050	9 645	8 490	10 525	16 860	17 215	10 770	8 535
Chaudière-Appalaches	410 830	66 725	47 980	49 060	49 275	66 275	62 800	38 570	30 105
Laval	401 550	69 310	52 520	46 765	56 695	65 725	47 965	32 825	29 760
Lanaudière	471 750	80 430	60 265	55 975	61 780	81 070	65 595	40 885	25 735
Laurentides	559 700	94 790	69 785	63 225	75 120	97 520	78 405	49 485	31 365
Montréal	1 442 435	242 775	179 835	171 395	190 065	239 690	200 545	128 430	89 730
Centre-du-Québec	234 165	38 235	27 190	28 125	27 130	36 950	35 545	22 795	18 165
Le Québec	7 903 000	1 258 625	981 170	1 022 100	1 019 050	1 272 265	1 092 110	694 970	562 720
%									
Bas-Saint-Laurent	100,0	14,0	11,1	10,5	10,6	16,9	17,2	10,6	9,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	100,0	14,8	12,0	11,7	10,6	17,4	15,9	9,8	7,7
Capitale-Nationale	100,0	14,0	12,2	13,7	11,9	15,8	14,8	9,6	8,0
Mauricie	100,0	13,3	11,6	11,1	10,4	16,9	16,3	11,0	9,5
Estrie	100,0	15,8	12,5	12,1	11,4	15,4	15,2	9,8	7,8
Montréal	100,0	15,2	12,7	16,0	14,1	14,4	11,9	7,7	7,9
Outaouais	100,0	17,1	13,0	12,9	13,8	17,1	13,4	7,6	5,2
Abitibi-Témiscamingue	100,0	17,0	12,7	11,8	11,8	17,2	14,6	8,5	6,5
Côte-Nord	100,0	16,7	12,0	11,5	12,8	17,9	14,7	8,5	5,9
Nord-du-Québec	100,0	28,5	16,3	14,2	13,3	12,6	8,7	4,3	2,2
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	100,0	12,8	10,3	9,0	11,2	17,9	18,3	11,4	9,1
Chaudière-Appalaches	100,0	16,2	11,7	11,9	12,0	16,1	15,3	9,4	7,3
Laval	100,0	17,3	13,1	11,6	14,1	16,4	11,9	8,2	7,4
Lanaudière	100,0	17,0	12,8	11,9	13,1	17,2	13,9	8,7	5,5
Laurentides	100,0	16,9	12,5	11,3	13,4	17,4	14,0	8,8	5,6
Montréal	100,0	16,8	12,5	11,9	13,2	16,6	13,9	8,9	6,2
Centre-du-Québec	100,0	16,3	11,6	12,0	11,6	15,8	15,2	9,7	7,8
Le Québec	100,0	15,9	12,4	12,9	12,9	16,1	13,8	8,8	7,1

Selon le découpage géographique et la dénomination territoriale au 1^{er} janvier 2011. Note : Lors du Recensement de 2011, Akwesasne (partie) (R), Doncaster (R), Kahnawake (R), Kanestake (EI), Lac-Rapide (R) et Wendake (R) sont appelés des réserves indiennes et établissement indien partiellement dénombrés. Les chiffres de population du Recensement de 2011 ne sont pas offerts pour ces réserves indiennes et cet établissement indien et ne sont donc pas compris dans les totalisations.

Source : Statistique Canada, Recensement 2011, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

19 décembre 2012

Figure 2
Évolution de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans les régions du Québec 2011-2021-2031



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques des MRC, 2006-2031. Population par âge et sexe, par scénario, Québec, MRC et territoires équivalents, 2006-2031.

Particularités démographiques et sociosanitaires des régions desservies par les UMF de l'UdeM

Le tableau 2.2 ci-après présente quelques données démographiques qui caractérisent les régions auxquelles appartiennent les UMF du DMFMU de l'UdeM.

Tableau 2.2

Particularités démographiques et sociosanitaires des régions desservies par les UMF de la Faculté de médecine de l'UdeM: quelques faits saillants (AQRP, 2007)

Régions sociosanitaires et UMF	Particularités démographiques et sociosanitaires
Mauricie-Centre-du-Québec	
UMF du CSSS de Trois-Rivières UMF Shawinigan (CSSS de l'Énergie)	– région la plus vieille actuellement et pour la prochaine décennie – taux élevé d'hébergement (2^e taux le plus élevé au Québec après le Bas-St-Laurent: 11 % des 65 ans et plus et près de 47 % des 85 ans et plus)
Montréal	
UMF du Centre hospitalier de Verdun (CSSS du Sud-Ouest-Verdun)	– en 20 ans (2001-2021), passage de centre urbain « assez vieux » à celui de « relativement jeune »
UMF de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CSSS Lucille-Teasdale)	– taux démesuré de personnes âgées vivant seules
UMF des Faubourgs (CSSS Jeanne-Mance)	– région la moins sécuritaire, après le Nord-du-Québec, en raison de la criminalité
UMF Notre-Dame (CSSS Jeanne-Mance)	– taux d'hébergement faible, en particulier pour les 85 ans et plus (à peine 30 % en 2001)
UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent)	– taux de revenu le plus élevé chez les personnes âgées, avec celles de Laval
UMF du CLSC Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent)	– poursuite du travail chez les 65 à 74 ans
Abitibi-Témiscamingue	
UMF des Aurores Boréales (CSSS des Aurores Boréales)	– 11 % de la population est âgée de 65 ans et plus
UMF Les Eskers d'Amos (CSSS Les Eskers de l'Abitibi)	– décroissance globale de la population d'ici 2026 – espérance de vie à 65 ans des hommes: la plus faible au Québec – taux de suicide particulièrement élevé chez les 65 ans et plus

Régions sociosanitaires et UMF	Particularités démographiques et sociosanitaires
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	
UMF Baie-des-Chaleurs (CSSS Baie-des-Chaleurs)	– en 2026, le tiers de sa population sera constitué de personnes âgées – revenu le plus faible au Québec; taux de bénéficiaires du Supplément de revenu garanti le plus élevé du Québec parmi les 65 ans et plus – les personnes âgées y habitent davantage en famille et sont donc moins isolées qu’ailleurs au Québec
Laval	
UMF de la Cité de la Santé de Laval (CSSS de Laval) UMF du CLSC-CHSLD du Marigot (CSSS de Laval)	– attire de nombreuses personnes âgées en provenance d’autres régions – l’espérance de vie à 65 ans y est élevée: 18,7 ans – revenus les plus élevés au Québec, après Montréal – les 65 à 74 ans y sont les plus nombreux à exercer un travail
Lanaudière	
UMF du CSSS du Sud de Lanaudière (CSSS du Sud de Lanaudière)	– forte hausse du taux de personnes âgées vers 2025, soit un peu moins du quart de la population; le nombre des 85 ans et plus va plus que tripler – malgré tout, population relativement jeune, car croissance généralisée de la population – la population des centres d’hébergement y a rajeuni, contrairement aux tendances de vieillissement de la population
Laurentides	
UMF des Hautes-Laurentides (CSSS d’Antoine-Labelle) UMF de Saint-Eustache (CSSS du Lac-Des-Deux-Montagnes)	– progression de 170 % des 65 ans et plus et de 220 % des 85 ans et plus d’ici la fin de la prochaine décennie – malgré cette tendance, la population restera relativement jeune: le vieillissement sera compensé par un renouvellement exceptionnel de ses habitants – les personnes âgées y résident de plus en plus en hébergement – très faible taux de personnes âgées au travail

Régions sociosanitaires et UMF	Particularités démographiques et sociosanitaires
Montréal	
UMF du CLSC Saint-Hubert (CSSS Champlain-Charles-LeMoyne)	– le nombre de personnes âgées y aura plus que doublé au terme de la prochaine décennie – le quart de la population totale aura 65 ans et plus; 2,6 % auront atteint l'âge de 85 ans – 8,6 % des personnes âgées résident en institutions (41,5 % chez les 85 ans et plus) – les 65 à 74 ans continuent d'y travailler, comme à Montréal et à Laval

Portrait de santé de la population âgée du Québec vivant dans la communauté

Voici quelques faits saillants concernant les habitudes de vie, l'état de santé général et fonctionnel, le réseau de soutien, ainsi que les principaux problèmes de santé chroniques. Il convient de nuancer l'interprétation de ces données puisqu'il s'agit de données rapportées par les personnes interrogées dans le cadre d'enquêtes populationnelles. Ces enquêtes ont l'avantage de dresser le portrait de la population vivant dans la communauté. Nous retenons les aspects suivants, qui interpellent directement le médecin de famille.

Habitudes de vie (ISQ, 2012; INSPQ, 2009, 2012)

- En 2009-2010, près de quatre personnes sur dix de 65 ans et plus étaient considérées actives physiquement (17 %) ou modérément actives (24 %) durant leurs loisirs. Les hommes sont plus actifs que les femmes (actifs : 23 % vs 12 %; modérément actifs : 26 % vs 22 %). Le taux d'activité des femmes de 60 à 64 ans a plus que doublé entre 2001 et 2011 : de 17,9 % à 37,0 %.
- En 2009-2010, près de 40 % des personnes âgées affichaient un poids normal, plus du tiers faisaient de l'embonpoint et 16 % étaient obèses. La proportion de personnes âgées qui présentent un poids normal augmente avec l'âge.
- En 2010, les personnes âgées fumaient moins (6,6 %) que l'ensemble de la population (17,8 %).
- En 2004, les personnes âgées de plus de 70 ans accusaient plus de difficulté que les jeunes à atteindre les recommandations du Guide alimentaire canadien. Leur apport calorique était relativement faible, notamment pour ce qui est des femmes.
- En 1998, 59 % des personnes âgées consommaient de l'alcool et le nombre moyen de consommations hebdomadaires se chiffrait à 6,3 verres chez les hommes et à 2 verres chez les femmes. La consommation d'alcool chez les aînés au Québec avait augmenté. En ce qui a trait à la consommation abusive d'alcool, 15,7 % des aînés de sexe masculin québécois disaient consommer plus de 14 verres par semaine (3,8 % chez les femmes âgées).

Prise de médicaments (Beaudry-Godin, 2011)

- Selon l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC)-Vieillesse en santé de 2008-2009*, plus du quart de la population québécoise âgée de 65 ans et plus vivant en ménage privé a consommé tous les jours, au cours du mois précédant l'enquête, des médicaments pour le cœur (28 %) et des analgésiques (26 %). Les tranquillisants, somnifères et antidépresseurs ont été consommés par environ 7 % des aînés.
- La proportion d'aînés qui consomme au moins trois médicaments différents tous les jours augmente de façon significative avec l'âge : de 25 % chez les 65-74 ans à 46 % chez les 85 ans et plus. Il en est de même pour les consommateurs de cinq médicaments et plus : de 4 % chez les 65-74 ans à 10 % chez les 85 ans et plus.

Santé globale et état fonctionnel (INSPQ, 2010)

- Plus de 60 % des Québécois de 65 ans et plus vivant à domicile en 2009-2010 étaient globalement en bonne santé (état général, santé mentale, santé fonctionnelle). Ce pourcentage tombe à 39 % chez les personnes de 85 ans et plus.
- AUTONOMIE – Activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD) : Quatre personnes de 65 ans et plus sur cinq sont autonomes dans leurs AVQ. Une proportion de 21 % des personnes âgées a besoin d'aide pour ces activités. Cette proportion s'accroît avec l'âge. Plus de la moitié des hommes et des femmes de 85 ans et plus ont besoin d'aide (51 % et 64 %, respectivement). La proportion de personnes ayant besoin d'aide est particulièrement importante chez les femmes, et ce, dans chacun des groupes d'âge. Environ une personne âgée sur sept a besoin d'aide pour se rendre à des rendez-vous ou faire des courses (15 %) ou pour faire les travaux ménagers quotidiens (15 %), 8 % ont besoin d'aide pour la préparation des repas et 9 %, pour s'occuper de leurs finances personnelles; 5,5 % ont besoin d'aide pour leurs soins personnels et 3,4 %, pour se déplacer dans la maison.
- MOBILITÉ : Les deux tiers des personnes de 85 ans et plus qui vivent à domicile n'ont pas de difficulté à marcher dans leur quartier. La proportion de personnes âgées sans problème de mobilité diminue avec l'âge. Elle se situe à 94 % chez les 65-74 ans, pour passer à 83 % (75-84 ans), puis à 65 % chez les 85 ans et plus. La proportion de personnes qui utilise une aide technique pour se déplacer augmente nettement avec l'âge : de 3,2 % chez les 65-74 ans, à 11 % chez les 75-84 ans, pour atteindre 21 % chez les 85 ans et plus.
- CAPACITÉS COGNITIVES : Plus des trois quarts des personnes âgées vivant à domicile n'ont aucun problème cognitif. Quelque 78 % des personnes de 65 ans et plus déclarent n'avoir habituellement aucun problème à se souvenir de choses ni aucune difficulté à penser ou à résoudre des problèmes de tous les jours. Cette proportion diminue cependant avec l'âge. Chez les 75-84 ans, le quart (24 %) des personnes ont des problèmes cognitifs et, chez les plus âgées (85 ans et plus), près de 4 sur 10 (38 %) ont de tels problèmes. Dans ce dernier groupe d'âge, 16 % accusent des problèmes cognitifs plus sérieux, une proportion nettement plus élevée que dans les deux autres groupes.
- DOULEUR : La douleur limite les activités d'environ 17 % des personnes âgées vivant à domicile. La plupart des personnes âgées n'ont pas de douleurs habituellement (74 %). La proportion de personnes qui sont limitées dans leurs activités à cause de douleurs est moins importante chez les 65-74 ans (15 %) que chez les 75-84 ans (19 %) et les 85 ans et plus (26 %).

Réseau de soutien des personnes âgées en perte d'autonomie (INSPQ, 2003)

- Le réseau de soutien informel des personnes âgées (parents, enfants, amis) est limité puisque, en moyenne, moins de deux personnes du réseau social des aînés en perte d'autonomie deviennent concrètement des fournisseurs de soins.
- Pour les hommes vivant avec leur conjointe, de même que pour les personnes veuves qui ont des enfants survivants, l'entourage dispense la majeure partie des soins.
- Les fournisseurs de soins des services publics et communautaires dispensent la majeure partie des soins pour : les femmes sans conjoint ni enfant survivant (66 %); les femmes vivant en couple (41 %); les personnes divorcées ayant des enfants survivants (35 %).

Problèmes de santé chroniques (INSPQ, 2010)

- Les maladies chroniques constituent la principale cause de morbidité et de décès chez la population adulte dans le monde, et la prévalence de plusieurs d'entre elles augmente avec l'âge. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010* a permis de se pencher sur la présence de seize problèmes de santé chroniques. Le tableau 2.3 ci-après présente les problèmes de santé qui sont le plus souvent déclarés par les personnes âgées elles-mêmes. Une même personne peut en cumuler plusieurs. La plupart (82 %) des personnes âgées vivant en ménage privé présentent au moins un des problèmes de santé chroniques. Par ailleurs, 26 % des personnes de 65-74 ans présentent trois de ces problèmes ou plus, comparativement à 36 % et 39 % des 75-84 ans et des 85 ans et plus.
- Parmi les problèmes les plus fréquents à 65 ans et plus et 85 ans et plus respectivement, notons : l'hypertension artérielle (47 %, 45 %), l'arthrite (33 %, 41 %), les maux de dos (20 %, 23 %), la maladie cardiaque (18 %, 23 %), le diabète (17 %) et l'incontinence urinaire (10 %, 25 %).

Tableau 2.3

**Prévalence de certains problèmes de santé chroniques,
Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé, Québec, 2009-2010**

Problème de santé	% 65 ans et plus
Hypertension artérielle	47,0
Arthrite	33,3
Maux de dos	20,0
Maladie cardiaque	17,8
Diabète	17,2
Incontinence urinaire	10,2
Maladie pulmonaire obstructive chronique	8,2
Asthme	7,2
Troubles de l'intestin	5,5
Cancer	5,4
Troubles de l'anxiété	5,0
Migraine	4,6
Ulcère à l'intestin ou l'estomac	4,4
Troubles de l'humeur	3,7
Accident vasculaire cérébral	3,7
Maladie d'Alzheimer, autres démences	1,3**
Au moins 1 de ces problèmes	81,6

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, fichier de partage du Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec, *Zoom Santé*, Février 2012, numéro 34.

Personnes âgées vulnérables

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration des soins de santé, les caractéristiques des personnes âgées se sont grandement diversifiées. La population âgée est maintenant constituée de plusieurs groupes présentant des différences importantes sur le plan physiologique qui jouent un rôle sur les déterminants de l'apparition et du développement des maladies. Puisque les individus se différencient les uns des autres en vieillissant, nous ne pouvons plus considérer que les personnes âgées forment un groupe homogène (JASP, 2010).

Aussi, la pratique de la médecine familiale auprès des personnes âgées et très âgées présente un large spectre, selon que celles-ci sont en bonne santé ou qu'elles souffrent de plusieurs maladies et incapacités, voire se trouvent en situation de handicap : de la promotion de la santé, à la prévention des maladies, au traitement de conditions aiguës, au suivi des maladies chroniques jusqu'aux soins de fin de vie. Il n'en demeure pas moins que la pratique **auprès des personnes âgées vulnérables** est exigeante et

complexe, du fait même des particularités de cette clientèle. À preuve, les constats qui se dégagent des consultations individuelles et de groupe menées par le Comité :

- ▶ une fragilité physiologique associée à l'âge avancé, surtout après 75 ans, voire à l'âge très avancé (les personnes âgées de plus de 90 ans étant de plus en plus nombreuses);
- ▶ des problèmes de santé multiples d'ordre physique, psychologique, social et familial (il n'est pas rare que la liste des problèmes comprenne plus d'une quinzaine de conditions différentes), d'où la complexité accrue des traitements requis et le nombre grandissant de personnes en perte d'autonomie;
- ▶ des incapacités fonctionnelles, dont certaines sont souvent de nature cognitive ou psychologique, qui nécessitent un soutien de l'entourage ou des aides techniques qui ne sont pas toujours accessibles facilement;
- ▶ un profil médicamenteux complexe (souvent plus de dix médicaments différents à plusieurs prises par jour), dont la gestion sécuritaire nécessite une expertise et une vigilance accrues de la part du médecin, et redoublée si la personne âgée présente des troubles cognitifs;
- ▶ des troubles de la vision et de l'audition qui peuvent limiter la communication;
- ▶ de l'isolement ou, encore, la présence de proches aidants à risque d'épuisement qui, dans bien des cas, sont eux-mêmes âgés et présentent des besoins spécifiques auxquels il faut répondre;
- ▶ des enjeux de fin de vie et de niveaux d'intervention (et questions éthiques) en soins de longue durée et en soins palliatifs; des problèmes éthiques et juridiques soulevés par des questions d'aptitude et d'inaptitude, de refus de quitter le domicile, de réévaluation de la conduite automobile ou autre.

LA PRATIQUE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

La pratique des soins de première ligne auprès des personnes âgées, particulièrement celles qui sont vulnérables, repose en grande partie sur des attitudes positives face aux aînés et au vieillissement, sur un intérêt pour le suivi des maladies chroniques et sur des conditions qui favorisent et valorisent cette pratique.

Qu'en est-il des attitudes et des intérêts des médecins et des résidents face à cette pratique ? Quelles sont les conditions d'exercice souhaitées ? La présente section approfondit ces aspects.

Afin de nous guider dans notre réflexion, nous proposons la définition de Hazzard et coll. (1997) sur ce qui constitue de bons soins gériatriques :

Décortiquer des problèmes complexes pour en faire la synthèse dans un plan de soins intégrateur, individualisé, en pesant et en acceptant les compromis inévitables liés au diagnostic et au traitement.

Attitudes et intérêt pour les soins aux personnes âgées et le suivi des maladies chroniques (continuité de soins)

Plus que jamais, les médecins de famille et les professionnels des soins de première ligne sont interpellés par les besoins criants de la clientèle âgée, qui nécessite des soins directement dans son milieu de vie, que ce soit dans la communauté (en mode ambulatoire ou à domicile) ou en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Face à ces besoins, le faible intérêt pour les soins aux personnes âgées chez les médecins de famille laisse perplexe.

Attitudes et intérêt des médecins de famille

La Figure 3 ci-après, adaptée de Adams et al. (2002), illustre les résultats d'une étude qualitative menée auprès de médecins de famille et d'internistes américains à qui on a demandé de relater des expériences de pratique, tant frustrantes que satisfaisantes, auprès des personnes âgées. Il ressort de cette étude que la majorité des participants appréciaient leurs interactions avec les personnes âgées et que l'âge avancé de leurs patients ne constituait pas à lui seul un problème. Cependant, tous ont mentionné éprouver de plus en plus de difficulté à dispenser des soins à cette clientèle en raison de facteurs regroupés dans la Figure 3 en trois catégories qui se chevauchent et interagissent les unes sur les autres, à savoir :

- ▶ la complexité médicale et la chronicité, en particulier la vulnérabilité de la personne âgée;
- ▶ les défis professionnels et interprofessionnels, incluant les contraintes de temps, les problèmes de communication et les dilemmes éthiques;
- ▶ la lourdeur administrative, dont le nombre grandissant d'appels téléphoniques, le travail de bureau et la documentation à remplir.

Figure 3
Contexte de la pratique médicale en soins aux personnes âgées

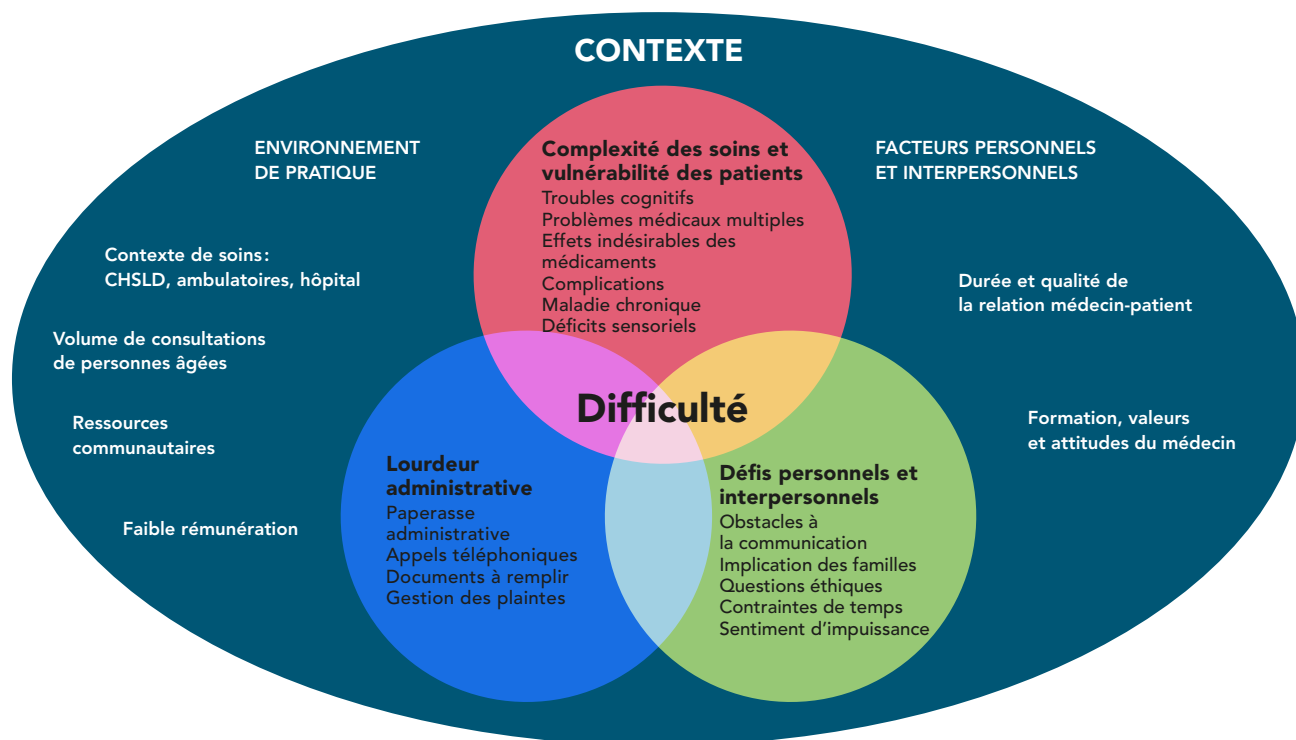


Figure adaptée de Adams et al. (2002) : « The difficulty of primary care for older people and its context »

Attitudes et intérêt des résidents en médecine familiale

Une raison avancée pour expliquer le désintérêt pour les soins aux aînés est que les résidents en médecine familiale ne comprennent pas la démographie de leur futur contexte de pratique; en d'autres mots, ils ne saisissent pas que les personnes âgées constitueront une part significative de leur clientèle au cours des prochaines décennies (Weiss, 2008).

Autre motif invoqué, la pratique des soins aux personnes âgées enseignée aux résidents en médecine familiale est perçue comme étant soit accablante, soit déprimante, ou les deux. En effet, les études partout dans le monde ont démontré que les étudiants et les résidents ont une opinion négative de la gériatrie et qu'ils ont un faible intérêt pour ce domaine.

Certains invoquent le fait que la médecine gériatrique n'est pas une médecine de pointe et qu'elle se préoccupe davantage de problèmes psychosociaux et de questions d'hébergement que de soigner les maladies. Qui plus est, il semblerait, d'après certaines études, que les attitudes face aux soins aux personnes âgées se détériorent pendant la formation, les étudiants qui commencent leurs études démontrant des attitudes plus favorables que les plus avancés et les résidents. **Si nos programmes destinés aux étudiants en médecine, nos programmes de résidence et autres formations rebutent, il nous faut repenser l'enseignement de cette discipline** (Weiss et Fain, 2009).

Durant leurs stages de gériatrie, les résidents voient trop souvent des personnes âgées qui sont aux prises avec des maladies invalidantes, des personnes vulnérables ou en fin de vie, atteintes de problèmes de santé multiples, difficiles à traiter, dont ils ne verront pas l'amélioration au cours de leur stage. Ces expériences à court terme ne fournissent pas aux résidents l'occasion de développer des liens satisfaisants à long terme avec leurs patients ou de constater que leurs actions comptent à la longue pour les patients ou pour leurs familles. En résumé, peu de ces expériences sont inspirantes ou agréables. Il est fort probable qu'elles agissent plutôt comme des éteignoirs face aux soins aux personnes âgées (Weiss, 2008).

Tableau 2.4

Solutions proposées en vue de faire face au manque d'intérêt pour la pratique des soins aux personnes âgées (Weiss et Fain, 2009)

Mieux cibler les efforts de recrutement des futurs étudiants en médecine de façon à identifier les candidats qui manifestent un intérêt potentiel pour la première ligne, un canal naturel pour les soins aux personnes âgées.

Faire comprendre à nos résidents et stagiaires, et ce, dès la première année de médecine, que peu importe leur orientation future, leur pratique comprendra presque certainement une forte proportion, voire une proportion croissante de personnes âgées.

Innover davantage dans nos programmes d'enseignement des soins aux personnes âgées.

Susciter des expériences de soins gratifiantes, qui démontreront aux étudiants et aux résidents qu'ils peuvent avoir un impact, même avec de brèves interventions, pour les personnes âgées et leurs familles. Il peut, en effet, être très valorisant de dispenser des soins à cette clientèle. Souvent, les personnes âgées parlent facilement d'elles-mêmes, font preuve de reconnaissance et peuvent facilement créer un lien avec le stagiaire.

Créer des expériences longitudinales en plus des stages d'un mois afin que les résidents développent des liens à plus long terme avec leurs patients et tirent une satisfaction de les voir à des périodes difficiles de leur parcours de santé.

Inculquer des principes de soins aux personnes âgées sur toute la durée de la formation en médecine. Les étudiants et les résidents devraient donc être exposés à des enseignants possédant une expertise en gériatrie dans la majorité de leurs stages et à des pratiques de continuité de soins afin de renforcer ces principes. *Et pour constituer ce corps professoral, il faut offrir des programmes de formation aux enseignants.* Une exposition longitudinale à l'enseignement des soins aux personnes âgées compléterait les stages blocs qui ne donnent pas aux résidents et aux étudiants la possibilité de suivre les patients suffisamment longtemps pour les voir récupérer d'une hospitalisation, par exemple, ni l'occasion d'éprouver la satisfaction d'aider les patients et leurs familles dans les moments éprouvants liés aux maladies graves ou à la fin de la vie.

Réaménager l'enseignement de façon à y inclure des personnes âgées en forme et en santé plutôt que de présenter exclusivement des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et invalidantes nécessitant une évaluation ou, encore, des personnes en soins de fin de vie, qui présentent un tableau de démence, qui sont en hébergement ou qui ne bénéficient pas de services de soutien suffisants. Des soins exclusifs à ces patients ne peuvent à eux seuls contribuer à une carrière satisfaisante. Les étudiants et résidents doivent savoir et constater que :

- la plupart des personnes âgées sont en santé et vivent dans la collectivité et non pas dans des centres d'hébergement;
- une minorité d'entre elles seulement, même à l'âge de 80 ou de 90 ans, présentent une démence;
- les personnes âgées, y compris celles de 70, 80 et 90 ans, continuent de mener une vie active (certaines d'entre elles courent même le marathon!);
- il faut enseigner comment maintenir ces personnes âgées actives et en santé.

Les attitudes négatives à l'endroit d'un segment de la population sont souvent générées par des craintes, par un manque de compréhension et d'aisance auprès de cette clientèle. De plus, plusieurs personnes ne sont pas à l'aise avec leur propre vieillissement. Un manque de connaissances et d'habiletés pour les soins aux aînés peut mener à la peur et au dénigrement de la personne âgée.

Mais pour améliorer connaissances et compétences, il importe de passer d'un modèle de gestion de la maladie à un modèle de soins gériatriques intégrés (soins globaux). En effet, à cause de la nature multifactorielle de plusieurs maladies affectant les aînés et leur état de santé, les stagiaires éprouvent de la frustration à prodiguer des soins dans le cadre du modèle traditionnel de la formation médicale. (Drickamer et al, 2006). En évaluant ces besoins et en utilisant l'information obtenue pour le développement des lignes directrices du programme, on doit donc mettre l'accent à la fois sur les processus de soins (prise de décision complexe, priorisation, communication et problèmes systémiques) et sur les directives comme celles des organismes normatifs (*American Geriatric Society*, Société canadienne de gériatrie, par exemple).

Attitudes et intérêt face à la continuité des soins dans le cadre des maladies chroniques

De façon plus générale, selon le Bulletin de la **Fédération des médecins résidents du Québec** (printemps 2011), l'un des plus grands défis auxquels la médecine de famille fait face est l'**accessibilité aux soins**, laquelle passe en grande partie par la **prise en charge et la continuité des soins**. La Fédération a voulu vérifier si les unités de médecine familiale (UMF) réussissent à adapter la formation afin de favoriser cette pratique. Pour le savoir, elle a réalisé un sondage sur la prise en charge auprès de tous les résidents en médecine de famille du Québec. Elle a également fait appel à quelques-uns de ses collègues, dont les membres du Comité des affaires pédagogiques – Médecine familiale, de même qu'à des médecins en pratique. Voici quelques-uns de leurs commentaires :



L'approche en UMF donne une perspective assez claire de la prise en charge. Les médecins résidents ont leurs propres patients et assument leur prise en charge durant toute leur formation postdoctorale. Toutefois, l'absence de soutien technique, administratif et paramédical pour les médecins résidents dans les UMF éloigne de la prise en charge...

Parce qu'on veut que les médecins en formation connaissent tous les aspects de la pratique, on exige d'eux qu'ils assument des tâches qui sont assumées par d'autres en pratique. Cela fait paraître la prise en charge plus lourde, cache les aspects positifs d'une telle pratique et en décourage plus d'un, voire une majorité, les amenant à choisir un autre type de pratique...

La pratique de groupe, qui permet une plus grande flexibilité sur le plan des horaires et qui mise sur la collégialité, notamment par les échanges sur des cas plus difficiles, ne se vit pas de la même façon durant la formation... En pratique, les gens revoient les mêmes patients régulièrement. Ils les connaissent donc mieux. En résidence, ce n'est pas le cas, on rencontre constamment des gens nouveaux et on doit tout recommencer à zéro ... La formation prédoctorale prépare bien à la résidence, mais la résidence ne prépare pas aussi bien à la pratique...

Le poids rattaché au suivi des patients, la responsabilité professionnelle d'un groupe de patients et les responsabilités financières sont des facteurs qui peuvent influencer grandement la décision des jeunes médecins de famille qui souhaiteraient faire carrière en continuité de soins... Il est important de considérer qu'actuellement, la prise en charge

de patients n'a pas la même cote que l'urgence et les soins intensifs auprès des jeunes médecins de famille. Les médecins résidents la voient souvent comme routinière et lourde, car il y a peu de place aux soins aigus en cabinet. La prise en charge exige beaucoup du médecin parce qu'elle vise une clientèle avec des problèmes de santé complexes et chroniques. C'est une grande responsabilité, un tas de papiers, des obligations à long terme qui éloignent les jeunes médecins de cette pratique...

L'exploration de nouveaux modèles de fonctionnement, tels l'« advanced access », et le soutien de leur implantation, sont cruciaux puisqu'ils favorisent la prise en charge de problèmes aigus en cabinet par l'attribution de rendez-vous rapides (dans la journée ou la semaine) aux patients...

Dans ce même numéro du Bulletin de la **Fédération des médecins résidents du Québec**, un médecin de famille récemment diplômé propose les solutions suivantes au fait que les finissants en médecine de famille boudent la continuité des soins.

Les résidents doivent acquérir un minimum de qualifications (sic) avant de débiter un suivi de clientèle. Que ce soit par l'entremise de cours, d'ateliers ou d'observations, ils méritent des explications sur les rudiments de la prise en charge.

- Comment planifier une rencontre ?*
- Comment gérer les maladies chroniques ?*
- Quelles informations colliger au dossier ?*
- Comment limiter le temps de rédaction des notes ?*

Pour compléter la compréhension du point de vue des résidents en médecine de famille, sont présentées au chapitre 3 les données d'une enquête sur les projets de carrière des résidents de la cohorte 2010-2012 au terme de leur formation et les raisons qui motivent ces choix.

Conditions de pratique essentielles à des soins de qualité et performants

Les jeunes médecins de famille privilégient le plus souvent une pratique en centre hospitalier et en salle d'urgence ainsi que les consultations ponctuelles dans le cadre de cliniques sans rendez-vous ou de cliniques spécialisées. Nous croyons que ces choix de pratique ne reflètent pas un désintérêt de nos jeunes médecins pour les soins de première ligne aux aînés; elles reflètent plutôt l'insuffisance de la rémunération en première ligne, ainsi que l'insuffisance du support à la pratique de première ligne pour le suivi de cas lourds.

Par ailleurs, au Québec, de moins en moins de médecins de famille en cabinet assurent le suivi à domicile de leurs clientèles âgées lorsque ces dernières ne peuvent plus se rendre au bureau pour les consulter, même en cas de fin de vie (soins palliatifs). De moins en moins de médecins de famille assurent le suivi en première ligne des patients âgés atteints de pathologies lourdes et complexes. Or, cette complexité peut constituer pour les médecins de famille un défi stimulant et valorisant sur le plan intellectuel comme sur le plan humain si des **mesures concrètes de soutien et d'encouragement** à la pratique sont mises de l'avant.

Des conditions facilitantes et valorisantes à mettre en place de façon simultanée et systématique

Débordant de son mandat de départ, qui était de revoir la formation de nos résidents en médecine de famille quant aux soins aux personnes âgées vulnérables, le Comité en est venu à la conclusion que les conditions actuelles de pratique des médecins de famille québécois pour le suivi en première ligne de personnes âgées vulnérables sont en grande partie responsables de l'abandon de plus en plus généralisé au Québec de cette pratique médicale. Peu importe l'intensité de nos efforts de formation auprès des résidents de nos UMF, la prise en charge médicale des patients âgés vulnérables au Québec sera vouée à moyen terme à un grave déclin si les conditions de pratique ne sont pas rapidement corrigées.

Certaines recommandations applicables aux conditions de pratique sont détaillées à l'Annexe 3. Ces recommandations, validées et endossées par nos pairs des DMFMU des Facultés de médecine des autres universités québécoises, ont pour but de favoriser l'implication en première ligne des médecins de famille auprès des patients âgés vulnérables et d'inciter les futurs médecins de famille à choisir une pratique de continuité de soins, quel que soit le milieu de vie et de consultation de ces personnes : à domicile, en cabinet ou clinique externe, en résidences intermédiaires ou en CHSLD.

Au cours des dernières années au Québec, la pratique médicale de soins de première ligne auprès des personnes âgées vulnérables n'a pas été suffisamment reconnue, valorisée et soutenue par la rémunération et le soutien à la pratique. Pourtant, un investissement significatif dans la consolidation des soins de première ligne pourrait éviter l'utilisation de ressources plus coûteuses en centre hospitalier ou en CHSLD et limiter le retour aux urgences de nos patients âgés. Pour favoriser cette pratique, outre le développement des compétences des médecins de famille sur lequel nous désirons intensifier nos efforts au cours des prochaines années dans nos quatre universités, un ensemble de conditions de base doivent être réunies simultanément et systématisées dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois, sans quoi le travail de nos enseignants ne portera pas ses fruits :

- A- Une rémunération suffisante des médecins de famille pour les encourager à assumer leurs fonctions médicales **en proportion de la complexité des cas**, de la nécessaire continuité des soins à donner, et ce, le plus près possible du milieu de vie de la personne âgée, y compris au domicile du patient. Pour attirer les médecins, cette rémunération doit être compétitive, comparée à celle prévue, par exemple, pour les actes posés dans le cadre d'une pratique sans rendez-vous ou pour les interventions médicales relatives à des problèmes de santé courants.
- B- Un soutien logistique et administratif **adéquat et suffisant** pour dégager les médecins et les professionnels de l'équipe des multiples démarches administratives qui les accaparent actuellement au détriment des soins aux patients, en établissements publics surtout.
- C- Des pratiques de collaboration organisées de façon systématique pour tous les milieux de pratique de 1^{re} ligne afin de partager les tâches et les responsabilités, de diminuer la lourdeur du suivi ainsi que le sentiment d'impuissance ou d'inefficacité, et donc d'augmenter l'accessibilité aux médecins de famille et leur productivité. La prestation de soins de première ligne efficaces pour répondre aux besoins multiples de ces clientèles vulnérables repose sur un travail d'équipe étroit entre les divers intervenants et avec les patients et leurs proches aidants. Pensons à une collaboration entre :
 - ▶ le médecin de famille, les infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens et intervenants des services de réadaptation et de soutien à domicile, et avec :
 - ▶ les collègues des autres spécialités médicales, dont les gériatres, les psychiatres et les neurologues, par l'établissement de corridors de services spécialisés gériatriques (avec des hôpitaux de jour, cliniques de mémoire, cliniques de gériatrie, services de gérontopsychiatrie à domicile, unités de courte durée gériatriques (UCDG), unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), etc. Selon un sondage réalisé par l'AOESSS en 2010, 30 % des établissements répondants ne bénéficient d'aucun service d'évaluation gériatrique et plus de 40 % d'entre eux sont privés de services d'évaluation psychogériatriques.

Si un partage synergique des rôles et des responsabilités se concrétise entre ces intervenants, le médecin de famille pourra consacrer ses efforts aux patients qui nécessitent des soins que lui seul peut prodiguer, dans des situations telles que les suivantes :

- ▶ apparition de nouveaux signes et symptômes pour lesquels un diagnostic doit être précisé (pertes de mémoire, fièvre, douleurs abdominales aiguës, par exemple);

- décompensation d'une maladie chronique (oedème pulmonaire aigu chez un patient insuffisant cardiaque chronique, par exemple);
- soins de fin de vie (contrôle de la douleur, par exemple).

Également, si le médecin de famille et les intervenants des équipes de soins et de services travaillent en **partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants**, il sera plus facile d'accompagner celle-ci avec dignité et humanité dans l'accomplissement de son **projet de vie**, en lui permettant de jouer un rôle actif dans ses soins, en respectant les limites des proches souvent âgés ou aux prises avec d'autres exigences de la vie ou dans une perspective de soins proportionnés en fin de vie, dans le respect des dernières directives de la personne âgée.

- D- Un environnement adapté à la personne âgée, tant pour ce qui est des espaces intérieurs (signalisation, corridors, halls d'entrée, escaliers, ascenseurs, toilettes publiques, salles d'examen) que des espaces extérieurs (rampes d'accès, trottoirs et stationnements) pour personnes avec une bonne mobilité ou à mobilité réduite (Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010).

Un environnement propice aux échanges entre les membres de l'équipe de soins, avec la clientèle et avec le personnel administratif et de gestion (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2012).

Les médecins de famille et les membres de leurs équipes ont besoin de locaux modernes, éclairés, agréables, avec du matériel récent et fonctionnel. Les caractéristiques physiques ont un impact certain sur l'impression globale d'une clinique et sur la sélection du milieu de pratique des jeunes médecins. Il est également important de réserver des salles ciblées pour des contextes particuliers tels que la chirurgie mineure, la gynécologie ambulatoire, et, possiblement l'orthopédie, avec présence de matériel nécessaire à l'exercice des techniques associées (instrumentation, fils, prélèvements, etc.)(Lemay, 2011).

L'accès rapide à des analyses de laboratoire (via une infirmière de la clinique, par exemple) et à un service de radiologie -- particulièrement si la clinique offre des heures de services sans rendez-vous -- constitue un attrait non négligeable. Par cette organisation, évaluer, diagnostiquer et traiter des patients à la clinique permet de réserver le transfert à l'urgence pour les patients plus gravement malades et nécessitant une observation prolongée, une médication intraveineuse, des investigations poussées et, possiblement, une hospitalisation. Une telle structure existe déjà dans certains CLSC de régions qui ont accès aux plateaux techniques (Lemay, 2011).

- E- Quelle que soit la taille de l'équipe de soins, de bons outils de communication, en modes synchrone et asynchrone, sont essentiels : courriel, intranet, téléavertisseur, téléphone intelligent facilitent la communication (accessibilité, rapidité des échanges) entre les membres de l'équipe (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2012); pensons aussi à la visioconférence pour téléconsultation, télé-expertise ou téléformation qui vient s'ajouter aux autres modes de communication plus conventionnels, qu'ils soient écrits (messages manuscrits) ou verbaux (discussions de corridor, appels téléphoniques directs).

Pour le médecin de famille, l'accès aux nombreuses ressources Internet devient essentiel dans le contexte actuel d'une médecine en constante évolution – nouveaux médicaments, nouveaux tests, mise à jour des lignes directrices. Un tel système facilite également la lecture de radiographies (via PACS) et la recherche de résultats de laboratoire actuels et antérieurs – évitant ainsi les frustrations liées aux délais de retransmission de télécopies. Dans un contexte d'informatisation complète de la clinique médicale, le visionnement de ses horaires sur support électronique, avec la possibilité de créer des ajouts et des plages de rendez-vous au besoin, ajoute une flexibilité supplémentaire et un meilleur contrôle sur son emploi du temps pour le médecin (Lemay, 2011).

Les plateformes portatives (*iPod, PaLM, iPad, tablet PC*) sont une assistance précieuse pour optimiser le temps consacré aux soins aux patients. En effet, de multiples applications médicales facilitent le calcul des indicateurs médicaux (risque cardiovasculaire, IMC, etc.). Une autre utilisation qui peut paraître insolite est la traduction en langues variées de mots-phrases à des fins d'explication aux patients dont le français ou l'anglais est rudimentaire (Lemay, 2011).

À lui seul, le dossier électronique comporte les avantages suivants :

- ▶ **meilleure communication entre pairs** : des notes informatisées contournent le problème de lisibilité des notes manuscrites; elles permettent aussi d'éviter une duplication des gestes cliniques fort coûteux en temps et en plateaux techniques;
- ▶ **augmentation de la productivité** : une fois maîtrisé, le dossier médical électronique permet une optimisation du temps de l'équipe médicale, ce qui permet de voir plus de patients;
- ▶ **diminution du risque d'erreur** : en améliorant la lisibilité des notes et en uniformisant la structure du dossier, il y a moins de risque d'erreur médicale. Par ailleurs, plusieurs logiciels permettent de relever les interactions dangereuses au niveau des prescriptions médicamenteuses et émettent des suggestions pour corriger la situation;
- ▶ **meilleure gestion des ressources** : en évitant les dossiers papiers et en permettant de consulter directement à l'écran les résultats des investigations, des consultations ou des ressources médicales électroniques en temps réel, sans avoir à les imprimer, il est possible de diminuer la quantité de papier utilisée de manière significative et d'optimiser le temps des cliniciens et du personnel de bureau (Projet d'implantation d'un centre interdisciplinaire d'enseignement et de recherche (CIER) en soins de première ligne au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, 2013, et travaux du Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées, 2013).

3 BESOINS DE FORMATION À LA RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE



photo : René Gosselin

Une personne âgée vulnérable, bien entourée par ses trois enfants, dont sa fille, Luce Gosselin, et le personnel de la résidence où elle habite

CE QU'EN PENSENT DES EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX : BESOINS NORMATIFS

L'analyse des besoins de formation des résidents en médecine de famille en soins aux personnes âgées dans différents contextes sera présentée selon trois perspectives : i) les **besoins normatifs**, soit les besoins identifiés par les experts nationaux et internationaux du domaine; ii) les **besoins démontrés**, soit les besoins identifiés par les responsables du programme de formation, les superviseurs cliniques des résidents, les gestionnaires d'équipes et de services aux personnes âgées, ainsi que les personnes âgées elles-mêmes; iii) les **besoins ressentis** par les résidents en médecine de famille du DMFMU de l'UdeM.

Plusieurs organisations savantes, académiques ou dédiées à l'organisation des soins et des services ont fait des constats et formulé des recommandations concernant la formation de la main-d'œuvre en soins aux personnes âgées. Nous résumons ci-après les principales recommandations de ces organisations, en nous attachant particulièrement à l'enseignement dans le cadre des soins à domicile et des soins en CHSLD.

Prendre les devants pour répondre aux besoins d'une population vieillissante

Les universités ont une responsabilité sociale et doivent répondre aux besoins populationnels

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la responsabilité sociale des facultés de médecine (Boelen, 1995) comme « *l'obligation d'orienter leurs activités d'éducation, de recherche et de services vers la satisfaction de questions de santé prioritaires dans la communauté, la région et/ou la nation qu'elles ont le mandat de servir; ces questions de santé prioritaires sont définies de façon conjointe par les gouvernements, les organisations sanitaires, les professionnels de la santé et le public* ». En d'autres termes, la responsabilité sociale en éducation médicale passe nécessairement par un développement de la dimension communautaire (Hennen, 1997; Klohn, 2010).

Comme le mentionnent divers auteurs, les universités doivent exercer un leadership fort dans la préparation des futurs professionnels de la santé prêts à répondre aux besoins populationnels émergents :

«Rather than being one participant, possibly a reluctant one, academia should become the catalyst for change, the hub for stakeholder interactions, and the breeding ground for the new integrated healthcare workforce responsive to local, regional and global needs» (Aretz, 2011).

«Academic medical centers have been crucial in providing an adequate workforce to our health care system and should be the center for developing innovative models for health care delivery, integration, and educating future health care providers. The time is now, and academic medical centers must take the lead» (Caudill, 2011).

Un modèle de formation à implanter qui permet l'intégration et la continuité des soins, ainsi que la responsabilisation des résidents face à leurs patients âgés

Selon Steinweg (2008) et Caudill et coll. (2011), les médecins de famille de demain doivent être en mesure de répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques complexes par des soins intégrés, à travers un continuum de soins, dans le respect des valeurs et des volontés des patients. Ceci peut se réaliser dans le contexte du « *medical home* » i.e. une équipe interprofessionnelle de médecins et d'intervenants de la santé qui, en partenariat avec le patient et ses proches aidants, assume la responsabilité des soins à travers le continuum, à l'aide d'un soutien technologique, de mécanismes de coordination et de l'application de guides de pratique interprofessionnels. Malheureusement, les modèles de formation actuels favorisent davantage la fragmentation des soins et des responsabilités, sans imputabilité explicite. Un modèle de soins s'impose par lequel les médecins de première ligne offriront des soins globaux à un groupe de patients atteints de maladies chroniques complexes, dont le nombre est en pleine croissance, qui nécessitent un accompagnement médical bienveillant, que seule une relation thérapeutique à long

terme peut offrir. Ces auteurs mentionnent que les médecins de famille, dans le cadre de cette médecine globale, s'ils sont bien soutenus par des systèmes d'information efficaces et une rémunération équitable, doivent être capables de :

- i) anticiper, prévenir et assurer le suivi de la progression de ces maladies chroniques complexes et de leurs complications, dont les déficits cognitifs et les syndromes gériatriques;
- ii) gérer la médication complexe;
- iii) assurer des soins de qualité, particulièrement dans les contextes de soins de transition, de soins en milieu d'hébergement, de soins de fin de vie, et ce, dans le respect des règles éthiques;
- iv) coordonner les soins, en assurant une utilisation optimale des ressources, dans le respect des valeurs du patient;
- v) assurer le leadership des équipes cliniques.

Ces propos sont conformes au cursus « Triple C » cité précédemment.

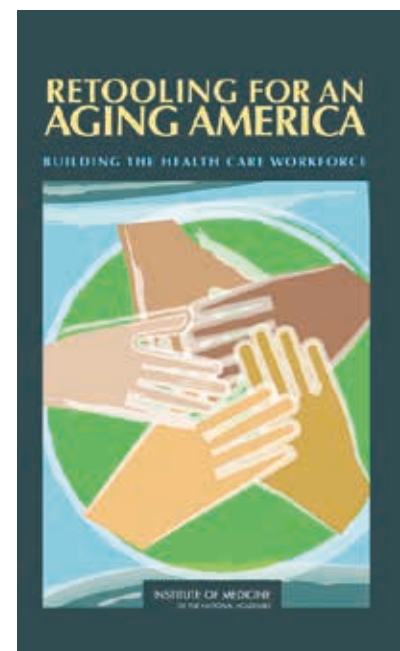
Une réponse à la forte demande d'une main-d'œuvre formée en soins aux personnes âgées

En plus de présenter une prévalence plus élevée de maladies chroniques, les personnes âgées sont plus susceptibles de subir des blessures et traumatismes (chutes), d'être atteintes de maladies aiguës (pneumonies) et d'être dépendantes dans l'accomplissement de leurs activités de la vie quotidienne. Résultat, l'utilisation qu'elles font des soins et services de santé est plus élevée que celle du reste de la population. À cause de cette utilisation accrue, conjuguée à la forte croissance de la population âgée avec l'arrivée des *baby-boomers*, il faut s'attendre à une augmentation importante de la demande, au cours des prochaines décennies, pour des soins et services de santé de courte et de longue durées (*Institute of Medicine*, 2008; Eleazer, 2009; Weiss, 2009; Frank, 2010; Singh, 2011).

Boult et coll. (2010) évoquent la nécessité de mettre en place de façon simultanée quatre initiatives en vue de répondre aux besoins pressants des personnes âgées atteintes de maladies chroniques :

- 1) augmenter les effectifs de médecins de première ligne;
- 2) rémunérer adéquatement les soins médicaux pour le traitement des maladies chroniques;
- 3) développer et diffuser de nouveaux modèles de soins efficaces;
- 4) développer l'expertise des médecins de famille dans ces nouveaux modèles de soins.

En 2008, un important rapport de l'*Institute of Medicine* des États-Unis, intitulé « *Retooling for an Aging America. Building the Health Care Workforce* », se penchait sur la préparation des professionnels de la santé à faire face au défi de la population américaine vieillissante, dont le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus doublera entre 2005 et 2030. Ces personnes âgées seront plus scolarisées, vivront plus longtemps, seront moins entourées par les membres de leur famille (plus dispersés géographiquement), présenteront une plus grande diversité culturelle et religieuse, et, conséquemment, des besoins différents de ceux des cohortes âgées antérieures. Soigner des personnes âgées sera l'affaire de tous les intervenants de la santé. Même les pédiatres devront être en mesure de reconnaître les troubles cognitifs chez les personnes âgées parce qu'un nombre croissant d'enfants sont élevés par leurs grands-parents (Eleazer, 2009). Au même moment, une pénurie et un manque de formation de la main-d'œuvre sévissent particulièrement dans le secteur des soins



de longue durée. De plus, les experts dans le domaine de la gériatrie et des soins aux personnes âgées sont peu nombreux et leur recrutement est difficile (Eleazer, 2009; Boulton, 2010; Weiss, 2009; Singh, 2011).

Les compétences en soins aux personnes âgées doivent donc être rehaussées de façon plus générale par une amélioration significative des programmes de formation et des stages. Une enquête récente sur les besoins de formation des pharmaciens en pharmacogériatrie (Zou, 2013) révèle que 80 à 90 % des pharmaciens en milieu communautaire et en établissements de santé du Québec ressentent le besoin de formations additionnelles pour fournir des services plus adaptés aux besoins des clientèles âgées. Bien que les efforts déployés en ce sens se sont accrus, ils ne sont ni suffisamment répandus ni suffisamment cohérents. À titre d'exemple (tableau 3.1), une étude récente des programmes de formation de l'UdeM démontre que les heures obligatoires consacrées à l'enseignement des soins aux personnes âgées durant la formation initiale des étudiants des sciences de la santé et des sciences psychosociales sont très peu élevées (Comité de gériatrie du RUIS de l'UdeM, 2011). Les programmes de résidence en psychiatrie et en médecine de famille sont les programmes qui consacrent le plus d'heures obligatoires dans le domaine.

Tableau 3.1
% heures obligatoires consacrées à l'enseignement des soins aux personnes âgées,
Formation de base universitaire, UdeM, 2011

Programme	% heures	Programme	% heures
Psychiatrie	16,7 %	Optométrie	5,6 %
Médecine de famille	11,0 %	Psychologie	3,6 %
Physiothérapie	10,4 %	Nutrition clinique	1,5 %
Audiologie	6,0 %	Pharmacie	1,1 %
Ergothérapie	5,9 %	Médecine dentaire	0,2 %
Orthophonie	5,9 %	Kinésiologie	0 %
Soins infirmiers	5,8 %	Service social	0 %

Les soins aux aînés n'attirent pas un nombre suffisant de professionnels, et, clairement, il faudra un plus grand nombre de professionnels spécialisés pour répondre aux besoins grandissants de cette population, tant pour leur expertise clinique que pour le rôle qu'ils peuvent jouer dans la formation et la supervision du reste de la main-d'œuvre. La valorisation de cette pratique par différentes instances gouvernementales, éducatives et professionnelles est nécessaire pour le recrutement et la rétention des médecins et des autres intervenants sur les plans suivants (IOM, 2008; Singh, 2011; Weiss, 2009; Boulton, 2010; Frank, 2005; Frank, 2010) :

- la reconnaissance des besoins populationnels et du ratio de la clientèle composée de personnes âgées auxquelles il incombe d'assurer les soins;
- les stéréotypes persistants face au vieillissement et aux personnes âgées;
- une rémunération adéquate;
- la mise en place de pratiques interprofessionnelles;

- la façon dont sont enseignés les soins aux personnes âgées qui comporterait, entre autres : la mise en place de stages blocs et longitudinaux combinés en soins aux personnes âgées; une exposition autant à des soins aux personnes âgées en bonne santé vivant dans le communauté qu'à des soins aux clientèles âgées vulnérables suivies à domicile, en CHSLD ou à l'hôpital.



Des professionnels de la santé en pleine formation interprofessionnelle



(Tous droits réservés © Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – 2013)

Une formation interprofessionnelle en soins aux personnes âgées dans la communauté

Une lacune de la formation citée par les auteurs précédents est le manque d'exposition des étudiants et résidents aux différents contextes de soins i.e. dans la communauté, et non seulement en milieu hospitalier (IOM, 2008; McCrystel, 2010). Il est donc important que les résidents puissent apprendre à soigner des personnes âgées dans leur milieu de vie afin d'éviter le recours à la salle d'urgence et à l'hospitalisation.

Au cours des dernières années, la valeur des équipes interprofessionnelles dans les soins aux personnes âgées présentant des besoins de soins complexes a été de plus en plus reconnue (Moore, 2012). Toutefois, les professionnels de la santé reçoivent encore une formation par profession, ce qui entretient les idées de hiérarchie et de responsabilité lors des prises de décisions. Résultats, les intervenants n'acquièrent pas les connaissances nécessaires pour comprendre et reconnaître l'expertise des autres ou les compétences requises pour collaborer de façon efficace au sein d'une équipe interprofessionnelle. Toutefois, la plupart des professions de la santé reconnaissent la pratique de collaboration interprofessionnelle comme une compétence essentielle dans le domaine des soins aux personnes âgées. C'est le domaine de la gériatrie qui a ouvert la voie aux stages de formation interprofessionnelle. En 1995, la *HSRA (Health Resources and Services Administration)* aux États-Unis déclarait que la formation gériatrique interprofessionnelle devrait être une exigence essentielle pour toutes les professions de la santé. Certains auteurs déplorent la lenteur avec laquelle s'implante cette formation interprofessionnelle dans le domaine des soins aux

personnes âgées et proposent des modalités d'apprentissage prometteuses en mode ambulatoire (Young, 2011; Williams, 2006; IOM, 2008).

La formation interprofessionnelle doit se faire tant durant la formation initiale des futurs professionnels de la santé que lors d'activités de développement interprofessionnel continu. En effet, les rôles professionnels évoluent constamment. Citons l'entrée en scène encore récente au Québec des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne et la modification des rôles des pharmaciens (Tannenbaum, 2013) qui auront un impact sur le travail des médecins de famille.

Un programme taillé sur mesure et un leadership des experts dans le domaine de la gériatrie et des soins aux personnes âgées

La formation reçue en soins aux personnes âgées peut avoir un impact sur le choix de pratique future des résidents de médecine de famille, comme le révèle l'étude de Frank et Seguin (2009). L'élaboration d'un programme bien défini sur le plan des compétences à développer, des contextes de formation, des stratégies éducatives et évaluatives, a fait l'objet d'études de plusieurs groupes de travail (McCrystle, 2010; Eleazer, 2009; Minihan, 2011; Boulton, 2010; Weiss, 2009; Williams, 2010; Singh, 2011; Collège des médecins de famille du Canada, 2013).

Les sept domaines des vingt-six compétences proposés par Williams et coll. (2010) sont les suivants :

- la gestion des médicaments;
- la santé cognitive, affective et comportementale;
- les maladies chroniques ou maladies complexes chez la personne âgée;
- les soins de fin de vie et les soins palliatifs;
- la sécurité du patient âgé en milieu hospitalier;
- les soins de transition;
- les soins ambulatoires.

McCrystle et coll. (2010) proposent un programme de formation visant sept catégories d'objectifs :

- l'identification de ses attitudes personnelles face au vieillissement, aux incapacités/situations de handicaps et à la fin de la vie;
- le diagnostic différentiel, l'évaluation et le traitement des syndromes gériatriques;
- l'application des niveaux d'intervention et des ordonnances de réanimation;
- la gestion de la polypharmacie, le contrôle de la douleur et l'anticoagulation;
- le rôle du médecin dans la gestion du permis de conduire;
- l'identification et l'obtention des ressources communautaires pour les patients et leurs proches aidants;
- les niveaux de soins en CHSLD et dans la communauté et l'allocation des ressources sur le continuum de soins.

Les stratégies éducatives citées (McCrystle, 2010) s'orientent principalement vers les stratégies préconisées pour l'apprentissage chez l'adulte (apprentissage expérientiel, enseignement par les pairs, auto-apprentissage, approche réflexive). Le modèle de rôle exercé par les enseignants demeure l'une des clés de l'apprentissage chez les résidents. Conséquemment, plusieurs auteurs insistent sur la formation du corps professoral. Pour ce faire, les gériatres et les médecins de famille possédant une expertise en soins aux personnes âgées doivent faire preuve de leadership et unir leurs efforts pour offrir formation et coaching aux médecins enseignants (Boulton, 2010; IOM, 2008; McCrystle, 2010; Singh, 2011; Frank, 2010).

L'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: une implantation en marche

En ce qui concerne les soins hospitaliers aux personnes âgées, le MSSS du Québec s'est doté en 2011 d'un cadre de référence et d'outils cliniques et organisationnels pour implanter l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Ce cadre de référence a été conçu pour sensibiliser et outiller les médecins, les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, afin de le prévenir ou de l'atténuer. Des outils cliniques et de gestion ont été développés pour en faciliter la mise en œuvre dans les hôpitaux du Québec. Les futurs professionnels de la santé devront progressivement maîtriser cette approche et ces outils durant leur formation, autant à la salle d'urgence que dans les unités d'hospitalisation médicales et chirurgicales.

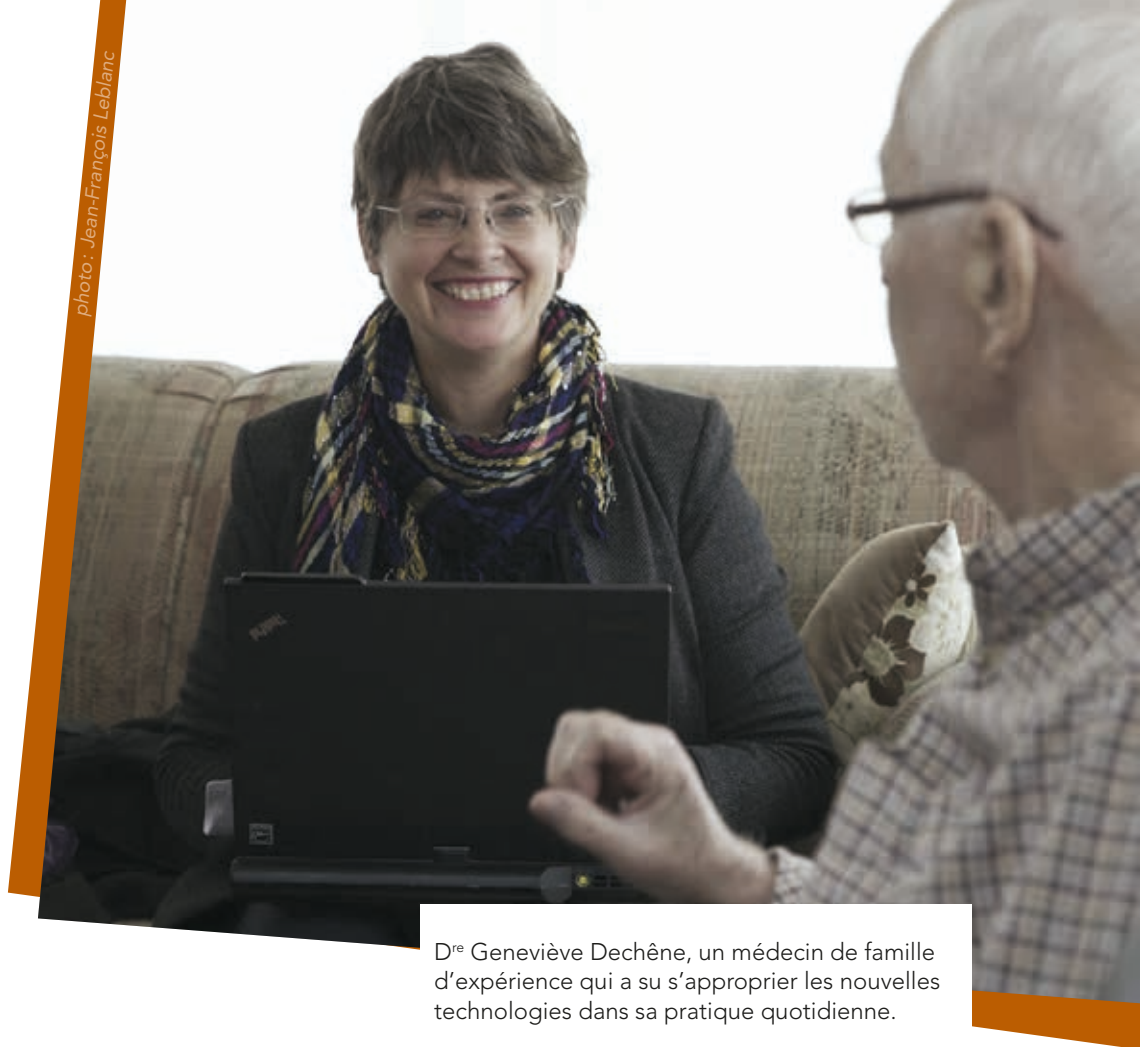


L'enseignement du suivi médical des personnes âgées à domicile

Le suivi médical à domicile permet d'accompagner les personnes âgées vulnérables dans leur milieu de vie, lorsque le plateau technique hospitalier n'est pas requis (Ferrier, 2000). Ces aînés sont aux prises avec des problèmes de santé, le plus souvent des conditions gériatriques complexes qui les empêchent de se déplacer au cabinet, ou sont en fin de vie (Bergeron, 1999; De Serres, 2000). Wei Qiao Qiu et coll. (2010) ont analysé le profil des personnes âgées confinées à leur domicile et celles-ci présentent, dans des proportions supérieures à la population âgée générale, des maladies métaboliques, cardiovasculaires, cérébrovasculaires et musculosquelettiques en plus de troubles cognitifs et de dépression. Or, le nombre de visites à domicile effectuées par des médecins a fléchi considérablement au cours des dernières décennies, malgré la croissance des besoins pour une telle pratique médicale (Pereles, 2000; Stall, 2013).

Mis à part les facteurs humains, les données d'observations et de recherche dont nous disposons démontrent un bénéfice économique certain de la visite du médecin à domicile pour des situations médicales instables, ce qui ne semble pas être le cas pour des visites médicales périodiques pour des patients stables, les infirmières des services de soutien à domicile étant alors aptes à suivre ces cas selon des directives médicales précises (*délégation, ordonnances individuelles et collectives, pratique collaborative*), et ce, à moindre coût pour la société (Haastregt, 2000; Gutman, 1992; Hansen, 1992; Cummings, 1990; Townsend, 1988). La disponibilité accrue et rapide des médecins en cas de détérioration de l'état du patient est à la base du maintien à domicile des cas lourds et de la réduction des hospitalisations et de l'hébergement des grands malades (Fantini, 1995; Van den Berg, 2010; Rytter, 2010; Stuck, 2002). Par ailleurs, plusieurs études ont démontré d'autres avantages à l'équipe médecin-infirmière à domicile auprès des patients ne pouvant se déplacer, entre autres, une diminution des visites à l'urgence (Philbrick, 1992; Stall, 2013), une amélioration de la qualité des soins, une meilleure évaluation des patients âgés atteints de démence (Ramsdell, 2004), une meilleure gestion des médicaments, une augmentation de la qualité de vie des personnes âgées et de leur satisfaction face aux soins, ainsi qu'une diminution de la charge des proches aidants (Hughes, 2000; Muramatsu, 2004; Beck, 2009).

Ces dernières années, au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord, les résidents en médecine de famille et les jeunes médecins de famille semblent démontrer moins d'intérêt pour le suivi des clientèles atteintes de maladies chroniques en soins de première ligne, et particulièrement dans les milieux de vie que sont le domicile et les CHSLD (Karazivan, 2011). Nous en discuterons davantage dans la section du rapport sur les besoins démontrés. L'intérêt pourrait être encouragé, notamment par l'enseignement d'une pratique



Dr^e Geneviève Dechêne, un médecin de famille d'expérience qui a su s'approprier les nouvelles technologies dans sa pratique quotidienne.

médicale à domicile stimulante et bien organisée, dans l'objectif de former des médecins de famille qui répondront mieux aux besoins actuels de notre système de santé (Meyer, 1997; Helton, 2008; Ladouceur, 2008; Commissaire à la santé et au Bien-être, 2009). Cet enseignement doit permettre de développer des attitudes positives face aux personnes âgées (Denton, 2009), d'acquérir les connaissances nécessaires au maintien à domicile de patients vulnérables instables, en équipe avec les intervenants des services de soutien à domicile des CLSC, la structure de base des soins à domicile étant déjà bien développée dans la province (Aubin, 2001). Les résidents, dans la mesure où ils seront exposés à une pratique à domicile efficace et stimulante sur le plan médical (traitement de conditions subaiguës à domicile, par exemple) désireront la reproduire plus tard dans leur pratique (Boillat, 1996; Laditka, 2002).

Les avantages de l'évaluation médicale à domicile d'une personne vulnérable sont multiples (Hayashi, 2009; Buchman, 2012) :

- ▶ approfondissement de l'histoire médicale et de l'examen physique, en l'absence de tests paracliniques facilement disponibles;
- ▶ développement du sens de l'observation, en particulier sur les facteurs de risque sociaux et environnementaux;
- ▶ évaluation et maintien de l'autonomie fonctionnelle et de la qualité de vie;
- ▶ évaluation et suivi des risques de chutes, de l'incontinence urinaire, des troubles cognitifs et des symptômes comportementaux et psychologiques associés;
- ▶ évaluation du besoin d'aide à domicile;
- ▶ évaluation complète de la médication, ainsi que de la façon dont elle est prise;
- ▶ rencontre avec les principaux proches aidants, évaluation de leurs besoins et de leurs limites;

- gestion des soins par téléphone auprès de la personne âgée, de ses proches aidants et des intervenants (infirmière de soutien à domicile, pharmacien communautaire, par exemple);
- rencontres, lorsque nécessaire, idéalement au domicile du patient, des principaux intervenants impliqués auprès du malade, entre autres, l'infirmière pivot, le travailleur social et les proches aidants;
- apprentissage des soins palliatifs à domicile;
- contact privilégié et unique avec le malade et ses proches aidants, qui permet de développer humanité, professionnalisme, habiletés de communication et partenariat de soins;
- prise de décision en situation d'incertitude.

Par ailleurs, parmi les facteurs qui expliquent le fait que les médecins de famille ne font pas de visites à domicile (Eaton, 2000; Pereles, 2000; Stall, 2013), **l'absence de modèles de rôles** durant la formation est certainement un facteur majeur, d'où l'importance d'augmenter le nombre de médecins de famille enseignants qui ont l'expérience de cette pratique et qui ont pu en surmonter les obstacles tels que : le manque de soutien diagnostique; la gestion inefficace du temps si l'agenda des visites est mal planifié ou si les lieux de la visite sont difficiles à repérer; les difficultés de communication avec les intervenants de soutien à domicile et la façon de se partager les tâches; la rémunération insuffisante; l'insalubrité des lieux; l'appréhension face aux soins de fin de vie, aux conflits familiaux, etc.

L'enseignement des soins en CHSLD

Comme le soulignent des auteurs canadiens (Gordon, 2004) et américains (Buhr, 2011), les milieux de soins de longue durée sont riches en situations cliniques permettant des apprentissages complémentaires aux autres lieux de formation. En effet, la clientèle âgée hébergée présente un vaste éventail de problèmes de santé et génère des situations de gestion de soins variées. Cependant, une enquête américaine (Helton, 2008) auprès de résidents de médecine de famille de Caroline du Nord démontrait que seulement 25 % d'entre eux envisageaient une pratique en CHSLD. Les contraintes de temps, les considérations financières, le manque de formation, la perception négative de l'environnement que représentent les CHSLD constituaient les raisons principalement évoquées pour ce manque d'intérêt.

Les milieux de soins de longue durée, à l'instar des *Teaching Nursing Homes* américaines et britanniques (Buhr, 2011), pourraient devenir dans le futur des milieux d'innovation de soins, avec un pouvoir d'attraction et de rétention de personnel tout en constituant un pôle d'intérêt pour les étudiants, les enseignants et les chercheurs. Selon un groupe d'experts ontariens qui a étudié la question et publié un rapport percutant « *Why Not Now? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults* » (Long Term



Dr^e Nathalie Champoux, qui consacre sa pratique aux soins de longue durée à l'IUGM



Dr^e Suzanne Lebel, en compagnie d'une résidente et de son mari du CHSLD Ste-Anne, à Mont-Laurier, avec qui elle a développé une pratique de partenariat de soins.

Care Innovation Expert Panel, 2012), les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement et leurs proches aidants, ainsi que les intervenants qui les accompagnent, seraient exposés à un milieu riche en expériences humaines et en apprentissages divers. Ces auteurs mentionnent l'importance de consolider l'équipe de soins autant pour les médecins (création d'une spécialité médicale en soins de longue durée) que pour les infirmières (introduction d'une infirmière praticienne en soins de longue durée) et les autres professionnels de la santé qui composent l'équipe multiprofessionnelle. Ils proposent de former davantage les proches aidants pour en faire de véritables partenaires de soins. Ils invitent le gouvernement ontarien à créer des centres de soins de longue durée académiques avec l'implantation de programmes d'enseignement, de télémédecine et de recherche intégrés en collaboration étroite avec les universités et les collèges (cégeps).



Buhr (2011) fait état des avancées des *Teaching Nursing Homes* dans un article récent. Ainsi, dès le début des années 80, le concept de *Teaching Nursing Home* est né aux États-Unis, soutenu par la *Robert Wood Johnson Foundation*. Puis, le *National Institute on Aging* a emboîté le pas et financé d'autres facultés de médecine et de sciences infirmières dans le but de i) préparer des étudiants des sciences de la santé à la pratique en soins de longue durée en utilisant des stratégies de formation interprofessionnelle, et de ii) développer la recherche clinique dans le domaine. Leurs objectifs furent atteints : augmentation de la productivité en recherche, meilleurs résultats de santé pour la clientèle hébergée, amélioration des attitudes des stagiaires face aux personnes âgées, consolidation des programmes d'enseignement et des expériences cliniques d'apprentissage. Les stages bloc et des stages longitudinaux en soins de longue durée ont leurs avantages respectifs, mais une combinaison des deux formules serait sans doute à retenir. Les auteurs font également mention des compétences qui peuvent être développées lors de tels stages en milieu d'hébergement, compte tenu de la forte prévalence de la démence, du délirium, de la dépression, de la polymédication (en moyenne cinq à neuf médicaments; le quart des personnes âgées prennent neuf médicaments et plus), des chutes (trois personnes âgées sur quatre en CHSLD font une chute durant l'année).

Récemment, des enseignants de médecine de famille de l'Université McMaster (Oliver, 2011) ont présenté leur programme de formation en soins de longue durée qui fut accueilli avec succès auprès de leurs résidents, des intervenants des milieux d'hébergement et des directeurs de département et de programme de médecine familiale. Parmi les thématiques les plus souvent abordées en stages cliniques sont mentionnés : les symptômes comportementaux associés à la démence; l'approche du délirium; l'évaluation du consentement aux soins et de l'aptitude; la détermination du niveau de soins et de réanimation; la prévention des chutes, le contrôle des infections, le traitement des maladies infectieuses, la polypharmacie, la collaboration interprofessionnelle, l'utilisation des contentions, le traitement des symptômes associés à la fin de vie.

CE QU'EN PENSENT DES ENSEIGNANTS, PRATICIENS, GESTIONNAIRES ET PERSONNES ÂGÉES : BESOINS DÉMONTRÉS

Groupes de discussion et entrevues individuelles avec des intervenants et des gestionnaires

Des professionnels de trois unités de médecine familiale et de soins à domicile de CLSC ont participé à des groupes de discussion, comprenant des médecins de famille (7), des infirmières (4), des gestionnaires cliniques (2), des pharmaciens (2) et un psychologue (1).

Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de trois (3) jeunes médecins de famille en exercice depuis quelques années, dont une consacre sa pratique aux soins de longue durée et les deux autres suivent des personnes âgées dans le cadre de services ambulatoires de première ligne (GMF, CLSC). Aucune n'a de l'expérience en visites à domicile. Toutes trois rapportent un intérêt envers les personnes âgées avant le début de leurs études de médecine. L'une d'entre elles avait travaillé comme préposée dans un CHSLD pendant ses études.

Deux professionnelles (infirmière et travailleuse sociale de formation), ayant occupé divers postes dans l'organisation et la gestion des services aux personnes âgées à domicile et en CHSLD, ont été interviewées ensemble à un moment où elles s'acquittaient d'un mandat pour le compte de l'AOESSS.

Finalement, trois gériopsychiatres du département de psychiatrie de l'UdeM, pratiquant dans des services gériopsychiatriques montréalais, ont également été consultés.

Interrogés sur les **défis reliés à la pratique des soins aux personnes âgées**, les répondants ont mentionné les éléments suivants :

- l'augmentation des personnes âgées de 90 ans et plus et les particularités des traitements associés au très grand âge;
- la diversité culturelle et religieuse des clientèles âgées et de leurs proches, qui sous-tend des croyances, des valeurs, des habitudes de vie, une conception de la maladie et de la mort qui peuvent questionner le médecin et les intervenants face à leurs propres valeurs et perceptions;
- la multiplicité des problèmes présentés par les personnes âgées, qui nécessite l'intégration des services de nombreux partenaires et une coordination étroite;
- la complexité des traitements à dispenser, pour des patients âgés atteints de cancer ou souffrant d'insuffisance cardiaque, pulmonaire ou rénale avancée, par exemple;
- la détermination du niveau de soins désiré par la personne âgée ou ses proches aidants, le cas échéant, et ce, dans le récent contexte du projet de loi 52 sur l'aide médicale à mourir (« *Loi concernant les soins de fin de vie* »), signant l'évolution des attentes sociétales en la matière. Selon certains médecins, on observe une surinvestigation et un surtraitement des personnes âgées dans certaines situations. Certains médecins éprouvent des difficultés à ajuster les traitements vers des soins de fin de vie lorsque la condition médicale de la personne âgée le suggère;
- des clientèles (patients et proches aidants) mieux informées, qui posent plus de questions, qui sont plus exigeantes quant aux traitements offerts et qui souhaitent devenir des partenaires de soins à part entière;
- la famille représente « un tiers » avec qui il faut composer et communiquer tout en respectant l'autonomie de la personne âgée. Certains membres de familles engendrent des tensions au sein des équipes soignantes, ce qui nécessite de la part des médecins et des professionnels de grandes habiletés de communication et de gestion des conflits, ainsi qu'une connaissance approfondie des enjeux médico-légaux. Par ailleurs, la famille peut représenter un formidable partenaire de soins si on lui donne les outils pour le devenir;
- les gains potentiels de la collaboration entre intervenants et entre établissements; il existe encore trop de pratiques en silos;

- le manque de ressources, qui en décourage plusieurs et provoque chez certains un sentiment d'impuissance : les intervenants savent quels services mettre en place pour soutenir la personne âgée et sa famille, mais ces services ne sont pas accessibles, dans le temps ou géographiquement;
- les lignes directrices sur les problèmes de santé chroniques sont souvent peu applicables aux personnes très âgées ou affligées de multiples pathologies. Le médecin doit donc utiliser son jugement et accepter de gérer une part d'incertitude. Dans ces circonstances, informer adéquatement la personne âgée afin qu'elle prenne une décision éclairée, tout en maintenant chez elle les degrés de confiance et d'espoir nécessaires à sa réadaptation, fait appel à plusieurs compétences du médecin;
- les aspects sociojuridiques de certaines situations telles que la gestion du permis de conduire en cas d'inaptitude, l'évaluation de l'aptitude, ou les actions à poser en cas de maltraitance de la personne âgée, exigent l'application de connaissances spécifiques et d'un travail d'équipe avec des intervenants psychosociaux, psychiatriques ou juridiques (avocats et notaires);
- le retard dans l'informatisation du dossier médical constitue un irritant mentionné par plus d'un;
- la rémunération, qui ne valorise pas la continuité des soins, la visite à domicile ou la pratique en CHSLD.

En réponse à la question, **comment mieux préparer les futurs médecins de famille à intervenir auprès des personnes âgées**, les répondants ont mentionné les points suivants :

- diversifier les contextes de soins auxquels sont exposés les résidents, en augmentant l'exposition à la visite à domicile et à la pratique en CHSLD, autant en situation de maladie en phase aiguë que chronique;
- exposer les résidents à des médecins et à des intervenants qui sont des modèles de rôles;
- apprendre aux résidents à gérer progressivement la complexité des cas et à devenir confiants même dans des situations d'incertitude, et ce, en dépit de ressources limitées;
- augmenter les connaissances et les habiletés des résidents dans certains domaines, dont :
 - les signes vitaux gériatriques;
 - les valeurs des tests paracliniques anormales à l'âge avancé;
 - le diagnostic des troubles cognitifs;
 - le délirium aigu et persistant;
 - les troubles anxieux et dépressifs;
 - les dépendances;
 - le suivi de personnes âgées souffrant d'une maladie psychiatrique chronique;
 - la maltraitance des personnes âgées et l'épuisement des proches aidants;
 - l'utilisation des ressources communautaires;
 - la gestion des médicaments en collaboration avec les pharmaciens;
 - le traitement des cancers à l'âge avancé;
 - la maladie de Parkinson et autres troubles du mouvement;
 - l'incontinence urinaire;
 - le dépistage, le suivi et l'évaluation des chutes en contexte de soins ambulatoires;
 - le soulagement de la douleur;
 - les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
 - les techniques d'entrevue lors de la détermination du niveau de soins, de l'annonce du diagnostic.
- développer les capacités de travail en équipe des résidents avec les autres intervenants de la santé et des services sociaux (connaissance et partage des rôles); développer leur capacité de faciliter l'intégration de l'ensemble des informations fournies par tous dans un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avec la personne âgée et ses proches aidants;
- encourager les résidents à manifester des attitudes d'ouverture, d'écoute, d'humilité, de respect, d'intérêt face à la personne âgée et à ses proches aidants et face aux autres intervenants.

Groupe de discussion avec des personnes âgées

Quatorze aînés fréquentant un centre de jour pour personnes âgées de la région de Montréal ont participé à un groupe de discussion à l'hiver 2011. Il s'agissait de personnes âgées vulnérables, hommes et femmes, résidant seules (n = 9), ou avec un conjoint (n = 4) ou un enfant (n = 1) dans la communauté. On peut dire de ces personnes qu'elles étaient très âgées puisque quatre d'entre elles avaient 90 ans ou plus, sept étaient âgées entre 80 et 89 ans et trois seulement, entre 70 et 79 ans. La majorité d'entre elles étaient suivies par un médecin de famille qu'elles rencontraient à son cabinet près de quatre fois par an. Dans un cas seulement, le médecin était âgé de plus de 60 ans. Les participants n'ont pas relevé de différences entre les jeunes médecins et les plus âgés sur le plan des attitudes et des habiletés.

En ce qui concerne leur perception du travail du médecin en équipe avec d'autres professionnels, ces personnes âgées seraient disposées à voir l'infirmière à la place du médecin, ce qui nécessite néanmoins une bonne communication entre tous les intervenants, en particulier entre le médecin, l'infirmière et le pharmacien. L'exemple des GMF a été cité comme étant un modèle rassurant quant à l'évolution de la médecine de famille. Les personnes rencontrées se sont dites favorables aux pratiques médicales d'équipe dans la mesure où ces pratiques leur permettraient d'être vues rapidement en cas de besoin.

Le tableau 3.2 résume les attentes exprimées par les personnes âgées face à leur médecin de famille, sur le plan des attitudes et des habiletés.

Tableau 3.2

Attentes exprimées par des personnes âgées face à leur médecin de famille : Attitudes et habiletés

<i>Donner de bons conseils.</i>
<i>Prendre le temps de nous écouter, de nous laisser nous exprimer et respecter notre rythme.</i>
<i>Nous prendre au sérieux.</i>
<i>Faire preuve d'humanité et ne pas nous traiter comme des numéros.</i>
<i>Bâtir un lien de confiance avec nous au fil des ans.</i>
<i>Être bien informé de notre dossier médical.</i>
<i>Posséder une bonne expertise en matière de médicaments et nous expliquer le pourquoi des ordonnances médicamenteuses. Il existe parfois des contradictions entre les différents médecins consultés à propos des médicaments prescrits, ce qui constitue une source inutile de préoccupations.</i>
<i>Expliquer les résultats des tests et les étapes à venir d'un traitement ou d'une intervention.</i>
<i>Orienter vers des médecins spécialistes ou d'autres ressources, lorsque nécessaire.</i>
<i>Être accessible via l'infirmière ou la secrétaire.</i>

Source : Groupe de discussion auprès d'aînés d'un centre de jour montréalais, 2011

CE QU'EN PENSENT DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE DE FAMILLE : BESOINS RESSENTIS

Sondage auprès de la cohorte des résidents 2010-2012

Un sondage a été réalisé auprès de la cohorte des résidents de médecine de famille 2010-2012 de l'UdeM quant à leurs projets de carrière à court et à moyen termes, données essentiellement comparables à celles obtenues dans le cadre du même sondage réalisé auprès des résidents de la cohorte 2008-2010.

Aux questions (1) « Combien de temps pensiez-vous consacrer aux pratiques suivantes avant votre résidence ? » et (2) « Combien de temps pensez-vous consacrer aux pratiques suivantes à la fin de votre résidence ? », les pourcentages suivants ont été obtenus :

Tableau 3.3
Proportion du temps consacré à différentes pratiques : Estimations avant (1) et à la fin (2) de la résidence

Sondage réalisé auprès de la cohorte 2010-2012,
Programme de résidence en médecine de famille, DMFMU de l'UdeM

Types de pratique	0 % du temps		Moins de 25 % du temps		25-50 % du temps		Plus de 50 % du temps	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Urgence	28 %	47 %	22 %	10 %	19 %	15 %	31 %	28 %
Autres milieux en soins aigus (soins intensifs et coronariens)	67 %	80 %	14 %	7 %	11 %	6 %	8 %	6 %
Soins aux âgés	58 %	70 %	25 %	18 %	16 %	10 %	1 %	2 %
Bureau avec suivi	18 %	29 %	27 %	19 %	35 %	33 %	22 %	19 %

Au terme de leur résidence, quelque 70 % des résidents ne pensent pas consacrer de temps à la pratique de soins aux personnes âgées. En fait, ce pourcentage, qui s'établit à 58 % au début de la résidence, augmente avec la résidence.

Questionnés sur les raisons les ayant motivés à choisir la PRATIQUE EN BUREAU AVEC SUIVI (52 % répondent qu'ils y consacreront 25 % de leur temps et plus) :

- ▶ 77 % des répondants ont invoqué l'intérêt pour le suivi et le devenir à long terme des patients,
- ▶ 55 %, la variété de cette pratique,
- ▶ 52 %, l'intérêt pour la relation avec les patients,
- ▶ 42 %, leur intérêt pour une clientèle variée,
- ▶ 25 %, les horaires flexibles,
- ▶ 18 %, le fait que cette pratique est conciliable avec leurs exigences personnelles,
- ▶ 13 %, leur intérêt pour la prévention,
- ▶ 2 %, le forfait de suivi des personnes vulnérables et le défi scientifique.

Pour ce qui est des irritants concernant le suivi des patients :

- ▶ 60 % des répondants ciblent la difficulté à répondre aux besoins des patients lors de la demi-journée de retour,
- ▶ 57 % signalent le support administratif insuffisant à l'UMF,
- ▶ 55 %, la lourdeur et la complexité de la clientèle.

Lorsqu'on leur demande les raisons les ayant motivés à ne pas faire de suivi :

- 92 % des répondants mentionnent un intérêt pour une autre pratique,
- 48 %, la responsabilité trop exigeante reliée au suivi,
- 44 %, la lourdeur de la clientèle.

Parmi les facteurs qui les auraient motivés à faire du bureau avec suivi, on relève principalement une diminution de la lourdeur administrative.

Parmi les répondants qui ne souhaitent pas faire de bureau avec suivi :

- 39 % des répondants attribuent la baisse d'intérêt pour le suivi au cours de la résidence à la lourdeur de la clientèle,
- 48 %, au soutien administratif insuffisant, d'une part, et à la difficulté à répondre aux besoins pendant la demi-journée, d'autre part,
- 44 %, à la faible possibilité de gérer soi-même son agenda pour répondre à son groupe de patients.

Consultation de la Table des résidents en médecine de famille (2011-2012)

Des membres de la **Table des résidents en médecine de famille** (neuf résidents, pour la plupart R2, représentant chacun une UMF) ont été consultés dans le cadre des travaux du Comité. Ils ont décrit la situation de l'enseignement des soins aux personnes âgées dans les UMF et les milieux associés (CHSLD, soins à domicile, hôpital) telle qu'ils la perçoivent.

Les résidents sont exposés aux personnes âgées dans tous les milieux, mais l'intérêt pour travailler auprès de cette clientèle est propre à chacun et souvent pré-existant à la résidence et même à l'admission en médecine.

En ce qui concerne les **éléments à améliorer** de la formation en soins aux personnes âgées et les solutions préconisées, les résidents formulent les commentaires suivants :

Il existe une grande disparité des milieux quant aux expositions aux différentes clientèles et contextes de soins. Les résidents souhaitent une uniformisation des expositions cliniques, notamment pour les visites à domicile (VAD) et les soins en CHSLD, pour lesquels ils se sentent démunis, mal encadrés, d'où leur faible appréciation de ces contextes de soins, les VAD en particulier. L'organisation des milieux n'est pas toujours efficace dans ces pratiques.

Le degré de supervision et d'autonomie laissé aux résidents varie d'un milieu à l'autre. Les résidents souhaitent assumer la responsabilité de la prise en charge et des décisions, dont les congés hospitaliers (informations aux patients et rencontres avec les familles), et pouvoir échanger avec le superviseur plutôt que de se faire imposer une façon de faire ou de voir le superviseur refaire la démarche auprès du patient. Il serait utile de se détacher de la supervision de la cueillette des données au début de la 2^e année de résidence pour concentrer les discussions sur les spécificités du suivi des patients et des interventions.

La faible exposition aux pratiques collaboratives ne permet pas de développer une vision globale des besoins de la personne âgée. Les professionnels autres que les infirmières sont peu accessibles et les liens avec les équipes de soutien à domicile et les ressources communautaires sont peu développés. Il serait utile de réserver des plages horaires pour les rencontres d'équipes, de faire des visites à domicile conjointes (résidents et professionnels des équipes de SAD). Les résidents déplorent les graves lacunes sur le plan du travail interprofessionnel en UMF-GMF.

L'exposition aux soins en CHSLD est variable d'une UMF à l'autre et plutôt brève et superficielle lorsqu'elle existe. Les résidents proposent la prise en charge d'un certain nombre de patients, avec des modalités de garde communautaire bien définies qui favorisent une progression du résident et une diversité d'exposition aux différentes conditions cliniques aiguës et chroniques des personnes âgées. Ils souhaitent que leurs contacts soient plus étroits avec les infirmières et les infirmières auxiliaires. Ils désirent aussi davantage d'explications sur le fonctionnement du CHSLD, avec la possibilité d'être attiré à un superviseur avec qui ils pourront échanger de façon privilégiée.

Les stages en milieux hospitaliers sont très variables selon les milieux. Pour certains résidents, le stage de gériatrie d'un mois à la deuxième année de résidence permet de consolider les acquis, de gagner en efficacité et d'accroître sa confiance en soi et son autonomie. Ils rapportent avoir rarement l'occasion d'appliquer l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, car ils ont peu de contacts avec les autres professionnels. Ils apprécient être exposés à des « pathologies actives ».

Les résidents se disent peu à l'aise avec les soins de fin de vie, les discussions avec les familles au sujet du pronostic, du retour à domicile, des niveaux d'intervention.

En ce qui concerne les troubles cognitifs, les résidents mentionnent que l'évaluation est la plupart du temps réalisée par d'autres professionnels (infirmière, ergothérapeute, neurologue, etc.). Ils ne se sentent pas assez exposés aux troubles cognitifs pour devenir à l'aise de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Selon eux, le processus d'investigation prend du temps et ils n'en voient pas le déroulement complet. Ils sont peu ou pas exposés à des cliniques de mémoire. Par ailleurs, ils pensent que ces cliniques offrent une investigation exhaustive et un suivi approprié et considèrent qu'elles constituent de bonnes ressources où orienter leur clientèle âgée.

La gestion d'une longue liste de médicaments est complexe afin d'en arriver à une prescription optimale de médicaments. Les résidents souhaitent avoir accès à un pharmacien à l'UMF pour développer leurs habiletés en la matière.

Parmi les points sur lesquels il faudrait insister durant le programme de résidence, ils mentionnent : les situations qui nécessitent une prise en charge interprofessionnelle et la participation à des réunions d'équipe; la gestion de l'incertitude par rapport à l'investigation; la consultation en salle d'urgence afin d'être exposés à des situations de soins aigus.

Les résidents réagissent favorablement à la proposition d'un mentorat sur les soins aux personnes âgées qui serait offert par le DMFMU en début de pratique. Les mentors doivent être des personnes ressources dans leur milieu de pratique pour leur fournir de l'aide sur le fonctionnement dans le milieu, les gardes ou les questions administratives comme la facturation.

ÉTAT DE LA SITUATION DANS LES UMF : RÉSULTATS DU SONDAGE

Afin de connaître l'état actuel de l'enseignement des soins aux personnes âgées (2010-2011) dans les UMF rattachées au DMFMU, un sondage a été envoyé au printemps 2011 à tous les directeurs locaux de programmes (DLP). Quinze des seize DLP ont répondu à ce sondage. En moyenne, chaque UMF accueille 14 résidents (7 R1 et 7 R2).

Les données recueillies sont présentées dans les paragraphes qui suivent sous forme de synthèse pour chacun des milieux cliniques de stage : soins hospitaliers, soins ambulatoires en UMF, soins à domicile, soins en CHSLD. Le nombre de répondants varie selon les contextes.

Stage obligatoire d'un mois en gériatrie en milieu hospitalier

Les DLP des 15 UMF recensées ont mentionné que leurs résidents ont été accueillis dans les services hospitaliers suivants :

- Unité de courte durée gériatrique (UCDG) : 13/15
- Consultation à l'urgence : 10/15
- Consultation sur les étages : 9/15
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) : 6/15.

La supervision hospitalière des résidents est assurée, sauf à l'IUGM, par un groupe de médecins de famille (en moyenne huit médecins) dont la majorité (6/8) partagent leurs activités entre le milieu hospitalier et la première ligne. Les médecins superviseurs de l'IUGM, quant à eux, sont au nombre de 14, dont 11 ne travaillent qu'en milieu hospitalier.

Selon les DLP, les résidents des UMF sont exposés aux problèmes cliniques suivants : troubles cognitifs, SCPD, troubles nutritionnels, troubles dépressifs, syndrome d'immobilisation, incontinence, délirium, chutes et polymédication.

Le tableau 3.4 ci-après présente les points forts, les points à améliorer du stage et les obstacles rencontrés dans l'organisation du stage de gériatrie en milieu hospitalier, selon la synthèse des données qualitatives recueillies auprès des DLP. Ces commentaires peuvent s'appliquer à l'un ou l'autre des milieux. Des forces notées dans une UMF peuvent représenter des lacunes dans une autre.

TABLEAU 3.4
Évaluation du stage hospitalier obligatoire en gériatrie
par le directeur local de programme (DLP) et ses collègues

Points forts	Points à améliorer/Obstacles rencontrés
diversité des pathologies rencontrées	manque d'exposition à l'ambulatoire, comme un stage en hôpital de jour, en clinique externe de gériatrie
expertise clinique et pédagogique des superviseurs	stage davantage à caractère communautaire
disponibilité et motivation des superviseurs à enseigner, lesquels sont par ailleurs des modèles de rôles en soins aux personnes âgées	nombre de patients insuffisant
prise en charge des personnes âgées dès l'urgence et suivi jusqu'au congé hospitalier	faible exposition à certains problèmes tels que le permis de conduire et l'inaptitude
garde occupée, pertinente, donc formative	reflète peu la pratique en bureau vu l'accessibilité facilitée aux examens paracliniques en milieu hospitalier
approche interprofessionnelle bien intégrée; enseignement aux résidents par d'autres professionnels que les médecins	peu de pratique réflexive
accessibilité aux consultants, aux investigations	planifier des échanges avec les autres professionnels en dehors des réunions de plans d'intervention interdisciplinaire (PII)
progression rapide des apprentissages, car le stage est concentré	stage de gériatrie parfois remplacé par stage de soins palliatifs
le résident a plus de responsabilité directe et exerce son leadership, tout en jouissant d'une bonne accessibilité à ses superviseurs	locaux insuffisants ou exigus dans certains milieux
approche proportionnée des soins	absence de dossier informatisé
	absences fréquentes des résidents pour des activités n'ayant pas de lien avec le stage de gériatrie lui-même
	manque d'effectifs médicaux de superviseurs et capacité d'accueil limitée du milieu hospitalier
	lectures obligatoires souvent escamotées par les résidents et manque de période réservée à l'agenda pour la discussion de ces articles avec les superviseurs
	soutien administratif manquant ou déficient
	clientèle âgée perçue comme non intéressante
	durée de l'évaluation du patient en UCDG et durée moyenne de séjour (28 jours) sont longues, ce qui a pour conséquence un faible roulement des patients, d'où une exposition à un nombre restreint de patients
	réunions de plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ont parfois lieu quand le résident n'est pas présent (lendemain de garde ou suivi de clientèle en bureau)

Activités d'apprentissage en soins à domicile

- ▶ En moyenne, les résidents assurent le suivi de quatre à cinq personnes âgées à domicile, à raison d'une demi-journée par mois.
- ▶ Environ 48 % des personnes âgées suivies à domicile par les résidents sont des nouveaux patients qui n'étaient pas suivis auparavant par des médecins de l'UMF.
- ▶ Dans la majorité des UMF (66 %, 8/12), les médecins qui assurent la supervision des résidents font eux-mêmes des visites à domicile (VAD) de façon régulière. Mais dans 25 % des UMF (3/12), les médecins superviseurs ne font pas de VAD de façon régulière.
- ▶ Les résidents sont toujours accompagnés par leurs superviseurs pour une première visite à domicile dans une proportion de 45 % (5/11). Par la suite, les résidents sont rarement accompagnés à domicile ou ne le sont jamais, dans une proportion de 65 % (10/15).
- ▶ Les résidents assurent un suivi en tandem avec une infirmière de soutien à domicile (SAD) dans une proportion de 27 % (4/15).
- ▶ Dans près de 50 % (7/15) des UMF, les résidents participent aux réunions d'équipes.
- ▶ Dans 70 % des UMF (11/15), les résidents font un suivi occasionnel avec les infirmières de SAD. Par contre, dans 4 UMF, les résidents expérimentent un suivi en tandem avec les infirmières de SAD.
- ▶ Dans 80 % des UMF (8/10), les résidents participent à un système de garde pour les patients du SAD. Dans 11 UMF sur 15, pour les situations urgentes, un accès aux résidents et aux superviseurs est assuré dans la journée par téléavertisseur ou téléphone.
- ▶ Dans 70 % des UMF (10/15), les messages des patients sont toujours transmis aux résidents, même en dehors des stages blocs en médecine familiale.

Le tableau 3.5 ci-après résume les points forts, les points à améliorer et les obstacles rencontrés dans l'organisation des activités d'apprentissage en soins à domicile.

TABLEAU 3.5
Évaluation des activités de stage en soins à domicile
par le directeur local de programme (DLP) et ses collègues

Points forts	Points à améliorer/ Obstacles à surmonter
diversité des problèmes de santé et pathologies fréquentes de première ligne	nombre et diversité de patients suivis
expérimentation de la continuité des soins sur 2 ans de résidence : sentiment d'être important pour le patient, lien étroit avec le patient qui devient « son protégé »	flexibilité de l'horaire des résidents afin qu'ils puissent gérer eux-mêmes les situations urgentes (et non leurs superviseurs)
gestion d'épisodes de détérioration aiguë par des visites ponctuelles urgentes pour leurs patients	disponibilité des superviseurs
autonomie et responsabilisation des résidents	accompagnement du résident en VAD et modèle de rôle des superviseurs
multiethnicité de la clientèle âgée suivie	responsabilisation/désintérêt des résidents face à leurs patients à domicile
expérimentation du travail d'équipe : groupe de résidents responsables d'un groupe de patients se remplacent lors de congés, d'absences de l'UMF	lourdeur du suivi en VAD fait peur et est anxiogène pour certains résidents
supervision interprofessionnelle	apprentissage à faire : gestion de l'incertitude et de la complexité, sans le soutien hospitalier
discussion sur les niveaux de soins et la réanimation; importance de rédiger des notes claires pour comprendre le niveau d'intervention souhaité par la personne âgée	apprentissage à faire : soulager et non guérir et respecter le rythme du patient qui ne veut pas être investigué ou hospitalisé
disponibilité/accessibilité des superviseurs	collaboration interprofessionnelle et communication efficace et rapide entre le CSLC et l'UMF
bonne collaboration avec personnel soignant	gestion des dossiers (centralisation de l'information)
	soutien administratif pour prise de rendez-vous
	territoire à restreindre
	soutien technologique (dossier informatisé)
	communication entre téléphoniste et résidents pour la transmission des messages des patients et familles
	difficulté d'accès au plateau technique
	planification de demi-journées réservées aux VAD dans l'agenda du résident

Activités d'apprentissage en CHSLD

- En moyenne, les résidents assurent le suivi de quatre à cinq personnes âgées en CHSLD, à raison de trois demi-journées en R1 et de onze demi-journées en R2. En moyenne, trois médecins par UMF assurent la supervision des résidents en CHSLD.
- Dans 60 % des UMF (7/12), les résidents sont toujours accompagnés de superviseurs lors de leur première évaluation d'une personne âgée. Pour les autres (5/12), cet accompagnement se fait à l'occasion ou rarement. Par la suite, pour le tiers des UMF, les résidents sont rarement accompagnés par leurs superviseurs ou ne le sont jamais.
- Dans 40 % des UMF (3/8), les résidents participent aux réunions d'équipes.
- Les résidents sont appelés à régler les problèmes observés par le personnel infirmier. Assez souvent, ils assurent l'admission des nouveaux patients.

Le tableau 3.6 ci-après résume les points forts, les points à améliorer et les obstacles liés à l'organisation de activités d'apprentissage en CHSLD.

TABLEAU 3.6
Évaluation des activités de stage en CHSLD
par le directeur local de programme (DLP) et ses collègues

Points forts	Points à améliorer/ Obstacles à surmonter
démystification de la pratique en CHSLD	recrutement des superviseurs
diversité des problèmes de santé	supervision plus serrée
complexité des pathologies	exposition à accroître, pas assez de suivi longitudinal ou d'exposition aux urgences
interactions enrichissantes avec les superviseurs	garde communautaire à mettre en place
proximité du CHSLD et de l'UMF	présence insuffisante aux réunions d'équipes
activités qui s'intègrent bien au suivi en bureau	absence des résidents pour d'autres activités cliniques ou pour des congés
travail d'équipe avec les infirmières	lieux exigus à partager par le personnel soignant et les résidents
importance de la détermination du niveau de soins	désorganisation de certaines unités de CHSLD (accueil des résidents par le personnel, gestion des dossiers)
pharmacovigilance	
approche des familles pour les aider à évoluer face aux pertes progressives de la personne âgée	
exposition aux soins palliatifs gériatriques	
responsabilité du suivi longitudinal	
présence de superviseurs en cas de questionnement urgent ou pour la supervision	

Activités d'apprentissage en soins ambulatoires en UMF

- ▶ En moyenne, les résidents assurent le suivi en UMF de 28 personnes âgées de 70 ans et plus, ce qui représente 28 % de leur clientèle de bureau (et correspond aux 30 % de la clientèle âgée de l'UMF). Il s'agit de nouveaux patients dans 30 % des cas.
- ▶ En moyenne, 14 médecins assurent la supervision des résidents en UMF. Ils accompagnent toujours les résidents dans leurs premières évaluations dans près de 50 % des cas (6/13). Les superviseurs sont accessibles par téléphone ou téléavertisseur, si nécessaire.
- ▶ Les résidents sont exposés à la majorité des problèmes fréquents en soins aux personnes âgées (sauf le délirium et le syndrome d'immobilisation) : troubles cognitifs et SCPD, troubles nutritionnels, troubles dépressifs, incontinence, chutes, polymédication, diabète, MPOC, MCAS et insuffisance cardiaque, examen médical périodique.
- ▶ La collaboration des résidents avec les infirmières de CLSC est plutôt ponctuelle sous forme de brefs contacts téléphoniques, rarement pour un suivi conjoint ou pour la participation à une réunion d'équipe.
- ▶ Très peu d'UMF comptent un pharmacien au sein de leur équipe. Les liens sont donc établis avec les pharmaciens communautaires, mais là encore, la fréquence des contacts semble plutôt faible. Les résidents discutent principalement avec les pharmaciens des cas de polymédication. Parfois, ils les côtoient lors d'activités de formation regroupant médecins, infirmières et pharmaciens en GMF.

Le tableau 3.7 ci-après résume les points forts, les points à améliorer et les obstacles liés à l'organisation d'activités d'apprentissage en soins aux personnes âgées à l'UMF.

TABLEAU 3.7

Évaluation des activités de stage en soins ambulatoires à l'UMF par le directeur local de programme (DLP) et ses collègues

Points forts	Points à améliorer/ Obstacles à surmonter
diversité des cas	plus grande variation de la lourdeur des cas, trop de cas lourds
beaucoup d'exposition	exposition plus structurée à certaines pathologies telles que la démence
autonomie des résidents	résidents mal préparés à inclure les proches aidants dans l'évaluation
nouvelle clientèle sans médecin	collaboration interprofessionnelle (infirmière clinicienne) et coordination plus fluide avec les autres intervenants
clientèle âgée agréable	peu d'intérêt et d'enthousiasme des résidents pour le suivi de la clientèle âgée
plusieurs superviseurs en UMF offrent des soins aux personnes âgées	clientèle qui fait peur aux résidents
	lourdeur du suivi lorsqu'il faut s'arrimer avec des intervenants à distance (CLSC), difficulté à les joindre
	longueur des évaluations; il faudrait pouvoir assurer le suivi de 50 patients âgés
	expertise variable des superviseurs en soins aux personnes âgées
	difficulté d'accès aux évaluations complémentaires dans des délais raisonnables
	ressources communautaires peu connues
	soutien technique insuffisant

EN RÉSUMÉ

Le portrait de l'enseignement des soins aux personnes âgées au sein des UMF et des milieux associés du DMFMU de l'UdeM, selon le **sondage mené auprès des DLP des UMF** en 2011, se caractérise par les points suivants :

- Il existe une grande disparité parmi les UMF sur le plan de l'organisation et de la capacité, d'où l'hétérogénéité de la formation en soins aux personnes âgées offerte par les UMF aux résidents; peu d'entre elles, sauf en dehors des milieux urbains, offrent des activités d'apprentissage s'étalant de façon longitudinale à domicile, en CHSLD et en milieu hospitalier; la garde est assurée par les résidents de façon inégale entre les différentes UMF (fréquence et nature de la couverture); les degrés d'autonomie et de supervision varient, souvent en fonction de règles dictées par les milieux.
- Les résidents ne se sentent pas outillés pour faire face aux défis spécifiques que présente la pratique auprès des personnes âgées vulnérables, particulièrement en soins à domicile et en CHSLD; ils sont peu exposés à une variété de personnes âgées (vieillesse normale vs problèmes de santé mentale vs troubles cognitifs) et ils ne se sentent pas préparés à faire face à certains problèmes médicaux

(diagnostic des troubles cognitifs, par exemple) ou psychosociaux complexes (gestion du permis de conduire, discussion avec les familles, par exemple) ou, encore, à la gestion de la polymédication.

- ▶ Les médecins de famille qui travaillent dans les unités gériatriques hospitalières représentent des modèles de rôles. Les résidents sont exposés dans ces milieux au travail d'équipe avec les autres professionnels de la santé; ils ont rapidement accès au plateau technique d'investigation et de traitement, ainsi qu'aux consultants spécialisés; ces éléments font du milieu hospitalier un milieu de pratique familial et sécurisant pour les résidents.
- ▶ Les soins à domicile se limitent, dans certains milieux, à quelques visites de courtoisie sans réel défi sur le plan médical. Les résidents sont très peu exposés aux situations nécessitant des interventions médicales urgentes ou intensives; ils travaillent de façon inégale avec les équipes de soutien à domicile et, en général, ils ont peu accès à un suivi conjoint avec des infirmières de soutien à domicile ou d'autres intervenants; ils ont rarement l'occasion de faire des visites à domicile avec leurs superviseurs qui ne peuvent alors devenir des modèles de rôles inspirants pour démontrer les habiletés à gérer l'incertitude d'une pratique à domicile; dans certains cas, les superviseurs eux-mêmes ne font pas de visites à domicile.
- ▶ Peu de résidents sont exposés à la pratique en soins de longue durée et, quand ils le sont, ils y consacrent très peu de temps, ce qui ne leur permet pas de faire des apprentissages significatifs. Là encore, les superviseurs « modèles de rôles » se font rares pour leur démontrer les spécificités de cette pratique dans laquelle doivent coexister deux approches (milieu de vie, milieu de soins), tout en appliquant des soins proportionnés.
- ▶ L'exposition aux pratiques collaboratives en soins ambulatoires est plutôt limitée, que ce soit avec les infirmières des CLSC et CHSLD, les pharmaciens, les travailleurs sociaux ou les nutritionnistes; les corridors de services avec les équipes de SAD des CLSC et les services communautaires ou les services gériatriques ou gérontopsychiatriques sont peu développés. Les intervenants des autres professions sont peu impliqués dans la formation des résidents, et ce, particulièrement à l'extérieur des milieux hospitaliers.
- ▶ Le nombre de médecins superviseurs « modèles de rôles » pour une pratique intensive en visites à domicile ou en CHSLD n'est pas suffisant et leur recrutement n'est pas facile. La supervision directe des résidents dans ces deux contextes de soins n'est pas suffisamment développée.
- ▶ Le soutien logistique, administratif et informatique est insuffisant.

Nous observons une convergence éloquentes entre les besoins normatifs, démontrés et ressentis, convergence ayant permis aux membres du Comité d'élaborer les compétences à développer au cours de la résidence (chapitre 4) et les recommandations pédagogiques (chapitre 5).

4 COMPÉTENCES À DÉVELOPPER ET STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE



photo: Marie-Claude Lisée

La marraine de Luce Gosselin, une femme de 82 ans qui a su garder la forme, en compagnie de son arrière-petite-fille

COMPÉTENCES GÉNÉRALES ATTENDUES PAR CONTEXTE DE PRATIQUE

L'élaboration des compétences attendues en soins aux personnes âgées du résident en médecine familiale, présentées dans cette section, s'appuie sur plusieurs sources, dont :

- ▶ les sept trajectoires de développement des compétences élaborées par le Programme de résidence en médecine de famille de l'UdeM, adaptées des travaux du Conseil Central des Compétences (CCC) du CPASS de la Faculté de médecine;
- ▶ l'expérience des membres du Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées à la résidence en médecine familiale, du Comité d'externat en gériatrie, du Comité de gériopsychiatrie de la Faculté de médecine de l'UdeM, ainsi que des gériatres;
- ▶ l'expertise de gériatres pour « l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »;
- ▶ la consultation de plusieurs documents d'organismes ou associations à visée éducative en soins aux personnes âgées et en gériatrie, dont :

- Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2013). « Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada ». Le livre rouge. 82 p.
- Cours triple C axé sur le développement des compétences, CMFC, mars 2011.
- Williams B et al. (2010). "Medicine in the 21st century: Recommended essential geriatrics competencies for Internal Medicine and Family Medicine residents." *Journal of Graduate Medical Education*, 2(3): 373-383.
- Minihan P, Robey KL, Long-Bellil LM, Graham CL, Hahn JE, Woodard L, Eddey GE, on behalf of the Alliance for Disability in Health Care Education Desired Educational Outcomes of Disability. (2011). "Related Training for the Generalist Physician: Knowledge, Attitudes, and Skills." *Academic Medicine*, 86(9): 1171-1178.
- Lieff SJ, Kirwin P, Colenda CC. (2005). "Proposed Geriatric Psychiatry Core Competencies for Subspecialty Training." *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(9): 815-821.

Les compétences sont regroupées en quatre sections (expert médical, professionnel et communicateur, collaborateur et gestionnaire, érudit et promoteur de la santé) et présentées en fonction des contextes de pratique : soins ambulatoires, à domicile, en CHSLD et à l'hôpital.



Expert médical

Le résident est un clinicien compétent et efficace. À la fin de son programme de formation, en tant qu'expert médical, le résident :

A. Tous les contextes de soins (ambulatoires en UMF, domicile, CHSLD, hôpital)

- ▶ Différencie le vieillissement normal du vieillissement pathologique lors de l'évaluation d'un problème de santé présenté par une personne âgée.
- ▶ Prodigue des soins globaux, adaptés aux différents contextes de soins, en partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants.
- ▶ Gère la complexité des soins en situation de comorbidités multiples et de polymédication.
- ▶ Effectue une anamnèse et un examen physique ciblés, qui tiennent compte de la tolérance ainsi que des incapacités physiques et cognitives de la personne âgée.
- ▶ Sollicite, en temps opportun, la contribution des proches aidants de la personne âgée pour obtenir l'information médicale nécessaire à l'évaluation clinique et, au besoin, à l'orientation des interventions et des objectifs du plan de soins.
- ▶ Élabore et coordonne un plan d'intervention médical, adapté au contexte clinique, aux attentes de la personne âgée et de ses proches aidants, qui comprend :
 - la priorisation des problèmes,
 - l'investigation et la référence, si nécessaire, à des spécialités médicales ou chirurgicales,
 - le traitement, les interventions de réadaptation ou de soins palliatifs.
- ▶ Élabore avec la personne âgée et ses proches aidants, le cas échéant, une stratégie et un plan de gestion de l'incertitude, si nécessaire.
- ▶ Reconnaît que la perte d'autonomie est une présentation clinique fréquente d'une maladie systémique et en investigue la cause pour :
 - identifier et traiter tout facteur réversible;
 - orienter la personne âgée vers les ressources nécessaires au maintien de sa sécurité dans son milieu de vie.
- ▶ Détecte, investigue, diagnostique et traite, de façon sécuritaire et globale, par des approches pharmacologiques et non pharmacologiques, les syndromes gériatriques et problèmes de santé fréquents suivants, en prévenant les complications qui y sont associées, en partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants :
 - le déclin fonctionnel;
 - les troubles cognitifs;
 - les symptômes comportementaux et psychologiques associés aux démences (SCPD);
 - le syndrome d'immobilisation, les chutes et les troubles de la marche;
 - le délirium;
 - la douleur aiguë et chronique;
 - la polymédication;
 - la dépression et les autres troubles de l'affect;
 - la dénutrition;
 - l'incontinence, la constipation;
 - les troubles de la communication (vision, audition);

- la maltraitance;
 - l'épuisement des proches aidants;
 - l'arthrose et l'ostéoporose;
 - l'hypertension.
- Reconnaît et gère avec discernement les urgences menaçant la vie ou l'intégrité des patients, ainsi que les épisodes de décompensation aiguës et subaiguës, en utilisant une approche proportionnée qui tient compte :
- des désirs et objectifs de vie du patient ou de ses proches aidants, le cas échéant, de même que de la capacité de la personne de se soumettre à des investigations et à des traitements,
 - du niveau d'intervention établi,
 - du pronostic inhérent au problème aigu,
 - des moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles.

Gestion de la médication

- Considère les effets secondaires et les interactions médicamenteuses comme faisant partie du diagnostic différentiel, lors de changements aigus ou subaigus de l'état de santé de la personne âgée.
- Utilise la médication de façon appropriée en prenant en compte les aspects suivants :
- l'avis de la personne âgée ou de ses proches aidants, le cas échéant,
 - les modifications physiologiques et pathologiques associées au vieillissement,
 - la liste des médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée,
 - la sensibilité accrue du système nerveux central (SNC) à la médication à l'âge avancé,
 - les effets secondaires courants en lien avec les comorbidités présentes (interaction médicaments-maladies),
 - les répercussions du traitement sur le statut fonctionnel de la personne âgée,
 - les interactions médicamenteuses.
- Discute, en vue d'un choix de traitement pharmacologique optimal, avec la personne âgée ou ses proches aidants, le cas échéant, et les intervenants de l'équipe de soins, de la pertinence de l'utilisation de médicaments présentant un risque élevé d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses (tels que les AINS, les opioïdes, l'insuline, les anticholinergiques et les psychotropes), et
- propose des moyens de réduire les effets secondaires et les complications associés à ces médicaments, ou
 - suggère des solutions de rechange pharmacologiques ou non pharmacologiques.
- Révisé périodiquement la médication avec le patient ou ses proches aidants, le cas échéant, et les intervenants de l'équipe pour :
- vérifier que chaque médicament prescrit correspond à des indications précises et justifiées,
 - s'assurer de l'observance,
 - éliminer les médicaments inefficaces, non nécessaires ou dupliqués, en tenant compte de la nécessité de procéder à un sevrage progressif pour certains de ces médicaments.
- Informe la personne âgée ou ses proches aidants, le cas échéant, et les intervenants intéressés, de tout changement de médication.

B. Soins à domicile, en CHSLD et à l'hôpital

- ▶ Établit un niveau de soins et le choix ou non d'une réanimation cardiorespiratoire, avec la personne âgée ou ses proches aidants, en cas d'inaptitude, en fonction des désirs, de l'état de santé et du pronostic vital de la personne.
 - Inscrit au dossier médical l'information obtenue et la transmet aux personnes intéressées.
 - Reconnaît quand et comment proposer un changement du niveau de soins plus approprié à la condition de la personne âgée, par exemple, la proposition de soins palliatifs en temps opportun (« soins intensifs de confort »).
- ▶ Applique une approche proportionnée de soins, en fonction du niveau de soins préalablement établi.
- ▶ Accompagne la personne âgée et ses proches aidants lors de la phase terminale de la maladie (soins de fin de vie) et contribue à alléger leur souffrance (physique, psychologique, morale, spirituelle), en collaboration avec l'équipe de soins.

C. Soins à domicile et en CHSLD

- ▶ Adapte les différentes lignes directrices de la gestion des maladies chroniques et des épisodes aigus des maladies, selon les ressources disponibles, et en fonction de :
 - la fragilité associée à l'âge très avancé,
 - la sensibilité accrue aux médicaments, et
 - des risques accrus d'événements critiques (hypoglycémie, hypotension, chutes, par exemple).

D. Soins à domicile

- ▶ Détecte, lors d'un appel d'une personne âgée ou de ses proches aidants, de l'infirmière à domicile ou d'un autre intervenant, une situation médicale potentiellement instable qui pourrait être réglée à domicile afin d'éviter un recours à la salle d'urgence ou une hospitalisation inutile, en tenant compte des capacités de la personne ou de ses proches aidants, le cas échéant, à faire face à la situation.
- ▶ Pose le diagnostic et amorce un traitement dans le contexte particulier de la VAD, donc sans imagerie, mais avec les tests de laboratoire disponibles rapidement au besoin.

E. Soins hospitaliers

- ▶ Applique l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* quant à la prévention du déclin fonctionnel associé à l'hospitalisation par :
 - la collaboration à une **approche fonctionnelle holistique** plutôt que par organe;
 - l'application des principes de **pharmacovigilance** chez la personne âgée;
 - l'intégration des **signes vitaux gériatriques AINÉES** dans l'évaluation initiale et le suivi quotidien des patients âgés pour le dépistage et le traitement précoces des complications;
 - la **collaboration avec l'équipe de soins infirmiers** dans l'évaluation et le plan de traitement des problèmes dépistés;
 - la participation à la mise en place et à la réalisation des **interventions interprofessionnelles** nécessaires aux actions suivantes :
 - dépistage des facteurs de risque de l'immobilisation et du délirium,
 - gestion des facteurs de risque de déclin fonctionnel identifiés chez la personne âgée,
 - prévention de l'immobilisation et du délirium,
 - traitement du délirium ou du syndrome d'immobilisation présent chez la personne âgée, s'il y a lieu.

Professionnel et communicateur

La relation médecin-patient est l'essence de la médecine familiale. À la fin de son programme de formation, en tant que professionnel et communicateur, le résident :

A. Tous les milieux de soins (soins ambulatoires en UMF, domicile, CHSLD, hôpital)

- ▶ Assure la continuité des soins auprès de la personne âgée et de ses proches aidants dans tous les contextes de soins, y compris pour les demandes urgentes et semi-urgentes (accès rapide).
- ▶ Assure le respect de la dignité de la personne âgée dans l'ensemble des soins qui lui sont prodigués.
- ▶ Établit une relation de partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants, le cas échéant, en habilitant la personne, au long de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés, en reconnaissant son expérience (savoirs expérientiels) et ses objectifs de vie et en la soutenant dans le développement de ses compétences de soins.
- ▶ Tient compte des émotions de la personne âgée et de celles de ses proches aidants dans l'ensemble des communications.
- ▶ Aborde avec la personne âgée et ses proches aidants les considérations éthiques et légales pertinentes :
 - aptitude à consentir,
 - consentement substitué,
 - régime de protection,
 - niveau de soins,
 - transmission d'information à des tiers,
 - permis de conduire.
- ▶ Établit, si nécessaire, en collaboration avec d'autres intervenants, l'aptitude de la personne âgée à gérer sa personne et ses biens et applique les mesures médico-légales appropriées.
- ▶ S'assure que l'information pertinente concernant l'évolution de l'état de santé de la personne âgée est transmise à tous les intéressés, en temps opportun.
- ▶ Module son approche de soins auprès de la personne âgée en fonction de l'origine culturelle et des croyances religieuses de la personne.
- ▶ Utilise un interprète lorsque nécessaire pour communiquer avec la personne âgée ou avec ses proches aidants.
- ▶ Utilise des stratégies de communication adaptées aux incapacités de la personne âgée, telles que la cécité, la surdité ou l'aphasie.
- ▶ Tient compte dans ses communications avec la personne âgée et ses proches aidants de leurs niveaux de littératie générale et de littératie en santé.

B. Domicile et CHSLD

- ▶ Adopte un vocabulaire approprié pour communiquer avec la personne âgée et ses proches aidants, ses collègues médecins et les membres de l'équipe de soins à différents moments :
 - l'évaluation initiale à domicile pour expliquer la précarité de l'état de santé de la personne âgée, en incluant des éléments de pronostic lorsqu'il est possible de le faire;
 - l'établissement et la révision du niveau de soins requis;
 - les conversations téléphoniques ou les rencontres avec les proches aidants;
 - la modification de l'orientation des soins pour offrir des soins de confort en raison de l'évolution de l'état de la personne âgée vers la phase terminale;
 - le décès de la personne âgée.

Collaborateur et gestionnaire

La médecine familiale est une pratique communautaire. À la fin de la résidence, en tant que collaborateur et gestionnaire qui exerce un leadership collaboratif, le résident :

A. Tous les milieux de soins (soins ambulatoires en UMF, domicile, CHSLD, hôpital)

- ▶ Réfère, lorsque la situation le nécessite, dans un délai adéquat, au consultant approprié (médecin ou autre professionnel), en lui communiquant l'information pertinente, après avoir obtenu le consentement de la personne âgée ou de ses proches aidants, le cas échéant.
- ▶ Utilise et mobilise de façon judicieuse et réaliste les ressources d'investigation et d'intervention des différents réseaux gravitant autour de la personne âgée : réseau familial et social, réseau communautaire, réseau de la santé et des services sociaux.
- ▶ Favorise et facilite les échanges entre les divers intervenants impliqués dans les soins à la personne âgée, dans un climat de respect mutuel et de collégialité.
- ▶ Établit une collaboration efficace avec le pharmacien communautaire et/ou le pharmacien d'établissement qui intervient auprès de la personne âgée.
- ▶ Participe au transfert sécuritaire de la personne âgée d'une ressource à l'autre, sans bris de continuité de services (soins de transition).
- ▶ Contribue au développement de corridors de soins et de services destinés aux personnes âgées en participant à la définition des besoins locaux.
- ▶ Organise son travail en équipe de façon explicite afin d'assurer le suivi de la clientèle âgée dans sa pratique au quotidien, en cas d'urgence ou lors de périodes d'absence (vacances, congrès, congé de maternité ou de paternité, maladie, etc.), en collaboration avec ses collègues médecins et professionnels impliqués dans les soins de ces personnes âgées.
- ▶ Délègue à qui de droit ce qui peut être délégué, de façon explicite et dans un souci d'efficacité, sans compromettre la sécurité de la personne âgée, en s'assurant de développer avec la personne visée un lien de confiance et une disponibilité réciproque.
- ▶ Participe aux discussions de cas, aux rencontres interprofessionnelles et à l'établissement des plans d'intervention interdisciplinaire (PII), en incluant la personne âgée et ses proches aidants, comme membres à part entière de l'équipe de soins dans l'esprit du partenariat de soins et de services.
- ▶ Encourage et stimule chaque groupe professionnel à exercer pleinement son expertise professionnelle, afin d'améliorer l'efficacité des soins et des services offerts aux personnes âgées et à leurs proches aidants.
- ▶ Collabore avec les intervenants des services de soutien à domicile, le Curateur public, les notaires, les avocats pour la gestion de l'incapacité à consentir aux soins et à gérer les biens matériels des personnes âgées incapables.
- ▶ Remplit avec justesse, dans un délai raisonnable, les différents formulaires médico-administratifs : certificat de décès, déclaration d'incapacité, consentement aux soins (Curateur public), CTMSP, impôts provincial et fédéral, etc.
- ▶ Devient un modèle de rôle pour tous ses collègues, par différentes actions telles que les suivantes :
 - identifier les situations potentiellement problématiques afin d'agir de façon proactive;
 - offrir un soutien moral et psychologique aux membres de l'équipe;
 - contribuer à créer et à maintenir un lieu de parole pour que les membres de l'équipe puissent partager et ventiler lors de situations difficiles;
 - agir de façon proactive dans la gestion des conflits;
 - mobiliser les intervenants et les gestionnaires pour optimiser les soins et la qualité de vie des personnes âgées;

- faire preuve de créativité avec les autres membres de l'équipe pour identifier des solutions individualisées à des problèmes spécifiques (comportements perturbateurs, demandes particulières de la part des proches aidants, situations de crise, etc.).

B. Soins à domicile et en CHSLD

- Planifie en équipe les services adaptés à la fin de la vie du patient à domicile ou en CHSLD (médication, services, soutien au patient et à ses proches aidants).
- Établit les priorités cliniques avec l'infirmière lors des visites médicales.
- Évite les transferts inutiles à l'urgence.

C. CHSLD

- Gère le processus d'admission, s'étendant de l'admission à la première rencontre d'équipe, pour établir le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), en partenariat avec la personne âgée ou ses proches aidants, le cas échéant.
- Au moment de l'admission d'une personne âgée, agit de façon proactive dans le dépistage des problèmes potentiels (troubles de la personnalité, insatisfactions, risques de plaintes, problème physique risquant de dégénérer rapidement) et les porte à l'attention des professionnels et gestionnaires visés, afin d'initier des démarches précoces permettant de minimiser et/ou d'éviter les impacts négatifs et les complications possibles de la situation.
- Organise la pratique médicale en CHSLD pour offrir aux personnes âgées en hébergement des soins médicaux adaptés à leur milieu de vie.
- Apporte une aide et un soutien aux gestionnaires et aux équipes de soins en situation de crise : épidémies, urgences psychosociales, comportements perturbateurs dans les cas de démence, crises familiales, troubles de la personnalité, etc.
- Participe aux différents comités ou réunions du CHSLD : rencontres interprofessionnelles, gestion des contentions, révision des médicaments, comités de milieu de vie.
- Connaît la structure et l'organisation des soins en CHSLD et sait à qui s'adresser et quand le faire.

D. Soins à domicile

- Organise son travail à domicile en équipe auprès de personnes âgées très vulnérables avec ses collègues médecins et d'autres intervenants pour :
 - se consulter,
 - partager le suivi,
 - assurer une disponibilité en tout temps (garde infirmière 24 heures sur 24 et garde téléphonique médicale 24 heures sur 24).
- Travaille de façon concertée avec le gestionnaire de cas impliqué auprès de la personne âgée, le cas échéant.
- Fait appel de façon judicieuse aux intervenants de l'équipe de soutien à domicile du CSSS et des organismes communautaires et collabore avec eux de manière efficiente.

Érudit et promoteur de la santé

Le médecin de famille constitue une ressource pour une population définie de patients âgés. À la fin de son programme de formation, en tant qu'érudit et promoteur de la santé, le résident :

A. Tous les milieux de soins

(soins ambulatoires en UMF, CHSLD, domicile, hôpital, communauté)

- ▶ Évalue avec la personne âgée ou ses proches aidants, le cas échéant, ses habitudes et contexte de vie et les facteurs pouvant influencer sa santé, en portant une attention particulière aux indices de fragilité (malnutrition, isolement, dépression, troubles sensoriels et cognitifs, risques de chutes, médication inappropriée, maltraitance, épuisement des proches aidants).
- ▶ Applique, dans le cadre d'un bilan de santé annuel de la personne âgée, avec la collaboration des autres membres de l'équipe, les recommandations de dépistage des facteurs de risque et des mesures préventives en tenant compte des éléments suivants :
 - habitudes de vie de la personne âgée,
 - contexte de vie,
 - maladies, niveau de soins et espérance de vie.
- ▶ Soutient, grâce à des approches comme l'entretien motivationnel, la personne âgée et ses proches aidants, en collaboration avec les autres membres de l'équipe, dans :
 - la prise de conscience des déterminants de sa santé, de ses savoirs expérientiels en santé,
 - la démarche de modification des facteurs de risque qui la concernent,
 - le maintien de ses facteurs de protection et son autodétermination,
 - son observance au traitement.
- ▶ Participe à la formation des équipes de soins et des différents professionnels, par rapport aux problèmes de santé particuliers au vieillissement.
- ▶ Identifie les signes d'épuisement des proches aidants des personnes âgées et les oriente vers les intervenants et ressources appropriés.
- ▶ Applique avec discernement les données probantes relatives aux tranches d'âge de sa clientèle âgée (65-74 ans, 75 ans et plus, 85 ans et plus) et utilise la meilleure information scientifique disponible provenant des écrits médicaux et d'avis d'experts pour élaborer ses diagnostics et identifier ses interventions.
- ▶ Participe à des activités d'éducation à la santé et au vieillissement, de même qu'à la défense des droits des personnes âgées dans le cadre d'activités auprès de la collectivité locale.
- ▶ Valorise son auto-apprentissage et sa démarche réflexive dans le but de développer sa compétence professionnelle en soins aux personnes âgées.
- ▶ Participe en équipe à une démarche réflexive d'amélioration continue des soins et des services destinés aux personnes âgées.

COMPÉTENCES ATTENDUES POUR DIFFÉRENTES CONDITIONS CLINIQUES

En 2013, des travaux conjoints du Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées et du Comité interuniversitaire interprofessionnel en développement professoral continu (CII-DPC) sur l'enseignement et les soins aux personnes âgées ont permis de développer des compétences pour treize différentes conditions cliniques. Leur sélection repose sur des **considérations** :

- ▶ **épidémiologiques** : prévalence élevée de l'entité clinique en première ligne, nécessitant de la part du professionnel enseignant une certaine familiarité avec le thème;
- ▶ **de gravité** : conséquences/impacts potentiels du thème chez la clientèle qui en souffre (quantité/qualité de vie), chez les proches aidants et sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux;
- ▶ **d'occasion « unique »** offerte par le thème de développer une compétence donnée ou un aspect de celle-ci, dans un contexte précis. Ainsi, l'intérêt porté à chaque sujet est modulé par l'environnement dans lequel est rencontrée/évaluée la personne âgée. À titre d'exemple, les troubles du comportement sont susceptibles de constituer un motif de consultation tant au bureau qu'à domicile ou en CHSLD. Cependant, leur prévalence, et souvent, aussi, leur sévérité ou complexité, étant plus élevées en CHSLD, ce milieu apparaît comme le « meilleur » endroit pour que le professionnel de la santé enseigne aux résidents les compétences à maîtriser en la matière. Le clinicien enseignant devrait rencontrer, et saisir, le plus d'occasions pédagogiques possibles sur le sujet.

Chacune des fiches élaborées (voir les deux exemples présentés à l'Annexe 5) pour l'une ou l'autre des treize conditions cliniques présente des comportements observables en UMF, à domicile ou en CHSLD, pour les sept compétences suivantes : expertise, communication, collaboration, professionnalisme, promotion de la santé et prévention, gestion, érudition. Les conditions cliniques sont les suivantes :

- Les maladies chroniques complexes,
- Le déclin fonctionnel,
- Les chutes et troubles de la mobilité,
- La dénutrition,
- L'incontinence urinaire,
- Les troubles cognitifs,
- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence,
- La dépression,
- La médication appropriée,
- La douleur,
- Les soins de fin de vie,
- L'épuisement des proches aidants,
- La maltraitance.

Tâche intégratrice

Une **tâche intégratrice** constitue un moment privilégié d'apprentissage et d'évaluation.

La tâche intégratrice représente :

- une situation d'apprentissage contextualisée et complexe,
- qui permet aux étudiants d'activer une ou plusieurs compétences spécifiques (expertise),
- en même temps qu'une ou plusieurs compétences transversales,
- qui favorise ainsi le développement et la maîtrise de ces compétences dans l'action,
- par une observation-rétroaction du superviseur et une approche réflexive du résident.

Le choix des tâches intégratrices est orienté vers des situations de maladies chroniques complexes auxquelles le médecin de famille est confronté dans sa pratique quotidienne et pour lesquelles il doit avoir développé des habiletés, et ce, dans divers contextes cliniques (soins ambulatoires, soins à domicile, soins en CHSLD, soins hospitaliers).

- ▶ Bien que ces tâches intégratrices s'appliquent à plusieurs milieux cliniques, leur réalisation se fera, par souci d'économie de temps et d'efforts, dans un seul milieu, en permettant aux résidents de réfléchir sur la transposition de leurs apprentissages aux autres contextes cliniques. Par exemple :
 - établir un niveau de soins en CHSLD,
 - réviser une médication complexe lors d'un suivi en mode ambulatoire,
 - assurer un contrôle optimal de la douleur en soins de fin de vie à domicile.

Les tâches intégratrices sont en nombre limité, car elles nécessitent une planification et une réalisation rigoureuses qui demandent temps et efforts autant de la part des superviseurs que de celle des résidents. Elles nécessitent l'observation du résident par le superviseur lorsqu'il réalise la tâche (observation directe ou par vidéo) afin de fournir une rétroaction efficace. Des activités réflexives du résident complètent l'apprentissage.

Pour que le résident soit capable de réaliser une tâche intégratrice, il doit d'abord **acquérir des savoirs, savoirs faire et savoirs être (ressources) par la réalisation d'activités d'apprentissage**. Par exemple :

- ▶ avant de poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'annoncer le diagnostic à un patient et à ses proches (tâche intégratrice),
- ▶ le résident doit se familiariser avec un questionnaire et un examen ciblés pour établir le diagnostic différentiel des troubles cognitifs, l'évaluation paraclinique de base des troubles cognitifs, les modes de communication adaptés à la personne âgée accompagnée d'un proche aidant pour l'annonce du diagnostic, etc.,
- ▶ par des activités d'apprentissage telles que : PABP, module en ligne sur les troubles cognitifs, vidéo de démonstration, jeu de rôles, lectures, témoignages de proches « partenaires d'enseignement », etc.

Les activités d'apprentissage qui précèdent la tâche intégratrice regrouperont de manière cohérente et progressive divers contenus qui sont déjà en partie offerts dans la programmation d'enseignement des UMF, mais qui seront davantage ciblés vers l'accomplissement de la tâche intégratrice.

Quelques nouvelles ressources devront également être développées. On ne peut donc laisser au hasard l'agencement et la progression des apprentissages. Des groupes de travail prépareront le matériel éducatif pour les tâches intégratrices, lequel comprendra les éléments suivants :

- Identification des compétences spécifiques et transversales et de leurs composantes
- Description d'une situation donnée
- Description d'une tâche précise relative à la situation
- Consignes sur les aspects et conditions de réalisation de la tâche
- Intentions spécifiant les cibles d'apprentissage
- Informations relatives à l'apprentissage (stratégies à privilégier, matériel et bibliographie, etc.)
- Grille d'observation pour faciliter la rétroaction du superviseur

À titre d'exemple, des **tâches intégratrices sur les troubles cognitifs**, présentées à l'Annexe 4, ont été développées par un sous-groupe de travail de notre comité. Il sera possible d'élaborer d'autres tâches intégratrices selon les besoins identifiés par le comité du Programme :

- ▶ **Tâche 1** : Évaluation, diagnostic et suivi en soins ambulatoires d'une personne âgée présentant des troubles cognitifs.
- ▶ **Tâche 2** : Participation à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour une patiente âgée connue présentant des troubles cognitifs, à partir de la réévaluation faite à domicile.
- ▶ **Tâche 3** : Évaluation et intervention auprès d'une patiente âgée hébergée atteinte de démence avec troubles du comportement.

Occasion propice d'apprentissage (OPA)

L'**occasion propice d'apprentissage (OPA)** est une situation professionnelle faisant appel à des capacités d'au moins deux compétences. Elle mobilise des connaissances et habiletés antérieurement acquises, pose un degré de difficulté approprié au niveau de formation. Elle est représentative de la pratique courante. Elle doit être utilisée le plus souvent comme outil d'apprentissage (rétroaction formative).

L'OPA doit être *collée* à la réalité des forces du milieu et représenter ce qui est particulièrement visé par ce stage et non pas TOUT ce qui y sera potentiellement appris.

L'OPA est le moyen privilégié pour l'apprentissage et l'évaluation des compétences transversales.

Des OPA devront être créées selon les différents contextes cliniques (soins ambulatoires en UMF, domicile, CHSLD, hôpital) à partir des comportements observables identifiés dans les compétences générales et selon les conditions cliniques spécifiques attendues. Un exemple d'OPA sur la discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques est présenté à l'Annexe 6.

5 RECOMMANDATIONS PÉDAGOGIQUES



photo: Vincent Roy, CPASS, Faculté de médecine, UdeM

Dr^e Patricia Murphy, qui s'est beaucoup impliquée dans le travail de collaboration au sein de son équipe du CLSC-CHSLD du Marigot, au domicile d'un couple de ses patients

BUT DE LA TRANSFORMATION DU PROGRAMME

La transformation souhaitée du programme de formation vise **LA PRATIQUE DANS LA COMMUNAUTÉ** :

- augmenter de façon significative l'exposition des résidents à une pratique interprofessionnelle en soins de première ligne aux personnes âgées vulnérables,
- en milieu ambulatoire (UMF), en soins à domicile et en CHSLD,
- par un stage intégré longitudinal en unités académiques interprofessionnelles de première ligne,
- qui offre une exposition plus intensive à la pratique en soins à domicile et en CHSLD, suivie d'une exposition continue à l'ensemble de ces contextes de soins,
- les résidents étant accompagnés par des superviseurs plus nombreux, bien formés sur les plans clinique et pédagogique et qui constituent des modèles de rôles.

La transformation souhaitée vise également **LA PRATIQUE HOSPITALIÈRE** :

- familiariser les résidents et leurs enseignants à l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*,
- en salle d'urgence, sur les unités de soins médicales, chirurgicales et psychiatriques,
- par une intégration de cette approche fonctionnelle holistique dans tout stage hospitalier,
- par l'utilisation des *Signes vitaux gériatriques AINÉES* dans l'évaluation initiale et le suivi quotidien des patients âgés,
- en agissant sur la prévention du déclin fonctionnel par le dépistage et le traitement du délirium et du syndrome d'immobilisation,
- en assurant une pharmacovigilance chez la personne âgée.

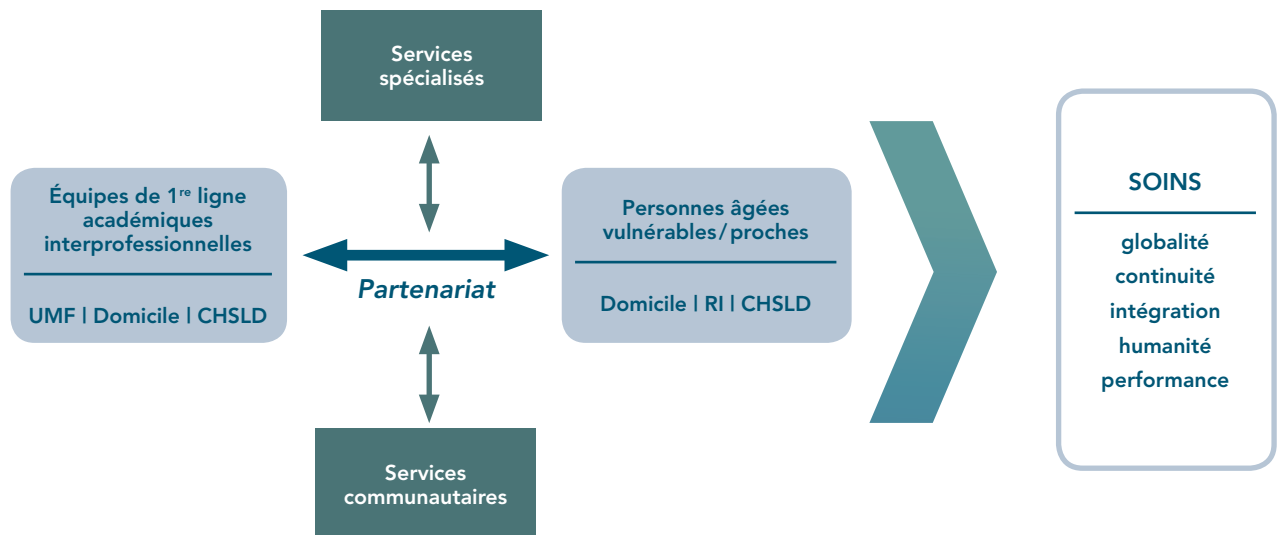
Ultimement, cette transformation de la formation des résidents contribuera à la transformation des pratiques de soins en UMF et dans les milieux associés afin d'assurer :

- ▶ la prestation de soins continus, intégrés, accessibles,
- ▶ à un groupe de personnes âgées vulnérables vivant dans la communauté,
- ▶ par la constitution d'équipes interprofessionnelles en première ligne en UMF établissant des partenariats étroits avec les équipes de soins à domicile et de CHSLD, regroupant médecins de famille enseignants, résidents, professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux,
- ▶ soutenues par un réseau de services spécialisés en gériatrie et en gériopsychiatrie,
- ▶ avec l'adoption d'approches préventives et de traitement des décompensations des maladies chroniques complexes dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital.

RÉSULTATS attendus :

- ▶ amélioration de la qualité des soins;
- ▶ optimisation des pratiques interprofessionnelles en partenariat de soins et de services avec la personne âgée et ses proches aidants;
- ▶ diminution des visites à la salle d'urgence et de l'hospitalisation, de même que de l'hébergement des personnes âgées.

Figure 5
Vers des soins performants



Source : Lebel P, Authier L. (2013). «L'enseignement des soins aux personnes âgées: une transformation en cours...». Présentation au Comité de gériatrie RUIS de l'UdeM.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- A- Création d'**unités académiques interprofessionnelles en soins aux personnes âgées** (ambulatoires en UMF, à domicile et en CHSLD).
- B- Augmentation de l'**accessibilité et de la continuité des soins aux personnes âgées en UMF** (accès rapide) afin que les résidents puissent faire un apprentissage de la façon d'offrir de tels soins.
- C- Augmentation de l'**exposition aux soins à domicile et en CHSLD**: activités d'apprentissage intensives, activités longitudinales, augmentation du nombre de patients suivis en progression R1-R2.
- D- Abolition du stage hospitalier de gériatrie et **application de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier** lors des stages en milieu hospitalier (salle d'urgence, unité d'hospitalisation).
- E- Création d'**équipes de continuité de soins auprès d'un groupe de personnes âgées** comprenant: une équipe de résidents en collaboration étroite avec les infirmières (soins ambulatoires en UMF, soins à domicile et en CHSLD), soutenue en deuxième ligne par une équipe de superviseurs. Cette équipe de continuité assure la garde communautaire comprenant ces clientèles âgées.
- F- Augmentation du nombre de **médecins superviseurs modèles** en soins aux personnes âgées (ambulatoires en UMF, à domicile et en CHSLD) et optimisation de leur pratique clinique et de leur supervision clinique des résidents par un programme de développement professoral.
- G- **Planification de l'enseignement dans la pratique clinique quotidienne** par l'utilisation de grilles d'observation-rétroaction lors d'occasions propices d'apprentissage (OPA) et des activités réflexives sur la pratique, combinées à la mise en place de quelques tâches intégratrices concernant la gestion des maladies chroniques complexes.
- H- **Consolidation des pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants.**
- I- Milieu de formation offrant les **ressources humaines, technologiques et de soutien** nécessaires.
- J- **Réseautage des UMF** avec les ressources communautaires et les services gériatriques et gérontopsychiatriques spécialisés.
- K- Implantation de **gériatres consultants** auprès de chaque UMF (sur place, télésanté).



D^{re} Diane-Roger-Achim, qui a formé plusieurs générations de résidents en médecine de famille, avec sa « formidable belle-maman », toujours très active à l'âge 94 ans

Recommandations sur les unités académiques interprofessionnelles

- A- L'**unité académique interprofessionnelle « modèle »** en soins à domicile et en CHSLD comprend un Groupe de médecins et de professionnels enseignants et un Groupe de résidents et de stagiaires de différentes professions qui assurent le suivi d'un Groupe de personnes âgées vulnérables ciblées (au moins 50 à 60 personnes) pour leurs besoins médicaux et psychosociaux complexes en soins à domicile ou en CHSLD. Différents moyens sont mis en œuvre pour assurer cette **continuité de soins et d'apprentissage** :
- Supervision lors de visites conjointes à domicile ou en CHSLD par les stagiaires, résidents et superviseurs cliniques;
 - Élaboration de PII et de PSI;
 - Garde 24/7.
- B- Une **répartition des rôles** est faite de façon **optimale** dans cette unité académique en précisant l'expertise partageable et l'expertise spécifique à chaque profession, dans chacun des contextes de soins (soins à domicile et en CHSLD). L'utilisation d'ordonnances collectives, de protocoles de soins interprofessionnels y est bien implantée.
- C- La **gestion des situations médicales instables** est faite au domicile ou en CHSLD dans la mesure du possible avec l'utilisation de différentes mesures :
- Diagnostics sur une base clinique sans imagerie;
 - Traitements adaptés sur place;
 - Délégation aux infirmières et accompagnement des proches aidants;
 - Suivis à distance avec les infirmières (téléavertisseur, télécopie des prescriptions, notes partagées à domicile, messagerie électronique, etc.);
 - Liens efficaces avec les pharmaciens communautaires (téléavertisseur, télécopies, appels, etc.).
- D- L'unité académique fonctionne en **réseau** :
- Corridors de services pour des hospitalisations brèves sans passer par les urgences (transfusion, imagerie diagnostique, amorce d'anticoagulation, etc.);
 - Lien fonctionnel avec les unités de soins palliatifs, les UCDG, afin d'éviter le passage par l'urgence;
 - Services de gériatres et gérontopsychiatres consultants pour l'évaluation des situations complexes ou atypiques;
 - Corridors de services avec les cliniques de mémoire;
 - Accès prioritaires aux centres et hôpitaux de jour.
- E- Définition de **priorités dans le suivi** des personnes âgées, selon l'ordre suivant :
- Soins palliatifs : permettre aux personnes âgées de recevoir des soins de fin de vie dans leur milieu de vie (domicile, CHSLD).
 - Personnes âgées souffrant de problèmes de santé instables : éviter les hospitalisations et des retours aux urgences.
 - Personnes âgées atteintes de pathologies complexes stables : prévenir les détériorations.

F- Tous les résidents et les stagiaires doivent **suivre** des personnes âgées atteintes de **problèmes fréquents** en soins de première ligne, **à domicile et en CHSLD**, tels que :

- le déclin fonctionnel, les troubles cognitifs et les SCPD, les douleurs aiguës et chroniques, les chutes, la polymédication, les incontinences, le délirium, la dépression, la dénutrition, la maltraitance, l'épuisement des aidants, la fin de vie et les maladies chroniques en phase avancée ou terminale (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, etc.).

G- Les intervenants de l'unité académique doivent être appuyés par du **personnel de soutien** en nombre suffisant tel que :

- technicien de bureau, agent administratif, téléphoniste.

6 IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS



STRUCTURE DE GESTION ACADÉMIQUE: LE COMITÉ SAPA ACCOMPAGNÉ D'UN GESTIONNAIRE DE PROJET

Afin d'assurer l'implantation des recommandations pédagogiques au sein de chacune des UMF du DMFMU, le Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées clôt ses travaux et passe le flambeau au **Comité SAPA** (soins aux personnes âgées). Présidé par le docteur Hugues de Lachevrotière, le Comité réunit les dix-sept responsables locaux de l'enseignement des soins aux personnes âgées. Ce comité est en lien étroit avec le Comité du Programme de la résidence en médecine de famille et le Comité pédagogique du Programme.

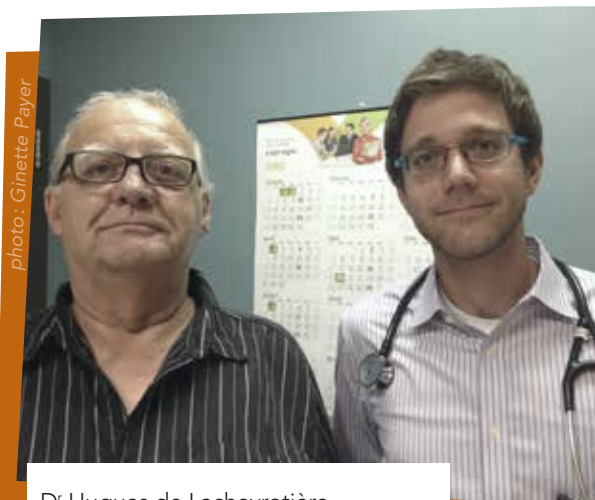
Compte tenu de l'ampleur de la tâche à accomplir, un **gestionnaire de projet** devra accompagner le Comité SAPA et son président dans l'accomplissement de son mandat. Des fonds devront être libérés en conséquence.

Au Comité SAPA s'ajouteront des **groupes de travail uni- ou interprofessionnels** pour développer les outils éducatifs (par exemple, grilles d'observation-rétroaction d'OPA, Tâches intégratrices) adaptés à chaque contexte de soins : soins ambulatoires en UMF, domicile, CHSLD, hôpital.

Chaque responsable local de l'enseignement des soins aux personnes âgées a reçu en juin 2013 une **formation en gestion de projet et du changement** qui lui permettra de développer un plan d'action pour les prochaines années (en particulier, élaboration d'une charte de projet, identification et gestion des risques). Un suivi à ces plans d'action sera réalisé en octobre 2013 lors d'une retraite du Comité de programme élargi. Les directeurs locaux de programmes et les responsables locaux de l'enseignement des soins aux personnes âgées échangeront ensemble sur leurs plans respectifs et sur les activités qu'ils ont implantées.

Une **communauté de pratique virtuelle** sera mise en place afin de faciliter le partage des outils et le réseautage des responsables locaux de l'enseignement des soins aux personnes âgées, des directeurs locaux de programmes, ainsi que des membres des divers groupes de travail.

Un **répertoire d'outils** cliniques et d'enseignement uni- et interprofessionnels, ainsi que des outils de gestion des processus interservices et interétablissements dans les UMF du Québec sera créé en 2013-2014 dans le cadre des travaux du Comité interprofessionnel interuniversitaire en développement professoral continu (CII-DPC) des quatre départements de médecine de famille du Québec.



Dr Hugues de Lachevrotière, président du Comité SAPA, et l'un de ses patients âgés, à l'UMF du CSSS du Sud de Lanaudière

COORDINATION DES TRAVAUX DU COMITÉ SAPA AVEC CEUX D'AUTRES COMITÉS D'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRES

Les membres du Comité SAPA du DMFMU collaboreront étroitement avec les autres comités d'enseignement universitaires afin d'assurer i) une continuité de l'apprentissage en approche par compétences avec le programme MD, ii) des partenariats d'enseignement et des mécanismes de collaboration interprogrammes, ainsi que iii) l'intégration de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* :

DMFMU

- Comité d'implantation de l'APC (CIMAC)
- Comité pédagogique
- Comité de programme
- Comité de l'enseignement des soins en salle d'urgence
- Comité des responsables de l'enseignement des unités d'hospitalisation en médecine générale
- Comité de développement professoral

Autres programmes, départements et facultés de l'UdeM

Programmes de médecine :

- Comité de l'externat en gériatrie, programme des études médicales de premier cycle
- Comité de gérontopsychiatrie, département de psychiatrie
- Comité du programme-réseau en gériatrie, département de médecine

Autres facultés et programmes universitaires :

- Autres programmes de la Faculté de médecine : audiologie, ergothérapie, nutrition, orthophonie, physiothérapie
- Département de kinésiologie
- Faculté des sciences infirmières
- Faculté de pharmacie
- Faculté des arts et des sciences (programmes de service social et de psychologie)
- Comité interfacultaire opérationnel (CIO) sur la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches aidants

Départements de médecine de famille des universités québécoises

- CII-DPC des départements de médecine de famille des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke
- Chercheurs des quatre départements de médecine de famille associés aux travaux du CII-DPC.

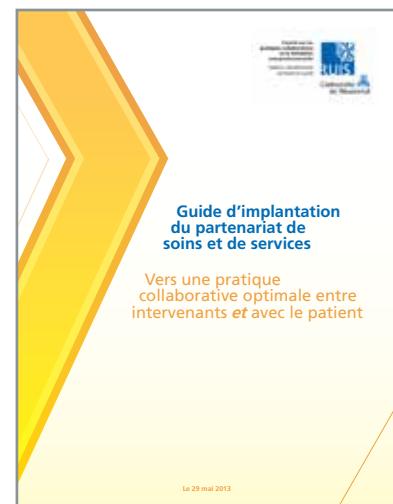
DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE EN PARTENARIAT AVEC LA PERSONNE ÂGÉE ET SES PROCHES AIDANTS

En mai 2013, en collaboration avec le Bureau Facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEPP) de la Faculté de médecine, le RUIS de l'UdeM a adopté le « *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient* », disponible sur son site web à l'adresse : www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html. Ce guide, destiné aux gestionnaires et aux cliniciens des établissements de santé et de services sociaux de l'ensemble du continuum de soins, précise les concepts de base du partenariat de soins et de services et énonce dix conditions essentielles à l'implantation de cette approche au sein des établissements (mécanismes et structures de gestion) et des équipes cliniques (processus d'amélioration continue de la qualité). Les services de première ligne sont interpellés par ce guide et les UMF constituent des milieux privilégiés pour implanter l'approche préconisée.

En effet, lors de leur formation initiale, les étudiants du programme de médecine et de douze autres programmes des sciences de la santé et des sciences psychosociales de l'UdeM développent leur compétence de collaboration (cours CSS 1900, 2900, 3900), selon le référentiel de compétences du Partenariat de soins et de services. Des patients formateurs assurent avec des professionnels de la santé le tutorat de ces activités. Des activités d'apprentissage interprofessionnelles en stages cliniques (AIS) sont progressivement implantées dans les établissements affiliés à l'UdeM. Les résidents en médecine de famille sont donc prêts, à leur entrée en résidence, à poursuivre leur apprentissage de cette compétence.

Par ailleurs, la direction *Collaboration et Partenariat Patient* du CPASS de la Faculté de médecine a développé une Démarche d'amélioration continue du Partenariat de soins et de services (Voir Bulletin du CPASS, www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf), qui est implantée dans près de 25 équipes cliniques de 13 établissements du RUIS de l'UdeM (2012-2014). Parmi les équipes sélectionnées, quelques UMF, dont celles du CSSS d'Antoine-Labelle et du CSSS du Sud de Lanaudière, sont associées à une équipe de CHSLD ou à une équipe de SAD afin de développer des soins interprofessionnels en partenariat avec la personne âgée et ses proches aidants. Si l'expérience s'avère positive, elle pourra s'étendre à d'autres UMF. Des **ateliers** (avec vignettes vidéo) sont disponibles **sur l'élaboration de PII** en partenariat avec le patient et les proches aidants et **sur l'animation de PII**. Du matériel à l'intention de multiplicateurs de ces ateliers sera également disponible à l'automne 2013.

Un plan de déploiement de cette approche et de ces outils de formation est à développer au sein du réseau des UMF, en collaboration avec le Comité interfacultaire opérationnel (CIO) sur la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et les proches aidants.



Dr^e Paule Lebel et M. Vincent Dumez, codirecteurs, Direction Collaboration et Partenariat Patient, CPASS, Faculté de médecine

IMPLANTATION D'UN SONDAGE ANNUEL AUPRÈS DES RÉSIDENTS FINISSANTS SUR L'ACQUISITION DES COMPÉTENCES EN SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Afin de mesurer l'impact des transformations de l'enseignement des soins aux personnes âgées dans le cadre du Programme de résidence en médecine de famille, dès juin 2013 (temps 0), les résidents en fin de formation répondront à un sondage sur leur perception des apprentissages réalisés dans le domaine au cours de leurs deux années de formation. Ce questionnaire, repris annuellement auprès de chaque cohorte de finissants, comprend des questions sur les éléments suivants :

- ▶ Exposition à une quinzaine de conditions cliniques, dont des syndromes gériatriques, par le biais d'activités cliniques ou académiques;
- ▶ Exposition à divers milieux cliniques (soins ambulatoires en UMF, CHSLD, domicile, salle d'urgence, hospitalisation);
- ▶ Degré de compétence à assurer la continuité de soins auprès de personnes âgées selon les diverses conditions cliniques;
- ▶ Degré de compétence en pharmacothérapie;
- ▶ Connaissance et utilisation des ressources professionnelles;
- ▶ Connaissance et utilisation des ressources communautaires;
- ▶ Connaissance et application de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*;
- ▶ Appréciation de la formation en soins ambulatoires en UMF, en CHSLD, à domicile.

OPTIMISATION DES PRATIQUES CLINIQUES ET D'ENSEIGNEMENT DES ENSEIGNANTS DES UMF ET DES MILIEUX ASSOCIÉS

Le Comité CII-DPC de l'enseignement et des soins aux personnes âgées des quatre départements de médecine de famille du Québec a entrepris ses travaux en janvier 2013. Il poursuit les objectifs suivants :

Optimiser les compétences des enseignants des UMF et des milieux associés nécessaires à la prestation de soins optimaux aux personnes âgées et à leurs proches aidants :

- à partir des besoins de formation jugés prioritaires,
- en utilisant les stratégies d'apprentissage les plus adaptées au contexte de pratique.

Parfaire, chez les enseignants des UMF et des milieux associés, leurs habiletés de supervision des résidents et des stagiaires :

- en modes uni- et interprofessionnel,
- en approche par compétences (APC), selon les rôles *CanMEDS*.

Stimuler la création et le partage des outils/expériences de soins et d'enseignement entre :

- les universités québécoises,
- les facultés et les programmes des sciences de la santé et des sciences psychosociales.

Un **sondage des besoins de formation des enseignants** des différentes professions des UMF et des milieux associés sera mené au cours de l'été-automne 2013 à la fois sur les pratiques cliniques relatives aux treize conditions citées précédemment et sur les pratiques d'enseignement utilisées auprès des résidents en médecine de famille et des autres stagiaires.

Des **groupes de discussion** se tiendront dans quelques UMF pour approfondir les besoins de formation et étudier les facteurs facilitants à l'implantation de pratiques interprofessionnelles cliniques et d'enseignement optimales dans les UMF et les milieux associés.

Des **activités de formation** à l'échelle provinciale/régionale en grands groupes et des **activités de coaching** par une équipe interprofessionnelle d'enseignants cliniciens d'expérience en soins aux personnes âgées seront offertes par la suite auprès de chaque UMF pour répondre aux besoins identifiés.

Des activités de recherche permettront de **mesurer l'impact de ce programme de DPC** à court, moyen ou long terme.

Réseautage académique des UMF avec les gériatres et gérontopsychiatres

Un gériatre serait attiré à une ou plusieurs UMF afin d'assurer des services de consultation et de *coaching* des superviseurs cliniques et des résidents et stagiaires (en présence ou sous forme de téléconsultation, de télé-expertise ou de téléformation). Pour ce qui est du gérontopsychiatre, il agirait à titre de consultant pour les cas plus complexes. Les médecins de famille possédant une expertise en soins aux personnes âgées feront partie intégrante de ce réseau d'experts à mettre en lien avec les UMF.

Appui de diverses instances

Afin de soutenir le développement des unités académiques interprofessionnelles en soins de première ligne dans les différents contextes de soins (UMF, domicile, CHSLD) et de l'enseignement de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, des liens doivent être tissés avec diverses instances (scientifiques, gouvernementales, institutionnelles, professionnelles, syndicales et associatives de personnes âgées et de proches aidants).

Comme il a été mentionné précédemment, des **conditions favorables à la mise en place de ces unités** doivent être développées : rémunération professionnelle; soutien logistique, administratif et informatique; obtention de titres universitaires; corridors avec les services spécialisés gériatriques et gérontopsychiatriques, etc. Pour ce faire, la diffusion du présent rapport aux différentes instances visées sera orchestrée. Ses recommandations seront présentées dans des colloques et des congrès scientifiques. Une tournée d'information sera menée auprès des instances suivantes :

Instances scientifiques et sociétés savantes

- Collège québécois des médecins de famille (COMF)
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- Société québécoise de gériatrie (SQG)
- Société canadienne de gériatrie (SCG)
- Association québécoise de gérontologie (AQG)
- Réseau de recherche en soins de première ligne du Québec

Instances gouvernementales et institutionnelles

- Ministère de l'Enseignement supérieur (MES)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Table sectorielle RUIS vieillissement
- Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et Centres de santé et de services sociaux (CSSS) dont relèvent les UMF
- Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS)
- Directions de santé publique

Instances professionnelles

- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Ordres professionnels des principales professions de la santé et des services sociaux en lien avec les UMF :
 - Dentistes
 - Diététistes
 - Ergothérapeutes
 - Infirmières et infirmiers
 - Infirmières et infirmiers auxiliaires
 - Inhalothérapeutes
 - Optométristes

- Orthophonistes et audiologistes
- Pharmaciens
- Physiothérapeutes
- Psychologues
- Travailleurs sociaux

Instances syndicales

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- Autres syndicats des professions de la santé et des services sociaux

Mouvements associatifs de personnes âgées et de proches aidants

- Réseau FADOQ (anciennement Fédération de l'âge d'or du Québec)
- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR)
- Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal
- Fédération Québécoise des Sociétés Alzheimer
- Fondation québécoise du cancer (FQC)
- Diverses associations de maladies chroniques (diabète, maladies du cœur, maladies pulmonaires, arthrite, etc.).

Plan de communication

Afin de réaliser ce plan d'action, un plan de communication sera élaboré à l'automne 2013. Plusieurs publics cibles sont visés, comme le démontre la section précédente, en y ajoutant toutefois le grand public, dont les personnes âgées et leurs proches aidants, utilisateurs ou non des services offerts par les UMF et les milieux associés.

Tous les canaux habituels de communication seront utilisés, en plus des médias sociaux. Des groupes de discussion avec les personnes âgées et leur proches aidants seront mis sur pied afin d'échanger sur leurs besoins et attentes face aux soins et services de première ligne.

7 CONCLUSION



EN CONCLUSION

Il ressort de nos réflexions et de l'analyse que nous avons faite de l'ensemble des données recueillies et consultées au cours de ces deux ans et demi de travaux que la transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées doit s'opérer par une triade de remaniements, à savoir :

- ▶ le rehaussement du **corps professoral** en nombre et en expertise pour faire en sorte que tous nos enseignants soient de réels modèles de rôles auprès de nos résidents et stagiaires, et ce, dans tous les contextes de soins aux personnes âgées;
- ▶ l'implantation et la consolidation de **pratiques de collaboration entre intervenants de la santé et des services sociaux et avec la personne âgée et ses proches aidants** pour répondre aux besoins multiples et complexes de la clientèle âgée vulnérable par un partage des rôles et des responsabilités et par une concertation plus étroite des interventions sur l'ensemble du continuum de soins et de services;
- ▶ l'amélioration des **conditions de pratique des intervenants**, incluant une bonification de la rémunération médicale en proportion de la complexité des cas et de la continuité des soins, un environnement physique adéquat et adapté, ainsi qu'un soutien administratif, logistique et technologique qui favorise globalement une meilleure accessibilité aux soins et une disponibilité accrue du médecin de famille.

Une telle transformation sous-entend également une **restructuration du Programme** de résidence en médecine de famille de façon à accroître l'exposition des résidents aux visites à domicile et aux soins de longue durée et à les habiliter, d'une part, à y traiter les épisodes aigus de maladies, et, d'autre part, à orienter les interventions vers des soins de fin de vie lorsque l'état de santé de la personne l'indique.

Reste que les changements éducatifs recommandés ne pourront se concrétiser sans une transformation de **l'organisation des milieux de pratique**. Cette transformation passe par l'implantation de milieux modèles que seront les unités académiques interprofessionnelles, par le leadership des médecins de famille en exercice qui possèdent une expertise en soins aux personnes âgées et par le soutien des équipes spécialisées de gériatrie et de gérontopsychiatrie.

Le présent rapport le démontre de façon éloquent, les choix de pratique de nos résidents de médecine de famille ne reflètent nullement un désintérêt pour la clientèle âgée. Il illustre plutôt que nos résidents recherchent une pratique stimulante et engageante, qu'ils sont avides d'efficience et qu'ils ont besoin de défis sur les plans médical et humain.

Relevons le défi tous ensemble. Réalisons cette transformation, pas à pas!

8 BIBLIOGRAPHIE

Adams WL, McIlvain HE, Lacy NL, Magsi H, Crabtree BF, Yenny SK, Sitorius MS. (2002). "Primary Care for Elderly People : Why Do Doctors Find It So Hard ?". *The Gerontologist*, (42)6 : 835-842.

Arcand M, Hébert R. (2007). « *Précis pratique de gériatrie* », 3^e édition, EDISEM Maloine, 1296 p. : Tableau 15.3 Sous-types de déficits cognitifs légers et leur évolution possible, p. 248.

Aretz HT. (2011). "Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need". *Medical Teacher*, 33 : 608-613.

Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. (2010). « Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale ». *Pédagogie Médicale*, 11 (4) : 239-253.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2010). « *Résultats du sondage sur l'état d'actualisation des orientations ministérielles dans l'offre et l'organisation de services des CSSS aux personnes âgées en perte d'autonomie* », Montréal, 12 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). « *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population* », Montréal, 49 p.

Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AORP). (2007). « *Portrait statistique régional des aînés du Québec* », Québec, 51 p. [En ligne] www.aqrp.qc.ca/portrait.pdf

Aubin M, Vézina L, Bergeron R, Laberge A. (2001). « Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile. Est-ce possible ? ». *Can Fam Physicians*, 47 : 751-758.

Beaudry-Godin M. (2011). « Des pharmacies bien garnies chez de nombreux aînés québécois : attention aux effets indésirables ». *Périscope*, numéro 22, Longueuil, ASSS de la Montérégie, Direction de la santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population.

Beck RA, Arismendi A, Purnell C, Fultz BA, Callahan CM. (2009). "House calls for seniors: building and sustaining a model of care for homebound seniors". *J Am Geriatric Soc*, 57 (6) : 1103-9.

Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. (1999). "Which physicians make home visits and why? A Survey". *Can Fam Physicians*, 161 : 369-373.

Bergman H. (2009). « *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence* ». Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 124 p.

Boelen C, Heck J. (1995). « *Defining and measuring the social accountability of medical schools* », Geneva: World Health Organization.

Boillat M, Boulet S, Poulin de Courval L. (1996). "Teaching home care to family medicine residents". *Can Fam Physicians*, 42 : 281-286.

Boucher A, Chaput M. (novembre 2010). « *Bâtir une tâche intégratrice. Utiliser la pratique quotidienne pour former aux compétences* ». Présentation dans le cadre de l'Université d'automne en pédagogie. CPASS, Faculté de médecine, UdeM.

Boult C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. (2010). "The Urgency of Preparing Primary Care Physicians to Care For Older People With Chronic Illnesses". *Health Affairs*, 29(5) : 811-818.

Buchman S, Howe M. (2012). "Teaching end-of-life care in the home". *Can Fam Physicians*, 58 : 114-116.

Buhr GT, Paniagua MA. (2011). "Update on Teaching in the Long-Term Care Setting". *Clin Geriatr Med*, 27: 199-211.

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). "*National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long-Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)*". National Guideline Project, Toronto : Canada, 62 p.

Caudill TS, Lofgren R, Jennings D, Karpf M. (2011). "Health Care Reform and Primary Care : Training Physicians for Tomorrow's Challenges". *Acad Med*, 86:158-160.

CEFRIO, Enquête NET Tendances 2013. «Équipement et branchement internet des foyers québécois». Volume 4, numéro 2.

Chertkow H. (2007). "Introduction : The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006". *Alzheimer's & Dementia*, 3(4): 262-265.

Collège des médecins de famille du Canada. (2013). «*Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada*». Le livre rouge. 82 p.

Collège des médecins de famille du Canada. (2011). «*Cursus triple C axé sur le développement des compétences*». [En ligne] www.cfpc.ca/Triple-C_fr/ (page consultée le 22 août 2013).

Comité de gériatrie. (2011). «*Inventaire des activités d'enseignement universitaire, collégial et secondaire reliées aux soins aux personnes âgées*», RUIS de l'UdeM.

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012). «*Pratique collaborative: engagement et leadership*». Rapport rédigé par Jacques Bernier, Diane Calce, Diane Filiatrault, Luce Gosselin, Justin Jefferson-Falardeau, Paule Lebel, Christine Roberge et Maryse St-Onge, RUIS de l'UdeM, 88 p. [En ligne] www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). «*Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient*». RUIS de l'UdeM, 66 p. [En ligne] www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html

Commissaire à la Santé et au Bien-être. (2009). «*Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux: Construire sur les bases d'une première ligne renouvelée. Revoir nos façons de faire pour mieux répondre aux besoins*». pp. 8-11.

Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans Board on Health Care Services. (2008). "*Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*". The National Academies Press. Washington, DC, 317 p.

CPASS. (2012). *Synthèse des compétences requises pour l'exercice des rôles du médecin*. Adaptation avec autorisation du «Cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005» - Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Conseil central des compétences. Faculté de médecine, UdeM. (dépliant)

CPASS. (mai 2013). «Le Programme Partenaires de soins. Pour une pratique performante empreinte d'humanité.» *Bulletin CPASS*. [En ligne] www.cpass.umontreal.ca/documents/pdf/bulletin/BulletinCPASS_Mai_2013.pdf

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. (2013). «Projet d'implantation d'un centre interdisciplinaire d'enseignement et de recherche (CIER) en soins de première ligne». Étude de faisabilité préparée par Birtz Bastien Beaudoin Laforest /Yves Woodrough Architectes, 115 p.

Cummings JE et al. (1990). "Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care". *Arch Intern Med*, 150:1274-1280.

Daveluy C, Pica L, Audet N, Courtemanche R, Lapointe F et autres. (2000). «*Enquête sociale et de santé 1998*». 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec. [En ligne] www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2.pdf

Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. (2000). «*Précis pratique de soins médicaux à domicile*», EDISEM, FMOQ, 533 p.

Denton GD, Rodriguez R, Hemmer PA, Harder J, Short P, Hanson JL. (2009). "A Prospective Controlled Trial of the Influence of a Geriatrics Home Visit Program on Medical Students' Knowledge, Skills, and Attitudes Towards Care of the Elderly". *J Gen Intern Med*, 24(5): 599-605.

De Serres J, Deacon J, Howlett M, Katz A, McIntosh J, Bond D, MacLachlan R, Smith R. (2000). «*Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile*». Collège des médecins de famille du Canada. Document accessible en ligne.

Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du ministère de la Famille et des Aînés. (2012). «*Les aînés du Québec. Quelques données récentes.*». Gouvernement du Québec.

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec/ Institut universitaire de gériatrie de Montréal/CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2012). «État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences» in «*Cadre de référence sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Fiches cliniques et Aide-mémoires.*» Gouvernement du Québec, 28 p. Disponible en ligne uniquement: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf>

Direction nationale des urgences. (2010). Synthèse 2005-2006 à 2009-2010, période 13.

Drickamer MA, Levy B, Irwin KS, Rohrbaugh RM. (2006). "Perceived Needs for Geriatric Education by Medical Students, Internal Medicine Residents and Faculty". *J Gen Intern Med*, (21): 1230-1234.

Ducharme F. (2013). *Réflexion sur la notion de «proche aidant»*. Document préparé à l'intention de l'équipe du Programme Partenaire de soins (PPS), CPASS, Faculté de médecine, UdeM.

Eaton B. (2000). "Why we do not make housecalls". *Canadian Family Physician*, (46): 1945-1959.

Éducalcool. (2006). «*Alcool et santé. L'alcool et les aînés*».

Eleazer GP, Brummel-Smith K. (2009). "Aging America: Meeting the Needs of Older Americans and the Crisis in Geriatrics". *Academic Medicine*, 84 (5): 542-544.

Fantini F, Gilbert F, Racine MC, Richer JC. (1995). «Méta analyse des recherches effectuées sur le rôle des omnipraticiens dans le virage ambulatoire». Prix Nadine St-Pierre 1995. Collège des médecins de famille du Canada. Citée dans *l'Omnipraticien* 1 nov 1995, vol 3, No 21 : «Soins à domicile. Une étude québécoise remet en question le rôle de l'omnipraticien».

Fédération des médecins résidents du Québec. (Printemps 2011). «La formation encourage-t-elle à la prise en charge?». *Le Bulletin*, 33(3): 12-16.

Ferrier C, Lysy P. (2000). "Home assessment and care". *Can Fam Physicians*, 46 :2053-2058.

Fondation pour l'éducation médicale continue. «Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (PABP)». McMaster University.

Frank C. (2010). «Défis et accomplissements dans les soins aux personnes âgées». *Can Fam Physician*, 56 : 1103-1105.

Frank C, Seguin R. (2009). «Formation en soins aux personnes âgées. Incidences sur le médecin de famille». *Can Fam Physician*, 55; 510-511.e4.

Frank C, Seguin R, Haber S, Godwin M, Stewart GI. (2005). "Medical directors of long term care facilities. Another looming physician shortage?". *Geriatrics Today*, 8(2) : 70.

Frank JR. (Ed). (2005). *"The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care"*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Gauvreau D, Gendron, M. (1994). «*QUESTIONS RÉPONSES sur la maladie d'Alzheimer. Guide à l'usage de la famille et des proches*». Le jour, éditeur.

Gordon M. (2004). «L'humanité dans les soins de longue durée. Défis éthiques, cliniques et sociaux». *Le Médecin de famille canadien*, 50 : 1632-1635.

Gutman G et al. (1992). "Randomized trial of a health promotion program for frail elders". *Canadian Journal of Aging*, 11 (1):72-91.

Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E et al. (2000). "Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review". *BMJ*, 320 : 754-75.

Hansen ER et al. (1992). "Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial". *Age and Aging*, 21 :445-450.

Hayashi J, DeCherrie L, Ratner E, Boling PA. (2009). "Workforce Development in Geriatric Home Care". *Clin Geriatr Med*, 25: 109-120.

Hayashi J, Christmas C. (2009). "House Calls and the ACGME Competencies". *Teaching and Learning in Medicine*, 21(2) : 140-147.

Hazzard WR, Woolard N, Regenstreif DI. (1997). "Integrating geriatrics into the subspecialties of internal medicine: the Hartford Foundation/American Geriatrics Society/Wake Forest University Bowman Gray School of Medicine Initiative". *J Am Geriatr Soc*, 45 : 638-640.

Helton MR, Pathman DE. (2008). "Caring for Older Patients: Current Attitudes and Future Plans of Family Medicine Residents". *Fam Med*, 40 (10) : 707-714.

Hennen B. (1997). "Demonstrating social accountability in medical education". *CMAJ*, 56(3):365-7.

Hughes SL, Weaver FM & al. (2000). "Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial". *JAMA*, 284 (22):2877-85.

Ibarra Arana CE, (sous la direction de) Michaël Reicherts. (2006). «*L'élaboration du projet de vie chez les jeunes adultes*». Université de Fribourg, Suisse, 280 p.

Institut de la statistique du Québec. (2012). « *Le bilan démographique du Québec. Édition 2012* ». Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec. (2012). « Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010 ». *Zoom santé*, numéro 34, 12 p. [En ligne] www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec. (2009). « *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056* ». 131 p. [En ligne] www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01661FR_Perspective_demo2009H00F01.pdf

Institut de la statistique du Québec. (2009). « *Données sociales du Québec. Conditions de vie* ». Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec. « Population par âge et sexe, par scénario, Québec, MRC et territoires équivalents, 2006-2031. *Perspectives démographiques des MRC, 2006-2031*. »

Institut de la statistique du Québec. (2004). H Gauthier, S Jean, G Langis, Y Norbert, M Rochon. « *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain* ». Volume 1. Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec. (2009). Résumé du rapport « *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois. Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois* ». Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec, Vice-présidence aux affaires scientifiques. (2010). « *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec* ».

Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. (2012). Habitudes de vie et lutte au tabagisme. Lasnier B, Leclerc BS. « *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2012* ». Montréal.

Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). « *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus* ». 19 p. [En ligne] www.inspq.qc.ca

Institut universitaire de gériatrie de Montréal et Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2010). « *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence* », 195 p.

JASP. (2010). « Actes du séminaire – Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques ».

Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. (2010). « *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients* ». Note de synthèse. 96 p.

Journal MÉTRO. (16 juin 2011). « *Recrutement créatif dans les CHSLD* », p. 45. [En ligne] journalmetro.com.

Karazivan P. (2010). « *La médecine familiale vue par les jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins* ». Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du grade de M.A. en M.A. Sciences de l'éducation, option Pédagogie universitaire des sciences médicales. CPASS, Faculté de médecine, UdeM.

Klohn AM, Chastony P. (2010). « La responsabilité sociale des facultés de médecine, notion émergente : quelles implications pratiques ? ». *Bulletin des médecins suisses*, 91 (6) : 235-238

Labbé J. (2011). INFO-HÉBERGEMENT. Direction générale adjointe aux ententes de gestion, Direction de la gestion intégrée de l'information et Service de développement de l'information MSSS du Québec.

Laberge A, Aubin M, Vézina L, Bergeron R. (2000). «La prestation de soins médicaux à domicile. Sondage dans la région de Québec». *Can Fam Physicians*, 46 : 2022-2029.

Laditka SB, Fisher M, Mathews KB, Sadik JM, Warfel ME. (2002). "There's no place like home: evaluating family medicine residents' training in home care". *Home Health Care Serv*, 21(2):1-17.

Ladouceur R. (2008). «Les médecins de famille font-ils suffisamment de visites à domicile?». *Canadian Family Physician*, 54, p. 13.

Lemay L. (Printemps 2011). «Réflexion sur la clinique médicale selon la génération Y». *Le Bulletin*, Fédération des médecins résidents du Québec, 33(3): 18-21.

Lieff SJ, Kirwin P, Colenda CC. (2005). "Proposed Geriatric Psychiatry Core Competencies for Subspecialty Training". *Am J Geriatric Psychiatry*, 13(9): 815-821.

Long Term Care Innovation Expert Panel. (2012). "Why not now? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults". 116 p.

McCrystle SW, Murray LM, Pinheiro SO. (2010). "Designing a Learner-Centered Geriatrics Curriculum for Multilevel Medical Learners". *JAGS*, 58: 142-151.

Meyer GS, Gibbons RV. (1997). "House calls to the elderly: A vanishing practice among physicians". *N Engl J Med*, 337(25): 1815-1820.

Minihan P, Robey KL, Long-Bellil LM, Graham CL, Hahn JE, Woodard L, Eddey GE, on behalf of the Alliance for Disability in Health Care Education. (2011). "Desired Educational Outcomes of Disability-Related Training for the Generalist Physician: Knowledge, Attitudes, and Skills". *Academic Medicine*, 86 (9): 1171-1178.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). «Les aînés du Québec. Quelques données récentes». Gouvernement du Québec, 26 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). «Info-hébergement». 58 p. [En ligne] collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2066782 (page consultée le 22 août 2013)

Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K, Brown A, Kadhim-Saleh A, McCann D. (2012). "Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team". *Can Fam Physician*, 58:e436-41.

Muramatsu N, Mensah E, Cornwell T. (2004). "A physician house call program for the homebound". *J Comm J Qual Saf*, 30(5):266-76.

National Collaborating Center for Mental Health. (2007). "NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care". National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society and Gaskell and the Royal College of Psychiatrists. 392 p. [En ligne]: www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30320/30320.pdf

Oliver D, Emili A, Chan D, Taniguchi A. (2011). "Education in long-term care for Family medicine residents. Description on an integrated program". *Can Fam Physicians*, 57: e288-291.

Parmar J. (2009). "Core Competencies in the Care of Older Persons for Canadian Medical Students". *Canadian Journal of Geriatrics*, 12(2):70-72.

Pereles L. (2000). "Home visits. An access to care issue for the 21st century". *Can Fam Physicians*, 46 : 2044-2048.

Philbrick JT, Connely JE, Corbet EC JR. (1992). "Home visits in a rural office practice : clinical spectrum and effect on utilisation of health care services". *J Gen Intern Med*, (5):522-7.

Ramsdell JW, Jackson JE, Guy HJ, Renvall MJ. (2004). "Comparison of clinic-based home assessment to a home visit in demented elderly patient". *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 18 (3):145-53.

Rytter L, Jakobsen HN, Renholm F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, Kjellberg J. (2010). "Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial". *Scand J Prim Health Care*, 28(3):146-53.

Saint-Martin M. (2009). «*Évaluation des troubles cognitifs chez la personne âgée.* » Formation en ligne destinée aux étudiants de l'externat-gériatrie. IUGM et Faculté de médecine, UdeM.

Singh I, Hubbard RE. (2011). "Teaching and learning geriatric medicine". *Reviews in Clinical Gerontology*, 21 : 180-192.

Sirois M. (2008). «*La chronique du Dr Maxime. Décembre 2008. Troubles cognitifs.*». IUGM. 11 p.

Sirois M. (2009). «*La chronique du Dr Maxime. Janvier 2009. Traitement de la démence.*». IUGM. 11 p. www.iugm.qc.ca/iugm/documentation/publications/bulletins/chroniquedr

Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. (2013). "Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 1 : where we are now". *Can Fam Physicians*, 59 : 237-240.

Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. (2013). "Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 2 : where we are going". *Can Fam Physicians*, 59 : 243-245.

Statistique Canada. (2010). «*Estimation de la population du Québec par groupe d'âge et sexe, au 1^{er} juillet, 2001 à 2010.*». Division de la démographie, Estimations de la population. (fichier Excel mis à jour le 5 Octobre 2010). Note – les données 2010 sont des données provisoires.

Steinweg KK. (2008). "Embracing the Ecology of Geriatrics to Improve Family Medicine Education". *Family Medicine*, 40 (10) : 715-720.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. (2002). "Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systemic review and meta-regression analysis". *JAMA*, 287(8):1022-8.

Tannenbaum C, Tsuyuki RT. (2013). "*The expanding scope of pharmacists' practice : implications for physicians*". *CMAJ*. DOI:10.1503/cmaj.121990

Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et collab. (2011). «*Cursus Triple C axé sur le développement des compétences.*». Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Partie 1. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada.

Townsend J et al. (1988). "Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme : a randomized controlled trial". *BMJ*, 297 :544-547.

Van den Berg, Meinke C, Matzke M, Heymann R, Flessa S, Hoffman W. (2010). "Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants : assessment of economic effects in an ambulatory health care centre". *BMC Health Serv*, 10: 155.

Vézina F, Frenette G, Lefebvre C. (2002). « Les années difficiles à domicile ». *Le Médecin du Québec*, 37(4) : 63-71.

Wei Qiao Qiu W, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J, Bruce ML. (2010). "Physical and Mental Health of Homebound Older Adults : An Overlooked Population ". *JAGS*, 58 : 2423-2428.

Weiss BD. (2008). "Geriatrics: In Our Residents' Future Whether They Know It and Like It or Not". *Fam Med*, 40 (10): 741-743.

Weiss BD, Fain MJ. (2009). "Geriatric education for the physicians of tomorrow". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 Suppl.2: S17-S20.

Williams BC, Warshaw G, Fabiny AR, Lundebjerg N, Medina-Walpole A, Sauvigne K, Schwartzberg JG, Leipzig RM. (2010). " Medicine in the 21st Century : Recommended Essential Geriatrics Competencies for Internal Medicine and Family Medicine Residents ". *Journal of Graduate Medical Education*, 2(3) : 373-383.

Williams BC, Remington TL, Foulk MA, Whall AL. (2006). "Teaching Interdisciplinary Geriatrics Ambulatory Care ". *Gerontology and Geriatrics Education*, 26 (3): 29-45.

Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA. (2011). "Interdisciplinary collaboration in geriatrics : Advancing health for older adults ". *Nursing Outlook*, 59: 243-251.

Zou D, Tannenbaum C. (2013).« *Pratique actuelle et les besoins des pharmaciens en pharmacogériatrie* ». Un sondage auprès des pharmaciens en milieu communautaire et en établissements de santé au Québec. Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

9 GLOSSAIRE

Activité physique

Classement des individus selon qu'ils sont « actifs », « modérément actifs » ou « inactifs » pendant leurs activités de loisirs ou leur transport. Le classement, réalisé par Statistique Canada, est basé sur l'information touchant la fréquence et la durée de 23 activités de loisirs pratiquées par les personnes au cours des trois derniers mois et sur des valeurs de dépense d'énergie (exprimée en kilocalories par kilogramme de masse corporelle). (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Activités professionnelles évaluables

Les **activités professionnelles évaluables (APE)** sont des tâches professionnelles authentiques que les enseignants délèguent aux résidents dans le cadre des stages cliniques. Ces activités professionnelles sont :

- ▶ **authentiques** : elles proviennent de la pratique professionnelle réelle des médecins de famille;
- ▶ **complexes** : elles illustrent plus d'un rôle du médecin de famille et nécessitent l'activation de plus d'une compétence;
- ▶ **exemplaires** : elles sont caractéristiques, par leur variété, leur complexité et leur nature, de la pratique professionnelle d'un médecin de famille dans un secteur de soins;
- ▶ **contextualisées** : elles se réalisent dans un contexte clinique bien déterminé;
- ▶ **évaluables** : elles sont réalisables dans un laps de temps défini, sont observables et peuvent être appréciées tant dans leurs processus que dans leurs résultats;
- ▶ **« déléguables »** : elles ne peuvent être déléguées qu'à des apprenants formés et qualifiés (résidents). Le niveau de confiance avec lequel la tâche est déléguée correspond au niveau de formation du résident. (Direction du programme de résidence en médecine de famille, Faculté de médecine, UdeM, 2013).

Audition

Capacité de suivre une conversation avec une autre personne ou dans un groupe d'au moins trois personnes. L'indicateur distingue trois catégories : capable de bien entendre (sans problème); capable d'entendre avec une prothèse auditive (problème corrigé); incapable de suivre une conversation avec une autre personne ou en groupe (problème non corrigé) (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne

Besoin d'aide d'une personne (pour des raisons de santé) pour l'une ou l'autre des activités suivantes : préparer les repas, se rendre à des rendez-vous ou faire des courses comme l'épicerie, faire les travaux ménagers quotidiens, s'occuper de ses soins personnels (se laver, s'habiller, prendre ses médicaments), se déplacer dans la maison ou s'occuper de ses finances personnelles (ex. : transactions bancaires, paiement des factures). Les gros travaux ménagers ne sont pas considérés ici (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Cognition

Capacité habituelle d'une personne à se souvenir de choses, à penser et à résoudre des problèmes de tous les jours. Cet indicateur est regroupé en trois catégories : 1) aucun problème : personnes n'ayant aucune difficulté habituellement à se souvenir de choses, à penser ou à résoudre des problèmes; 2) problèmes moins sérieux : personnes ayant certaines difficultés de mémoire (plutôt portées à oublier des choses) sans avoir des difficultés sur le plan de la pensée, ou personnes ayant certaines difficultés sur le plan de

la pensée (un peu ou certaines difficultés à penser ou à résoudre des problèmes) sans avoir des difficultés de mémoire; 3) problèmes plus sérieux : personnes ayant des difficultés sur le plan de la mémoire et de la pensée, ou personnes ayant des problèmes plus sérieux sur le plan de la mémoire (très portées à oublier des choses, incapables de se rappeler) ou de la pensée (beaucoup de difficultés à penser ou incapables de le faire) (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Douleur

Présence de douleurs ou de malaises qui empêchent la personne de faire (aucune, quelques-unes/plusieurs, la plupart) ses activités. Cette question porte sur les capacités habituelles d'une personne et exclut les problèmes de courte durée (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Équipe de soins et de services

Équipe minimalement composée d'un patient et d'un ou de plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux issus de professions différentes.

Elle peut également accueillir toute autre personne (proche aidant, gestionnaire, préposé aux bénéficiaires, personnel administratif, patient ressource) qui sera jugée appropriée pour accompagner le patient dans son parcours de santé et pour valoriser son expérience comme patient (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2013).

Leadership collaboratif

Dans le cadre du partenariat de soins et de services, compétence selon laquelle patient, proches et intervenants contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et de services (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2013).

Leadership médical

Le leadership clinique est essentiel compte tenu du rôle central du médecin dans tout processus de changement du système de santé. Le médecin leader doit avoir une perspective systémique, en se percevant comme un élément-clé du système de santé. Il doit alors trouver un équilibre entre son autonomie clinique et une responsabilité collective par rapport aux objectifs du système de santé. On attend du médecin leader qu'il prenne conscience de la variété des points de vue devant un problème auquel lui aussi fait face, qu'il implique et écoute les autres acteurs afin de créer une synergie. Le leadership clinique ne peut être restreint à un leadership d'autorité alors que la pratique médicale évolue vers le travail en équipe et la multidisciplinarité (sic) ... Ainsi, les micro-systèmes cliniques performants dans les organisations de santé se caractérisent par la présence de plusieurs leaders, souvent un leader médecin, un leader infirmier et un leader administratif. Les facultés de médecine auront donc à susciter, faire émerger ou transmettre des valeurs et des capacités de leadership à leurs étudiants (Arweiler et al, 2010).

Ménage collectif

Un ménage collectif est formé d'une personne ou d'un groupe de personnes n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada et occupant un établissement commercial, institutionnel ou communautaire. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires (Ministère de la famille et des aînés, 2012).

Ménage privé

Un ménage privé est formé d'une personne ou d'un groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (Ministère de la famille et des aînés, 2012).

Occasion propice d'apprentissage (OPA)

- ▶ Situation professionnelle faisant appel à des capacités d'au moins deux compétences :
 - Mobilise des connaissances et habiletés antérieurement acquises (s'assurer du séquençage de l'enseignement et de l'évaluation);
 - Pose un degré de difficulté approprié au niveau de formation;
 - Est représentative de la pratique courante.
 - L'utiliser le plus souvent comme outil d'apprentissage (rétroaction formative).
- ▶ Doit être *collée* à la réalité des forces du milieu.
- ▶ Doit représenter ce qui est particulièrement visé par ce stage et non pas TOUT ce qui y sera potentiellement appris.

L'OPA est le moyen privilégié pour l'apprentissage et l'évaluation des compétences transversales. (Caire Fon N, CPASS, Faculté de médecine, 2013).

Partenariat de soins et de services

Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches aidants et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2013).

Personne âgée de 65 ans et plus globalement en bonne santé

Une personne de 65 ans et plus est considérée globalement en bonne santé si elle répond à chacun des trois critères suivants :

- 1) Elle considère en général sa santé comme bonne, très bonne ou excellente.
- 2) Elle considère sa santé mentale comme bonne, très bonne ou excellente.
- 3) Elle ne présente pas de problèmes sérieux (problèmes modérés ou graves) de santé fonctionnelle selon l'indice *Health Utility Index (HUI)*. Cet indice est basé sur huit attributs : la vision, l'ouïe, la parole, la capacité à se déplacer, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Problème de santé chronique

Problème de santé de longue durée (6 mois ou plus), ayant été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Précisions sur certains problèmes : arthrite excluant la fibromyalgie; maux de dos excluant ceux dus à la fibromyalgie et à l'arthrite; maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) incluant la bronchite chronique et l'emphysème; troubles intestinaux (ex. : maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable ou incontinence fécale); maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence cérébrale (sénilité); troubles de l'humeur (ex. : dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie); troubles d'anxiété (ex. : phobie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique) (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

Proche aidant

Le proche aidant est la personne que le patient identifie comme étant celle qui l'accompagne dans son parcours de santé, c'est-à-dire la personne qui peut lui offrir différents types de soutien (émotif, instrumental, social...) et même, souvent, certains soins requis par son état.

Cette personne peut être un membre de la famille (conjoint, parent ou autre), ou un membre de l'entourage (ami, voisin, collègue, etc.) identifié par le patient. Le proche aidant connaît ou partage le projet de vie du patient (tout en menant son propre projet de vie), d'où souvent l'importance de l'inclure dans l'équipe de soins et de services.

Il possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour les intervenants et les équipes de soins et de services, entre autres, une expertise « biographique » du patient (habitudes de vie, expériences antérieures, valeurs, croyances, etc.) (Ducharme, Faculté des sciences infirmières, UdeM, 2013).

Projet de vie

Représentation mentale de la vie que le patient souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir. Le projet de vie sert à l'orientation du comportement individuel à travers le temps et les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie (Ibarra, 2006). Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, au long du parcours de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie (par exemple, bien mourir). Il peut différer selon qu'il s'agit du point de vue du patient ou du proche aidant.

Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, soins pédiatriques, inaptitude du patient, etc.), plutôt que de référer à un projet de vie, il est parfois plus facile de formuler :

- ▶ des besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien du patient, tels que
 - le soulagement de symptômes (par exemple, le soulagement des douleurs);
 - la récupération de fonction ou de capacité (par exemple, la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, de la continence);
- ▶ des projets à court terme (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2013).

Savoirs expérientiels

Savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ses problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'UdeM, 2013, adapté de Jouet et al, 2010).

Tâche intégratrice

Une tâche intégratrice représente une situation d'apprentissage contextualisée et complexe,

- qui permet aux étudiants d'activer une ou plusieurs compétences spécifiques (expertise),
- en même temps qu'une ou plusieurs compétences transversales,
- qui favorise ainsi le développement et la maîtrise de ces compétences dans l'action,
- par une observation-rétroaction du superviseur et une approche réflexive du résident (CPASS, Faculté de médecine, UdeM).

Taux d'activité

Le taux d'activité représente la population active* exprimée en pourcentage de la population totale de 15 ans ou plus. Le taux d'activité d'un groupe particulier (âge, sexe, état matrimonial, statut de père ou de mère) est la population active dans ce groupe, exprimée en pourcentage de la population du même groupe.

* Population active : population de 15 ans ou plus, à l'exclusion des pensionnaires d'établissements, qui, durant la semaine de référence ayant précédé le recensement ou l'enquête, était en emploi, en chômage ou en recherche d'emploi.

Unité académique interprofessionnelle en soins aux personnes âgées

L'unité académique interprofessionnelle « modèle » en soins à domicile et en CHSLD comprend un Groupe de médecins et de professionnels enseignants et un Groupe de résidents et de stagiaires de différentes professions qui assurent le suivi d'un Groupe de personnes âgées vulnérables ciblées (au moins 50 à 60 personnes) pour leurs besoins médicaux et psychosociaux complexes en soins à domicile ou en CHSLD. Différents moyens sont mis en œuvre pour assurer cette continuité de soins et d'apprentissage :

- Supervision lors de visites conjointes à domicile ou en CHSLD par les stagiaires, résidents et superviseurs cliniques;
- Élaboration de PII et de PSI;
- Garde 24/7.

Unité de médecine familiale (UMF)

L'unité de médecine familiale (UMF) est une clinique de médecine familiale dédiée prioritairement à la formation des résidents en médecine de famille dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. Elle contribue aussi à la formation d'étudiant(e)s en médecine et dans les autres professions de la santé.

En plus de sa vocation d'enseignement et de recherche, elle offre des soins et services médicaux à une clientèle définie et variée et participe au développement de la discipline professionnelle.

Pour atteindre ses objectifs, l'UMF possède les caractéristiques suivantes:

- Une équipe de médecins de famille dont la pratique principale se fait à l'intérieur de l'UMF et qui s'engagent à former et à encadrer les résidents dans leurs stages;
- Une organisation modèle de prestation de soins;
- Une clientèle assez large pour offrir aux résidents une exposition clinique à des patients de tous âges et de milieux sociaux différents et à des situations cliniques variées facilitant l'atteinte de tous les objectifs du programme;

- Une équipe de professionnels de la santé (travailleur social et/ou psychologue, personnel infirmier, pharmacien, etc.) qui, en plus de leur travail clinique, contribuent à l'enseignement.

Si le résident est au coeur de la préoccupation pédagogique de l'UMF, le patient est au coeur de sa préoccupation clinique et l'organisation de ses services est pensée en conséquence. L'UMF exige de ses patients qu'ils se plient aux règles dictées par les impératifs de l'enseignement et, en retour, elle s'attend de ses résidents qu'ils accordent une très grande importance à la qualité du service médical qu'ils offrent à la clientèle.

Le Programme de résidence en médecine de famille compte actuellement 17 UMF, dont la liste figure à l'Annexe 7. Chaque résident inscrit au Programme est affilié à une UMF qui devient son milieu d'attache pour l'ensemble de sa résidence (Direction du Programme de résidence en médecine de famille, Faculté de médecine, UdeM, 2013).

Vision

Capacité à lire les caractères ordinaires d'un journal ou à reconnaître une connaissance qui se trouve de l'autre côté de la rue. L'indicateur distingue trois catégories : les personnes qui voient assez bien de loin ou de près (sans problème); celles qui voient assez bien avec des lunettes ou des verres de contact (problème corrigé); et celles qui sont incapables de voir même avec des lunettes ou des verres de contact (problème non corrigé) (ISQ, *Zoom santé*, février 2012, numéro 34).

ANNEXE 1

Grilles d'entrevue

Groupes de professionnels

Médecins de famille

Table des résidents de médecine de famille, 2^e année

Groupe de personnes âgées

GROUPES DE PROFESSIONNELS

Objectif: établir le constat de la formation donnée aux résidents de médecine de famille à partir des points forts et des lacunes de la pratique.

1. Avez-vous fait le choix de travailler auprès des personnes âgées? Dans l'affirmative, pourquoi?
2. Est-ce que votre formation a suscité chez vous le goût de travailler auprès des personnes âgées? Dans l'affirmative ou la négative, en quoi?
3. Quels sont les grands défis* reliés à la pratique actuelle des soins aux personnes âgées?
4. Les jeunes médecins de famille sont-ils préparés pour relever ces défis?
Oui? En quoi?
Non? En quoi?
5. Quelles sont les compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être) requises, à l'heure actuelle, pour être un bon médecin de famille auprès des personnes âgées?
6. L'âgisme se manifeste-t-il encore chez les jeunes médecins?
7. Les jeunes médecins sont-ils bien préparés au travail de collaboration avec
 - les autres professionnels?
 - les équipes de soins à domicile?
 - les infirmières cliniciennes et praticiennes?
8. Comment mieux les y préparer?

*ex. : diversité culturelle, clientèle mieux informée

MÉDECINS DE FAMILLE

Objectif: établir le constat de la formation donnée aux résidents de médecine de famille à partir des points forts et des lacunes de la pratique.

1. Avez-vous fait le choix de travailler auprès des personnes âgées? Dans l'affirmative, pourquoi?
2. Est-ce que votre formation a suscité chez vous le goût de travailler auprès des personnes âgées? Dans l'affirmative ou la négative, en quoi?
3. Quels sont les grands défis* reliés à la pratique actuelle des soins aux personnes âgées?
4. Les jeunes médecins de famille sont-ils préparés pour relever ces défis?
Oui? En quoi?
Non? En quoi?
5. Quelles sont les compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être) requises, à l'heure actuelle, pour être un bon médecin de famille auprès des personnes âgées?
6. L'âgisme se manifeste-t-il encore chez les jeunes médecins?
7. Les jeunes médecins sont-ils bien préparés au travail de collaboration avec :
 - les autres professionnels?
 - les équipes de soins à domicile?
 - les infirmières cliniciennes et praticiennes?
8. Comment mieux les y préparer?

* ex. : diversité culturelle, clientèle mieux informée

TABLE DES RÉSIDENTS DE MÉDECINE DE FAMILLE, 2^e ANNÉE

Objectif: établir le constat de la formation donnée aux résidents de médecine de famille.

1. Votre formation en soins aux personnes âgées suscite-t-elle chez vous le goût de travailler auprès des personnes âgées ? Dans l'affirmative ou la négative, en quoi ?
2. Quels sont les principaux problèmes à corriger dans votre formation en soins aux personnes âgées ?
3. Vos besoins pédagogiques ?
 - ▶ Quel type de supervision souhaitez-vous jusqu'à la fin de votre résidence ?
4. Êtes-vous exposés aux
 - ▶ soins de longue durée ?
 - ▶ soins/visites à domicile ?
5. Si un stage hospitalier de gériatrie a déjà été fait à l'externat, estimez-vous qu'il y a encore des apprentissages à faire en milieu hospitalier pendant la résidence ? Si oui, lesquels ?
6. Vous sentez-vous bien préparés au travail de collaboration avec :
 - ▶ les autres professionnels de l'UMF/GMF, dont les infirmières cliniciennes et praticiennes ?
 - ▶ les équipes de soins à domicile ?
7. Pendant votre stage à l'UMF, êtes-vous exposés
 - ▶ à l'évaluation des troubles cognitifs ?
 - ▶ à l'évaluation et au suivi des patients qui ont une histoire de chutes ?
8. Vous sentez-vous à l'aise de poser un diagnostic de maladie d'Alzheimer (dans le contexte où vous serez appelés à le faire dans le cadre de votre pratique) ?
9. Si une partie de votre pratique future était consacrée aux soins aux personnes âgées, que pensez-vous d'un mentorat offert par le département de médecine de famille pour faciliter les débuts de votre pratique (crédits de DPC) ?
10. Sur quoi insister pendant la résidence ?

GRUPE DE PERSONNES ÂGÉES

Objectif: établir le constat de la formation donnée aux résidents de médecine de famille.

1. Tour de table des participants
 - Nom, âge, statut civil, type de ménage, suivi médical (âge du médecin de famille)
2. Quelles sont vos attentes face à un médecin de famille ? Ou
3. Qu'est-ce qu'un bon médecin de famille, selon vous ?
4. Quelles qualités les jeunes médecins de famille devraient-ils avoir pour soigner des personnes âgées ?
5. Quelles sont vos attentes face aux professionnels qui travaillent avec le médecin de famille (infirmière, pharmacien, autre professionnel) ?
6. Les visites à domicile :
Qui devrait les faire (le médecin, l'infirmière) ?
Dans quelles circonstances ?

ANNEXE 2

Sondage auprès des UMF sur l'enseignement des soins aux personnes âgées



SONDAGE AUPRÈS DES UMF SUR L'ENSEIGNEMENT DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES



Département de médecine familiale et de médecine d'urgence
Programme de résidence en médecine familiale

SONDAGE SUR L'ENSEIGNEMENT DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

VOICI LES 2 FAÇONS DE REMPLIR ET RETOURNER LE SONDAGE

1. IMPRIMER LE DOCUMENT, LE REMPLIR ET LE RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR AU 514-343-2258
2. ENREGISTRER LE DOCUMENT SUR VOTRE BUREAU (SPÉCIALEMENT POUR LES UTILISATEURS DE MAC), LE COMPLÉTER ET CLIQUER SUR LA BOÎTE « [RETOUR PAR COURRIEL](#) » À LA FIN DU DOCUMENT.

1. Nom de l'UMF :

2. Nom du directeur local de programme :

3. Nom du responsable du secteur « soins aux personnes âgées » :

4. Nombre de résidents accueillis à l'UMF au cours des trois dernières années :

Année	Résidents I (Nb)	Résidents II (Nb)
2010-2011		
2009-2010		
2008-2009		

5. Stage de gériatrie (1mois) :

a) Milieux cliniques auxquels sont exposés les résidents :

☐

Consultation à l'urgence

☐

Consultation sur les étages

☐

Suivi des patients admis (UCDG ou autre)

☐

Réadaptation (URFI)

☐

Hôpital de jour

☐

Évaluation gériatrique à domicile

☐

Autres : préciser

b) Supervision des résidents :

- nombre de médecins qui assurent la supervision :

- parmi ces médecins, nombre de médecins qui :

· travaillent exclusivement en milieu hospitalier :

· partagent leurs activités en milieu hospitalier avec des activités en milieu de 1^{ère} ligne :

c) Exposition clinique :

- Évaluation diagnostique et suivi des problèmes suivants :

☐

Troubles cognitifs

☐

Incontinence

☐

Troubles du comportement

☐

Delirium

☐

Troubles nutritionnels

☐

Chutes

☐

Troubles dépressifs

☐

Polymédication

☐

Syndrome d'immobilisation

d) Points forts du stage :

e) Points à améliorer :

f) Obstacles rencontrés dans la réalisation du stage par :

○ les superviseurs :

○ les résidents :

6 . Soins à domicile aux personnes âgées de 70 ans ou plus :

- Nombre de demi-journées consacrées aux visites à domicile :
en résidence I en résidence II
- Nombre de patients suivis à domicile par un même résident :
- Pourcentage de ces patients qui sont :
de nouveaux patients % des patients déjà suivis à l'UMF %
- Nombre de médecins qui assurent la supervision des résidents:
- Les médecins qui assurent la supervision des résidents font eux-mêmes des VAD de façon régulière (plusieurs fois par mois) : Oui ☒ Non ☒
- Type d'encadrement:
 - . Initial: les résidents sont accompagnés à domicile par leurs superviseurs pour leurs premières évaluations :
Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒
 - . Par la suite : les résidents sont accompagnés à domicile par leurs superviseurs :
Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒
- Nature de la collaboration des résidents avec les équipes du soutien à domicile des CLSC :
 - ☐ Suivis en tandem avec infirmières des SAD
 - ☐ Suivis occasionnels avec infirmières des SAD
 - ☐ Participation aux réunions d'équipe
 - ☐ Suivis avec autres professionnels : préciser
- Responsabilité des résidents en dehors des stages BLOC de médecine familiale :
- Les messages des patients sont toujours transmis aux résidents, même en dehors des stages BLOC de médecine familiale: Oui ☒ Non ☒
- Gestion des situations urgentes :
 - o Accès aux résidents et aux superviseurs dans la journée (par téléchasseur, téléphone) Oui ☒ Non ☒
 - o Participation des résidents à un système de garde pour les patients du soutien à domicile Oui ☒ Non ☒

- Points forts des VAD :

- Points à améliorer :

- Obstacles rencontrés dans la réalisation des VAD par :

- o les superviseurs :

- o les résidents :

7. Soins de longue durée (SLD) auprès de personnes âgées de 70 ans ou plus :

- Nombre de demi-journées consacrées aux soins des patients en SLD :

en résidence I

en résidence II

- Les résidents suivent des patients de façon longitudinale :

Oui

☒

Non

☐

Si oui, nombre de patients suivis en SLD par un résident :

- En dehors des suivis, préciser le type d'exposition pendant la demi-journée en SLD :

- Nombre de médecins qui assurent la supervision des résidents :

- Type d'encadrement de la supervision :
 - o Initial : les résidents sont accompagnés de leurs superviseurs pour leurs premières évaluations :
 Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒
 - o Par la suite : les résidents sont accompagnés de leurs superviseurs :
 Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒
- Nature de la collaboration des résidents avec les équipes de SLD, en particulier les infirmières :
 - o participation aux réunions d'équipe Oui ☒ Non ☒
 - o autres : préciser
- Gestion des situations urgentes :
 - o Accès aux superviseurs dans la journée (par téléchasseur, téléphone) : Oui ☒ Non ☒
 - o Accès aux résidents dans la journée (par téléchasseur, téléphone) : Oui ☒ Non ☒
 - o Points forts du stage en SLD :
 - o Points à améliorer :
- Obstacles rencontrés dans la réalisation du stage en SLD par :
 - o les superviseurs :

- Obstacles rencontrés dans la réalisation du stage en SLD par :
 - o les résidents :

8. Soins ambulatoires (bureau) pour les personnes âgées de 70 ans ou plus :

- Nombre de patients âgés suivis par un résident en moyenne pendant sa résidence :
- Ce nombre représente % de sa clientèle au bureau
- Pourcentage de ces patients qui sont :
de nouveaux patients % des patients déjà suivis à l'UMF %
- Exposition clinique :
 - o Évaluation diagnostique et suivi des problèmes suivants :

☐ Troubles cognitifs	☐ Délirium
☐ Troubles du comportement	☐ Chutes
☐ Troubles nutritionnels	☐ Polymédication
☐ Troubles dépressifs	☐ Diabète
☐ Syndrome d'immobilisation	☐ MPOC, MCAS, insuffisance cardiaque
☐ Incontinence	☐ Examen médical périodique de la personne âgée
- Nombre de médecins qui assurent la supervision des résidents :
- Pourcentage de la clientèle de l'UMF constituée de personnes âgées de 70 ans ou plus : %
- Type d'encadrement :
 - o Initial: les résidents sont accompagnés de leurs superviseurs pour leurs premières évaluations :
 Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒
 - o Par la suite: les résidents sont accompagné à domicile par leurs superviseurs :
 Toujours ☒ À l'occasion ☒ Rarement ☒ Jamais ☒

- Nature de la collaboration des résidents avec les professionnels de l'UMF ou des autres établissements qui donnent des services aux personnes âgées, en particulier avec :

- o les infirmières du CLSC :

- o les pharmaciens :

- Gestion des situations urgentes (appels téléphoniques urgents) :

- o Accès aux superviseurs dans la journée (par téléchasseur, téléphone) :

Oui ☒ Non ☐

- o Accès aux résidents dans la journée (par téléchasseur, téléphone) :

Oui ☒ Non ☐

- Points forts :

- Points à améliorer :

- Obstacles rencontrés dans la réalisation du stage ambulatoire par :

- o les superviseurs :

- o les résidents :

9 . Module d'apprentissage basé sur la pratique (PABP) :

- a) Les ateliers PABP permettent des applications concrètes dans la pratique quotidienne des résidents et des superviseurs :

Tout à fait d'accord ☐ D'accord ☐ Plus ou moins d'accord ☐ Tout à fait en désaccord ☐

- b) En dehors des modules PABP, y a-t-il d'autres cours ou ateliers concernant les personnes âgées?

☐

Oui, préciser :

☐

Non

10 . Commentaires généraux sur la révision de l'enseignement des soins aux personnes âgées :

*Les membres du groupe de travail sur
la révision de l'enseignement des soins
aux personnes âgées
vous remercient.*

RETOUR par COURRIEL CLIQUEZ ICI

ANNEXE 3

Recommandations sur les conditions de pratique jugées essentielles pour assurer les soins médicaux de première ligne aux personnes âgées

Extrait d'un document de travail élaboré par les médecins suivants, membres du Groupe de travail interuniversitaire en soins aux personnes âgées (Juin 2011):

MIRIAM ABDELNOUR, Université McGill

NATHALIE CHAMPOUX, Université de Montréal

GENEVIÈVE DECHÊNE, Université de Montréal

CATHERINE GAGNON, Université Laval

MARIE-JOSÉE HOTTE, Université de Sherbrooke

PAULE LEBEL, Université de Montréal

SUZANNE LEBEL, Université de Montréal

PATRICIA MURPHY, Université de Montréal

DIANE ROGER-ACHIM, Université de Montréal

PIERRE-MICHEL ROY, Université de Sherbrooke

FRANCINE VÉZINA, Université Laval

RECOMMANDATIONS SUR LES CONDITIONS DE PRATIQUE

Rémunération des soins médicaux aux personnes âgées vulnérables

1. Que la rémunération de l'évaluation et du suivi médical de la clientèle âgée vulnérable soit attrayante et proportionnelle à la complexité du cas dans tous les milieux de première ligne de médecine familiale, en particulier pour
 - a- la visite à domicile;
 - b- la pratique en soins de longue durée;
 - c- les soins de fin de vie donnés à domicile ou en CHSLD.
2. Que cette rémunération soit offerte sous réserve de la prestation de soins continus auprès de la clientèle âgée vulnérable (prise en charge avec accès ouvert, avec disponibilités pour voir rapidement les cas urgents).
3. Que le mode de rémunération reconnaisse que la collaboration interprofessionnelle est incontournable dans l'évaluation et le suivi de la clientèle âgée vulnérable.
4. Que les activités médicales particulières (AMP) de première ligne en médecine de famille consacrées aux personnes âgées vulnérables soient considérées au même niveau de priorité que les AMP hospitalières.
5. Que la garde médicale en disponibilité auprès de la clientèle âgée vulnérable à domicile et en longue durée soit regroupée et disponible dans tous les territoires et que des infirmières formées et expertes en soins aux personnes âgées et en soins de fin de vie en assurent la première ligne.

Pratiques collaboratives

Ordonnances collectives

1. Que les ordonnances collectives concernant les personnes âgées vulnérables soient uniformisées pour toute la province et n'aient plus à être rédigées par chaque groupe de médecins (GMF, cliniques réseaux, CHSLD, CHSCD, puis approuvées par les CMDP de chaque établissement (ceci n'exclut pas la production d'ordonnances collectives locales).
2. Que les ordres professionnels visés par l'application des ordonnances collectives soient responsables de la formation de leurs membres, en collaboration avec les instances médicales intéressées.
3. Que le DRMG local s'assure de la disponibilité et de l'application des ordonnances collectives provinciales dans tous les milieux de soins de son territoire.

Équipes de soutien à domicile des CLSC

4. Que soient établis des modes de communication efficaces réciproques obligatoires (par cellulaire ou téléavertisseur) entre médecins de famille et membres de l'équipe de soutien à domicile des CLSC, en particulier les infirmières.
5. Que les plans d'intervention (PII, PSI) des personnes âgées vulnérables suivies en CLSC soient discutés avec les médecins de famille chargés de ces patients (réunions, conférences téléphoniques, échanges par courriel ou télécopieur) et qu'ils leur soient transmis d'office.

6. Que toute personne âgée vulnérable en perte d'autonomie se voit attribuer un gestionnaire de cas au programme de soutien à domicile du CLSC et que le médecin de famille soit informé du nom et des coordonnées (téléphone, téléavertisseur, adresse électronique) des gestionnaires de cas qui suivent chacun de ses patients âgés vulnérables.
7. Que les médecins de famille puissent rapidement orienter les clientèles âgées vulnérables nécessitant des interventions psychosociales vers des travailleurs sociaux et des psychologues des CLSC formés pour une prise en charge adaptée à la clientèle gériatrique.
8. Que les médecins de famille puissent rapidement orienter les clientèles âgées vulnérables nécessitant des interventions en physiothérapie, en ergothérapie et en nutrition clinique vers des professionnels formés pour la prise en charge d'une clientèle gériatrique.

Gestion de la médication complexe

9. Que les pharmaciens des équipes de soutien à domicile et de la communauté travaillent de concert avec les médecins de famille et les infirmières pour la gestion sécuritaire des régimes médicamenteux complexes et qu'ils touchent une rémunération spécifique pour la révision complète de la médication lorsque celle-ci est nécessaire.

Corridors de services spécialisés

10. Que les médecins de famille soient soutenus par un accès rapide, partout au Québec, à la consultation spécialisée en gériatrie et en gérontopsychiatrie ou à l'évaluation des troubles cognitifs via des corridors de services et des mécanismes de communication et de gestion des priorités clairement établis.
11. Que la consultation à des médecins spécialistes (gériatres, gérontopsychiatres, neurologues, physiatres, spécialistes de la douleur, urologues, gastro-entérologues, etc.) et autres professionnels des cliniques spécialisées soient accessibles aux médecins de famille de toutes les régions du Québec.
12. Que la consultation et les interventions gériatriques et gérontopsychiatriques par télésanté (communication téléphonique ou électronique ou visioconférence) des quatre RUIS soient déployées de façon prioritaire et que leur utilisation par les médecins de famille soit facilitée.

Formation des professionnels de la santé en soins aux personnes âgées

13. Que le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec rendent obligatoire une formation de base en soins aux personnes âgées vulnérables pour tous les professionnels des sciences de la santé et des sciences psychosociales (ergothérapeutes, infirmières, médecins, nutritionnistes, pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, etc.), de même que pour les autres intervenants de la santé (techniciens, préposés, etc.).
14. Qu'un plan de développement professionnel continu pour les intervenants de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux soit développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de concert avec les établissements d'enseignement (collèges, cégeps, universités), les ordres et les syndicats professionnels.
15. Que les établissements et les intervenants de la santé soient incités à se prévaloir de ces formations et que des mécanismes de valorisation soulignent leurs efforts en ce sens.

16. Que soient retenues de façon prioritaire les thématiques suivantes dans les programmes de formation et de développement professionnel continu des intervenants de première ligne : la prévention du déclin fonctionnel, la gestion sécuritaire des médicaments, la maladie d'Alzheimer et les conditions apparentées, les problèmes de santé mentale, les soins de fin de vie. Des études régulières de besoins de formation auprès des intervenants permettront d'ajuster ces thèmes.
17. Que les résidents de médecine de famille soient exposés de façon obligatoire à tous les milieux accueillant les clientèles âgées vulnérables : domicile de la personne âgée, cabinet ou clinique ambulatoire (UMF, GMF, CRI, CLSC), ressources intermédiaires, hôpital, centre de réadaptation, centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Soutien logistique et administratif

1. Que tout médecin de famille pratiquant en UMF-GMF soit soutenu dans sa pratique par une infirmière formée pour le suivi des clientèles âgées vulnérables pour la coordination et l'obtention des services requis.
2. Que chaque CSSS procure aux médecins de famille de son territoire un répertoire informatisé, régulièrement mis à jour, des ressources communautaires et spécialisées dédiées aux personnes âgées vulnérables.
3. Qu'un soutien administratif adéquat et suffisant soit offert aux médecins de famille de première ligne, quel que soit leur milieu de pratique (cabinet, mais surtout en UMF, GMF, CRI, CLSC, CHSLD), pour la gestion de l'inscription des clientèles vulnérables, la prise des messages, la prise des rendez-vous, le soutien à la facturation, etc. (1 secrétaire pour un maximum de 4 à 5 médecins à temps plein).
4. Que les médecins de famille bénéficient d'une accessibilité au plateau technique d'investigation, selon des priorités clairement établies et que des infirmières « réseau » coordonnent l'obtention des services requis pour leurs clientèles âgées vulnérables dans les délais requis par le médecin de famille.
5. Que les clientèles âgées vulnérables aient accès, par l'intermédiaire des médecins de famille, en deçà de 24 heures si nécessaire, au plateau technique suivant pour soutenir le suivi à domicile de la clientèle âgée vulnérable ou en fin de vie :
 - a- Prélèvements sanguins et urinaires;
 - b- Inhalothérapie : saturométrie, vérification du matériel (O_2 , CPAP, succion);
 - c- Matériel divers : pansements et matériel de débridement; aides techniques (marchette, fauteuil roulant, barres d'appui, banc de bain, etc.); lits électriques; pompes sous-cutanées;
 - d- Transport adapté;
 - e- Visites d'infirmières du soutien à domicile formées en soins palliatifs, 24 heures sur 24, pour les patients en fin de vie qui désirent demeurer à domicile, en lien avec le médecin de famille.
6. Que le dossier médical électronique soit implanté rapidement et de façon prioritaire pour les médecins qui prennent en charge une clientèle âgée vulnérable, dans toutes les régions du Québec.

ANNEXE 4

Tâches intégratrices

Exemples relatifs aux troubles cognitifs



TÂCHE INTÉGRATRICE TROUBLES COGNITIFS # 1

(SOINS AMBULATOIRES)

Titre de la tâche : Évaluation, diagnostic et suivi en soins ambulatoires d'une personne âgée présentant des troubles cognitifs.	Niveau de résidence : T12-18
Énoncé de la situation : Une personne âgée de plus de 75 ans a consulté, accompagnée d'un membre de sa famille. Ce dernier s'était dit inquiet des problèmes de mémoire de cette personne. Vous revoyez la personne et le proche à des fins de diagnostic et de suivi.	Tâche : Au cours de votre résidence, vous aurez à diagnostiquer les troubles cognitifs et à assurer le traitement médical et non médical de personnes atteintes de troubles cognitifs. Vous devrez établir le diagnostic des troubles cognitifs : en évaluant l'importance de ces troubles et leur impact dans la vie du patient; en prescrivant le bilan nécessaire à l'évaluation des causes réversibles des problèmes cognitifs; en écartant les principaux diagnostics différentiels de la démence. Vous aurez à initier éventuellement une médication destinée à retarder le processus de la démence. Enfin, vous aurez à prodiguer des conseils anticipatoires concernant l'évolution de la maladie et la sécurité du patient.
Consignes : À votre demande, l'infirmière clinicienne aura administré le test MMS, rempli un outil d'évaluation fonctionnelle du patient et prescrit le bilan habituel des troubles cognitifs. Vous revoyez le patient, accompagné d'un proche, si possible, pour décider de la pertinence d'une investigation plus poussée (radiologie, neuropsychologie, gériopsychiatrie, etc.); sinon, vous devrez poser le diagnostic et préciser le stade de la maladie, décider de l'initiation ou non d'une médication en tenant compte du diagnostic, des contre-indications et des effets secondaires. Vous devrez également expliquer à un proche significatif l'évolution probable de la maladie. Conjointement avec l'infirmière clinicienne, vous devrez vous assurer d'engager les démarches nécessaires pour la sécurité financière, juridique et physique (errance, automobile) du patient en fonction de l'impact actuel de la maladie. Vous devrez questionner l'entourage sur les symptômes d'épuisement et être en mesure de donner l'information concernant le soutien possible au patient et aux proches. Enfin, vous devrez convenir des modalités du suivi de ce patient.	
Compétences visées : - Expertise - Collaboration - Communication - Promotion de la santé	Capacités visées : Expertise – Évaluer une situation et poser un diagnostic – Recommander ou appliquer un plan d'intervention – Assurer un suivi Collaboration – Participer au fonctionnement d'une équipe – Planifier, coordonner et dispenser les soins en équipe Communication – Établir une relation professionnelle – Échanger de l'information avec la famille Promotion de la santé – Effectuer auprès du patient des interventions de prévention

Manifestations :**Expertise**

- Après analyse des résultats de l'évaluation du patient (anamnèse, examen physique, bilan, MMS et évaluation fonctionnelle), poser un diagnostic du trouble cognitif et établir le stade de la maladie
- Décider de l'initiation ou non d'une médication appropriée
- Déterminer les autres interventions nécessaires en tenant compte des spécificités du patient et de son environnement
- Consigner le plan d'intervention au dossier conformément aux règles

Collaboration

- Exercer son rôle et ses responsabilités au sein d'une équipe clinique
- Utiliser de façon concertée la consultation entre professionnels
- Contribuer à la définition des cibles communes et à la mise en œuvre du plan de soins

Communication

- Soutenir l'expression d'émotions et réagir selon le contexte en faisant preuve de sensibilité
- S'assurer de comprendre son ou ses interlocuteurs et d'être compris
- Moduler les contenus et le processus des échanges selon l'interlocuteur et le contexte en faisant preuve de sensibilité

Promotion de la santé

- Évaluer avec le patient et ses proches ses habitudes et contexte de vie et les facteurs pouvant influencer sa santé et sa sécurité.

Stratégies d'enseignement :

Pratique autonome avec supervision directe et indirecte

Stratégies d'apprentissage :

Lecture, analyse de situation-problème, application du protocole mentionné ci-contre; questionnement réflexif et résolution de problèmes; apprentissage collaboratif et discussions cliniques à l'UMF, discussion avec l'infirmière clinicienne

Stratégies d'évaluation :

Observation directe et rétroaction à l'aide d'une grille d'évaluation

Ressources externes :

- Chertkow H. (2007). " Introduction: The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006 ". *Alzheimer's & Dementia*, 3(4): 262-265
- Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (PABP). McMaster University (conduite auto, démence, troubles du comportement)
- Site internet de la Société Alzheimer : www.alzheimer.ca/fr
- Protocole de suivi interdisciplinaire des patients atteints de troubles cognitifs
- Gauvreau D, Gendron M. (1994). « *QUESTIONS RÉPONSES sur la maladie d'Alzheimer, Guide à l'usage de la famille et des proches* ». Le jour, éditeur. (Ouvrage de vulgarisation)

Ressources internes :

Saint-Martin M. (2009). « *Évaluation des troubles cognitifs chez la personne âgée* ». Formation en ligne destinée aux étudiants de l'externat-gériatrie, IUGM et UdeM.

Arcand M, Hébert R. (2007). « *Précis pratique de gériatrie* », 3^e édition, EDISEM Maloine, 1296 p. : Tableau 15.3 Sous-types de déficits cognitifs légers et leur évolution possible, p. 248.

Sirois M. (2008). « *La chronique du Dr Maxime. Décembre 2008. Troubles cognitifs* ». IUGM. 11 p.

Sirois M. (2009). « *La chronique du Dr Maxime. Janvier 2009. Traitement de la démence* ». IUGM. 11 p.

www.iugm.qc.ca/iugm/documentation/publications/bulletins/chroniquedr

TÂCHE INTÉGRATRICE TROUBLES COGNITIFS # 2 (SOINS À DOMICILE)

Titre de la tâche : Participation à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour une patiente connue, présentant des troubles cognitifs, à partir de la réévaluation faite à domicile.	Niveau de résidence : T12-T18
Énoncé de la situation : Une patiente atteinte de troubles cognitifs connus accuse une perte d'autonomie. Vous devez participer à une réunion d'équipe en vue d'élaborer ou de réviser un plan d'intervention interdisciplinaire pour cette patiente.	Tâche : Au cours de votre résidence, vous devrez participer en tant que médecin traitant à une réunion d'équipe concernant votre patiente atteinte de démence et contribuer à l'élaboration/la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour cette patiente. Vous devrez d'abord réévaluer la patiente en vue de la rencontre d'équipe.
Consignes : Dans un premier temps, vous devrez réaliser la réévaluation médicale nécessaire en vue d'une participation optimale à la réunion d'équipe. Vous aurez donc à : 1) réévaluer la condition physique de la patiente et la stabilité des autres pathologies; 2) réévaluer le stade de la démence; 3) optimiser le traitement, s'il y a lieu; 4) estimer les mesures à prendre pour pallier à la perte d'autonomie. Vous vous assurerez également que l'évaluation fonctionnelle de la patiente est à jour et complète. Dans un second temps, vous devrez participer, avec les autres membres de l'équipe clinique, y compris un proche significatif, à l'élaboration/la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire. (Participation de la personne et des proches dans le cadre d'un partenariat de soins et de services.)	
Compétences visées : - Expertise - Collaboration - Communication - Professionalisme - Promotion de la santé	Capacités visées : Expertise – Évaluer une situation – Recommander et appliquer un plan d'intervention interdisciplinaire Collaboration – Participer au fonctionnement d'une équipe – Planifier, coordonner et dispenser des soins en équipe Communication – Échanger de l'information Professionalisme – Agir pour le bénéfice du patient en tenant compte des besoins collectifs – Se conduire selon les valeurs, les règles et les normes de la profession Promotion de la santé – Effectuer auprès du patient et des proches des interventions de promotion de la santé et de prévention

Manifestations:**Expertise**

- Identifier les situations à risque élevé
- Transmettre l'évaluation de façon appropriée au contexte
- Identifier les interventions préventives et thérapeutiques possibles en tenant compte de la sécurité du patient
- Discuter des interventions possibles et des objectifs visés avec le patient et les personnes concernées, en vue d'éclairer la décision
- Transmettre ses recommandations aux différents intervenants, de façon appropriée au contexte

Collaboration

- Exercer son rôle et ses responsabilités au sein de l'équipe
- Exercer son leadership professionnel dans le respect de celui des autres membres de l'équipe
- Contribuer à l'élaboration ou à la révision du plan de soins reflétant une vision partagée
- Contribuer à la mise en œuvre du plan de soins

Communication

- Moduler les contenus et le processus des échanges selon l'interlocuteur, le contexte et le médium en faisant preuve de sensibilité
- S'assurer de comprendre ses interlocuteurs et d'être compris

Professionnalisme

- Respecter le patient dans tous les aspects de sa personne
- Fonder ses actions sur une démarche éthique
- Assurer le bien-être et la sécurité du patient
- Témoigner du respect envers les personnes de son milieu professionnel

Promotion de la santé

- Évaluer avec le patient et ses proches les habitudes et contextes de vie et les facteurs pouvant influencer sa santé

Stratégie d'enseignement:

Prise en charge supervisée de patients à domicile avec rétroaction

Stratégies d'apprentissage:

Lecture, analyse de situation et résolution de problème; questionnement réflexif; apprentissage collaboratif: discussions cliniques avec les membres de l'équipe et patrons

Stratégies d'évaluation:

Observation directe lors de la réunion d'équipe avec rétroaction à l'aide d'une grille

Ressources externes:

- *Documents de base sur la maladie d'Alzheimer*
- Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. (2000). « *Précis pratique de soins médicaux à domicile* », EDISEM, FMOQ, 533 p.
- National Collaborating Center for Mental Health. (2007). "NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care". National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society and Gaskell and the Royal College of Psychiatrists. 392 p. [En ligne]: www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30320/30320.pdf
- Vézina F, Frenette G, Lefebvre C. (2002). « Les années difficiles à domicile ». *Le Médecin du Québec*, 37(4): 63-71

Ressources internes:

Évaluation fonctionnelle
Codex de gériatrie
Formation interfacultaire à la collaboration interprofessionnelle, module sur le plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

TÂCHE INTÉGRATRICE TROUBLES COGNITIFS # 3

(SOINS DE LONGUE DURÉE)

Titre de la tâche : Évaluation et intervention auprès d'une patiente âgée atteinte de démence avec troubles du comportement.	Niveau de résidence : T24
Énoncé de la situation : Une patiente âgée de 85 ans avec DTA, hébergée en CHSLD, présente des troubles du comportement lors des soins d'hygiène.	Tâche : Au cours de votre résidence, vous devrez prendre en charge une patiente âgée atteinte de démence vivant en centre d'hébergement et présentant des comportements perturbateurs. Vous devrez identifier les éléments déclencheurs, les facteurs prédisposants et proposer un plan de traitement interdisciplinaire à l'équipe et aux proches de la patiente.
Consignes : Vous devrez prendre connaissance du dossier de la patiente, questionner les intervenants concernés (infirmières et PAB), examiner la patiente, observer les comportements lors des soins d'hygiène, et, selon le cas, proposer une investigation, une révision de la médication, une approche non pharmacologique ou pharmacologique, en collaboration avec l'équipe clinique. Vous devrez également informer les proches de la patiente.	
Compétences visées : Expertise Collaboration Communication	Capacités visées : Expertise – Évaluer une situation et poser un diagnostic – Recommander ou appliquer un plan d'intervention Collaboration – Participer au fonctionnement d'une équipe – Planifier, coordonner et dispenser les soins en équipe Communication – Établir une relation professionnelle – Échanger de l'information avec l'équipe de soins et la famille
Manifestations : Expertise – Identifier les causes réversibles du trouble de comportement. – Identifier les interventions thérapeutiques possibles (non pharmacologiques et pharmacologiques). – Déterminer les interventions appropriées pour la patiente en tenant compte de ses spécificités et de son environnement. – Consigner le plan d'intervention ou les interventions au dossier conformément aux règles de tenue de dossier du CHSLD. Collaboration – Exercer son rôle et ses responsabilités au sein d'une équipe clinique. – Contribuer à la définition des cibles communes et à la mise en œuvre du plan de soins. Communication – Soutenir l'expression d'émotions et y réagir selon le contexte. – Interagir de façon constructive et productive. – Moduler les contenus et le processus des échanges selon l'interlocuteur, le contexte et le médium en faisant preuve de sensibilité.	

Stratégie d'enseignement : Pratique autonome avec supervision directe Stratégies d'apprentissage : Analyse et résolution de problème, lecture, questionnement réflexif, apprentissage collaboratif : interactions et discussions Stratégies d'évaluation : Observation directe et rétroaction à l'aide d'une grille	Ressources externes : Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2006). <i>"National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long-Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)"</i>. National Guideline Project, Toronto : Canada, 62 p. Ressources internes : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec/Institut universitaire de gériatrie de Montréal/CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2012). « État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences » in « <i>Cadre de référence sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Fiches cliniques et Aide-mémoires.</i> » Gouvernement du Québec, 28 p. Disponible en ligne uniquement : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf
---	---

Tâche élaborée par Nathalie Champoux, MD, MSc Pharmacologie

© Université de Montréal – Faculté de médecine 2013

ANNEXE 5

Fiches de compétences

Exemples relatifs aux chutes et troubles de la mobilité et à la médication appropriée

Fiches élaborées par les membres du Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu en soins aux personnes âgées (CII-DPC)

D^{re} PAULE LEBEL, présidente du CII-DPC, CPASS (Université de Montréal)

D^{re} MIRIAM ABDELNOUR, médecin de famille, UMF Hôpital St-Mary's (Université McGill)

M^{me} ISABELLE CARON, travailleuse sociale (ASSS de Montréal)

D^{re} LOUISE CHAMPAGNE, chef de l'UMF Charles-LeMoyne (Université de Sherbrooke)

M^{me} NATHALIE FARLEY, chef professionnel en ergothérapie (Hôpital Maisonneuve-Rosemont)

M^{me} NATHALIE FOURNIER, infirmière clinicienne, UMF Charles-LeMoyne (Université de Sherbrooke)

D^{re} MICHÈLE MORIN, gériatre (Université Laval)

M. MICHEL TASSÉ, pharmacien, UMF Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

M^{me} DENYSE MARIER, gestionnaire de projet (Université de Montréal)

COMPÉTENCES REQUISES – DPC EN SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES (CII-DPC, mai 2013)

Thème : Chutes et troubles de la mobilité

Comportements observables	Compétence						
	EM	ÉR	Cm	Cl	Pr	PP	G
En ambulatoire à l'UMF							
Fait un dépistage annuel du risque de chute ou de la peur de chuter chez les aînés vivant à domicile, en collaboration avec d'autres intervenants	x			x		x	
Collabore avec les autres intervenants pour la mise en place de mesures de prévention des fractures	x			x		x	
À domicile							
Identifie dans l'environnement de la personne âgée, en collaboration avec les proches aidants, le cas échéant, et d'autres intervenants, ce qui risque de compromettre sa sécurité en accroissant son risque de chute	x			x		x	
Recherche systématiquement tous les facteurs intrinsèques et comportementaux ayant pu contribuer à une chute	x					x	
Réfère aux ressources appropriées les personnes âgées présentant un syndrome post-chute	x			x			x
En CHSLD							
Élabore, en collaboration avec d'autres intervenants, un plan d'intervention qui inclut des mesures favorisant la mobilité optimale de la personne âgée	x			x		x	
Met en place, en collaboration avec d'autres intervenants, des solutions de rechange aux contentions physiques et pharmacologiques pour les personnes âgées à risque de chute	x			x		x	
Collabore avec les autres intervenants à la divulgation aux proches aidants de la personne âgée d'un accident-incident relié à une chute	x		x	x	x	x	

EM : Expertise clinique ÉR : Érudition Cm : Communication Cl : Collaboration Pr : Professionnalisme PP : Prévention-promotion G : Gestion

COMPÉTENCES REQUISES – DPC EN SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES (CII-DPC, mai 2013)

Thème : Médication appropriée

Comportements observables	Compétence						
	EM	ÉR	Cm	Cl	Pr	PP	G
En ambulatoire à l'UMF							
Évite ou utilise avec grande précaution certains médicaments chez la personne âgée en tenant compte des particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de cette population	x						
Évalue la capacité du patient âgé à gérer adéquatement ses médicaments			x	x	x		
À domicile							
Fait périodiquement un inventaire de la pharmacie à domicile (sur place), incluant les produits en vente libre				x	x		
Collabore avec les autres professionnels de la santé et les proches aidants à un plan de suivi pharmacologique personnalisé				x	x		
En CHSLD							
Révise périodiquement la médication de la personne âgée hébergée afin d'identifier les ordonnances potentiellement inappropriées (critères de Beers, <i>START-STOPP</i>)	x					x	
Élabore un plan de traitement pharmacologique adapté au contexte clinique, en considérant l'âge, les volontés du patient, l'espérance de vie, les comorbidités, le niveau de soins et les données probantes			x	x	x		

EM : Expertise clinique ÉR : Érudition Cm : Communication Cl : Collaboration Pr : Professionnalisme PP : Prévention-promotion G : Gestion

ANNEXE 6

Grille d'observation-rétroaction pour l'occasion propice d'apprentissage (OPA)

Exemple relatif à la discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques



OPA : Discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques

Titre de l'OPA: Niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques	Niveau de formation: Résidence
Énoncé de la situation: Au moment d'une admission d'une personne âgée ou d'un changement dans son état, déterminer le niveau d'intervention.	Exemple de situation: Le résident détermine le niveau d'intervention d'un patient au moment de son admission à l'unité de court séjour gériatrique.
Consignes: Après l'admission d'un patient ou au moment d'une détérioration aiguë, demander au résident de déterminer son niveau d'intervention.	
Compétences visées: Expertise; communication et professionnalisme	
Capacités et manifestations visées: 2. Recommander ou appliquer un plan d'intervention (Expertise) 2.3. Déterminer les interventions appropriées pour un patient ou une population donnée, en tenant compte et en respectant leurs spécificités, leurs perspectives et leurs environnements (familial, social, de travail et autres). 2.7. Consigner le niveau de soins discuté au dossier conformément aux règles. 4. Échanger de l'information (Communication) 4.1. Conduire l'entrevue médicale en partenariat avec le patient. 4.3. S'assurer de comprendre son ou ses interlocuteurs et d'être compris. 6. Agir pour le bénéfice du patient en tenant compte des besoins collectifs (Professionnalisme) 6.1. Respecter le patient dans tous les aspects de sa personne.	
Stratégies d'apprentissage: Présentation au préalable de la grille d'évaluation Observation et rétroaction Lectures dirigées Stratégie d'évaluation: Grille d'évaluation annexée	Ressources externes: – LA PRATIQUE MÉDICALE EN SOINS DE LONGUE DURÉE: Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec 2007. [En ligne]: www.cmq.org/fr/CA/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Guides/Guide%20soins%20longue%20duree%202007.pdf?51321 – Boire-Lavigne AM. (2011). « Désaccord sur les soins en fin de vie: sortir de l'impasse ! ». <i>Le médecin du Québec</i>. 46 (4): 37-42. – Cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins: Un processus de communication, une décision partagée. 2012: Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale [En ligne]: www.rrss03.gouv.qc.ca/pdf/Cadre_reference_intensite_soins_VF%20-%20WEB.pdf

© Université de Montréal – Faculté de médecine 2013 MAJ : 2013-09-05

Grille de rétroaction pour l'OPA

Discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques

Nom de l'apprenant: _____ Niveau de formation: _____ Nom de l'observateur: _____

MANIFESTATIONS SPÉCIFIQUES À L'OPA	N/A N/O	INADÉQUAT	EN DÉVELOPPEMENT	MAÎTRISÉE, FIN DU JUNIORAT	MAÎTRISÉE, FIN DE FORMATION
Identifie la ou les personnes appropriées pour discuter du niveau d'intervention (patient; proche; représentant légal).		Ne discute pas du niveau d'intervention avec la bonne personne.	Identifie la ou les personnes appropriées pour discuter du niveau d'intervention avec l'aide de son superviseur.	Identifie la ou les personnes appropriées pour discuter du niveau d'intervention.	Identifie la ou les personnes appropriées pour discuter du niveau d'intervention dans les situations de conflit familial ou de situation complexe.
Choisit le moment opportun pour discuter du niveau d'intervention.		Ne reconnaît pas les situations où il est important de déterminer ou de revoir un niveau d'intervention.	Évalue ou réévalue tardivement le niveau d'intervention.	Le plus tôt possible, après la prise en charge ou après une détérioration de l'état du patient, organise une rencontre pour discuter du niveau d'intervention.	Idem
Explique au patient et à ses proches les options thérapeutiques ou palliatives en fonction de son état de santé.		Ne peut pas expliquer les options thérapeutiques au patient et à ses proches.	Explique partiellement au patient et à ses proches les options thérapeutiques.	Explique au patient et à ses proches le pourquoi du besoin de déterminer un niveau d'intervention. Présente les options thérapeutiques au patient en tenant compte de ses spécificités et en expliquant leurs avantages et inconvénients.	Présente les options thérapeutiques au patient en tenant compte de ses spécificités et en expliquant leurs avantages et inconvénients avec le souci d'éviter de provoquer de l'inquiétude chez le patient.
Donne l'occasion au patient ou à ses proches de poser des questions.		Ne donne pas l'occasion au patient ou à ses proches de poser des questions.	Répond aux questions du patient ou de ses proches en regard des traitements.	Sollicite les questions du patient ou de ses proches en regard des traitements et les encourage à exprimer leur opinion.	Idem
Convient avec le patient et ses proches du niveau d'intervention.		Décide du niveau d'intervention sans en discuter avec le patient ou ses proches.		Décide, en partenariat avec le patient, du niveau d'intervention en conformité avec l'établissement de soins.	S'assure de mettre en place un suivi du niveau d'intervention lorsque celui-ci ne peut être déterminé (pas de répondant, patient inapte, conflits familiaux).

Légende : N/A : non applicable

N/O : non observé

© Université de Montréal – Faculté de médecine

MAJ : 2013-09-05

(suite)

Grille de rétroaction pour l'OPA

Discussion du niveau d'intervention dans le contexte de soins gériatriques

Nom de l'apprenant : _____ Niveau de formation : _____ Nom de l'observateur : _____

MANIFESTATIONS SPÉCIFIQUES À L'OPA	N/A N/O	INADÉQUAT	EN DÉVELOPPEMENT	MAÎTRISÉE, FIN DU JUNIORAT	MAÎTRISÉE, FIN DE FORMATION
S'assure de respecter les décisions du patient ou de ses proches.		Ne tient pas compte des préférences et des réticences du patient face aux interventions possibles.	Tient compte partiellement des préférences et des réticences du patient face aux interventions possibles.	Explore les préférences et les réticences du patient face aux différents niveaux d'intervention. Intègre les besoins et priorités du patient dans le niveau d'intervention retenu.	Respecte les besoins et les priorités du patient dans le niveau d'intervention retenu même si les choix du patient diffèrent des recommandations de l'équipe.
Documente dans le dossier la discussion du niveau d'intervention.		Ne complète pas la fiche « niveau d'intervention » et ne fait pas le résumé de la discussion.	Complète partiellement la fiche « niveau d'intervention » ou fait un résumé partiel de la discussion.	Rédige de façon structurée, claire et lisible un résumé de la discussion du niveau d'intervention qui inclut la condition clinique du patient, les options thérapeutiques abordées lors de la discussion et la liste des participants à la discussion et leur statut. Complète la fiche « niveau d'intervention ».	Rédige de façon structurée, claire, lisible et sans jugement un résumé de la discussion du niveau d'intervention qui inclut au besoin les conflits existants.
PERSPECTIVE DE L'APPRENANT					
PERSPECTIVE DU SUPERVISEUR					
PRESCRIPTION PÉDAGOGIQUE ☐ PLAN DE L'APPRENANT ☐					

Signatures

Date : _____ Superviseur : _____ Apprenant : _____

Légende : N/A : non applicable N/O : non observé © Université de Montréal – Faculté de médecine MAJ : 2013-09-05

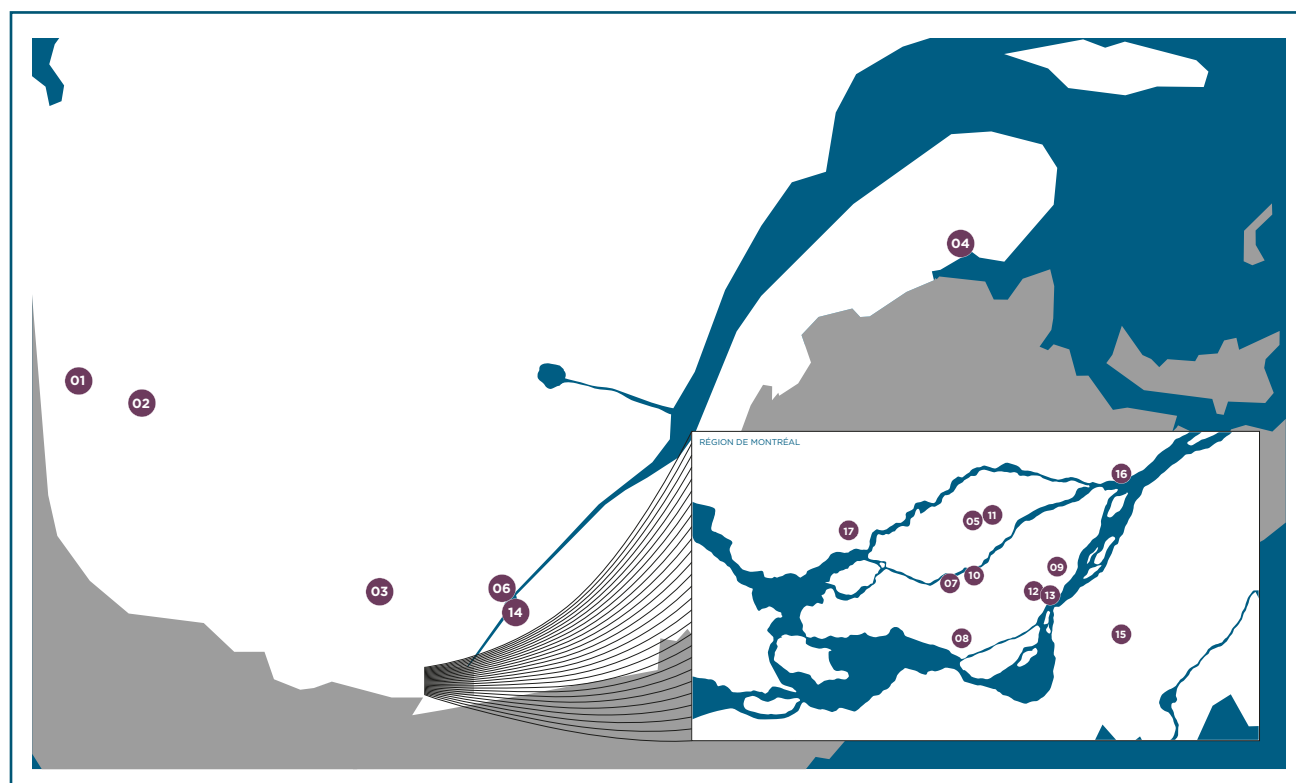
ANNEXE 7

Unités de médecine familiale rattachées au DMFMU de la Faculté de médecine de l'UdeM



UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE (UMF) RATTACHÉES AU DMFMU DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UdeM

Localisation des UMF sur le territoire du Québec



www.medfam.umontreal.ca/etudes/residence_medecine_familiale/milieux_formation.html

- | | |
|--|--|
| 01. UMF des Aurores Boréales
(CSSS des Aurores Boréales) | 10. UMF du CLSC de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
(CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent) |
| 02. UMF Les Eskers d'Amos
(CSSS Les Eskers de l'Abitibi) | 11. UMF du CLSC-CHSLD du Marigot
(CSSS de Laval) |
| 03. UMF des Hautes-Laurentides
(CSSS d'Antoine-Labelle) | 12. UMF Notre-Dame
(CSSS Jeanne-Mance) |
| 04. UMF Baie-des-Chaleurs
(CSSS Baie-des-Chaleurs) | 13. UMF des Faubourgs
(CSSS Jeanne-Mance) |
| 05. UMF Cité de la Santé de Laval
(CSSS de Laval) | 14. UMF du CSSS de Trois-Rivières
(CSSS de Trois-Rivières) |
| 06. UMF de Shawinigan
(CSSS de l'Énergie) | 15. UMF du CLSC Saint-Hubert
(CSSS Champlain-Charles-LeMoine) |
| 07. UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
(CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent) | 16. UMF du CSSS du Sud de Lanaudière
(CSSS du Sud de Lanaudière) |
| 08. UMF du Centre hospitalier de Verdun
(CSSS du Sud-Ouest-Verdun) | 17. UMF de Saint-Eustache
(CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes) |
| 09. UMF de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
(CSSS Lucille-Teasdale) | |

