

Référentiel de compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants

Programmes de formation initiale en sciences de la santé et
psychosociales à l'Université de Montréal

Préparé par :
Sous-comité de travail sur la formation
Comité sur le vieillissement
RUISS de l'Université de Montréal

15 mai 2019

Membres du sous-comité de travail sur la formation

M ^{me} Véronique Dubé	Professeure adjointe et Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, UdeM (coresponsable)
M. Jean Ignace Olazabal	Responsable de programmes, Faculté de l'éducation permanente et professeur associé, Département d'anthropologie, UdeM (coresponsable)
M ^{me} Sandrine Billeau	Directrice du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est
D ^{re} Catherine Brodeur	Gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Professeure adjointe, Faculté de médecine, UdeM
M. Tony Leroux	Vice-doyen aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM
M ^{me} Louise Mallet	Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, UdeM
M. Alain Ménard	Coordonnateur des activités spécialisées, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
D ^r Benoît Tousignant	Professeur adjoint, École d'optométrie, UdeM

Coordonnatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:

M^{me} Aline Bolduc

Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal

Courriel : aline.bolduc@criugm.qc.ca

Tél. : 514-340-2800 poste 2805

Graphisme :

M^{me} Gabriela Carrillo

Designer graphique

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres du Comité RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

Présidente:

M^{me} Ginette Senez, Directrice du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA),
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Tél. : 514-340-3507

Courriel : ginette.senez.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

M ^{me} Sylvie Belleville	Professeure titulaire, Département de psychologie, Faculté des arts et sciences, UdeM; Directrice scientifique du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)
M ^{me} Sandrine Billeau	Directrice SAPA, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
M ^{me} Chantale Boivin	Directrice SAPA, CISSS de la Montérégie-Est
D ^{re} Lucie Boucher	Chef du service de gériatrie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
M ^{me} Chantal Bournival	Directrice adjointe SAPA - Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
M ^{me} Simona Brambati	Professeure agrégée, Département de psychologie, Faculté des arts et sciences, UdeM
M. Christophe Cadoz	Directeur SAPA, CISSS des Laurentides
D ^{re} Anne Charbonneau	Vice-doyenne aux études, Faculté de médecine dentaire, UdeM
D ^{re} Diana Cruz-Santiago	Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, Faculté de médecine, UdeM
M ^{me} Véronique Dubé	Professeure adjointe et Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, UdeM
M ^{me} Hélène Duval	Directrice SAPA, CISSS de la Montérégie-Centre
M. Lawrence Fillion	Conseiller en soins spécialisés, CHUM
M ^{me} Christine Fournier	Chargée de projet – Plan Alzheimer – Territoire du RUISSS de l'UdeM
M ^{me} Suzanne Gilbert	Chef adjointe du département de pharmacie Soins pharmaceutiques, Enseignement, Recherche et Utilisation optimale du médicament, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
D ^r Réjean Hébert	Doyen, École de santé publique, UdeM
D ^{re} Marie-Jeanne Kergoat	Chef du département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
D ^{re} Paule Lebel	Médecin-conseil Direction régionale de santé publique de Montréal, CISUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M. Tony Leroux	Vice-doyen aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM
M. Benoit Major	Directeur SAPA, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Louise Mallet	Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, UdeM
M. Éric Matteau	Directeur SAPA, CISSS de Lanaudière
M ^{me} Liza O'Doherty	Directrice des soins infirmiers, Institut de Cardiologie de Montréal
M. Jean Ignace Olazabal	Responsable de programmes, Faculté de l'éducation permanente et professeur associé, Département d'anthropologie, UdeM
M. Régis Pearson	Directeur SAPA, CISSS de Laval
M. Claude Riendeau	Directeur SAPA, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
D ^r Benoît Tousignant	Professeur adjoint, École d'optométrie, UdeM

Intervenants consultés

M ^{me} Audrey Allard	Psychoéducatrice, équipe ambulatoire Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M. Jean-Clotaire Boco	Intervenant en soins spirituels, Hôpital Fleury et CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M. Étienne Boudrias-Dalle	Pharmacien, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
D ^{re} Catherine Brodeur	Interniste-gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Marie-France Charbonneau	Ergothérapeute, CHSLD René-Lévesque, CISSS de la Montérégie-Est
D ^{re} Stéphanie Chriqui	Optométriste, Centre Visuel Victoria (Lachine) et IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Ann-Julie Côté	Physiothérapeute, CLSC des Maskoutains, CISSS de la Montérégie-Est
M ^{me} Sandra Darbouze	Audiologiste, IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Patricia Décarie	Nutritionniste, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Katherine Desforges	Pharmacienne, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
M. Charles-Émile Desgagnés-Cyr	Kinésologue, Groupe Promo-Santé Laval
M ^{me} Anik Deslauriers	Ergothérapeute, Hôpital Pierre-Boucher, CISSS de la Montérégie-Est
M. François Dubé	Physiothérapeute, IUGM et Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Rim El-Koussa	Orthophoniste, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
D ^{re} Julia Fournier Debaene	Dentiste, Clinique dentaire Physimed (ville Saint-Laurent), IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Mélanie Gagnon	Infirmière, Soutien à domicile du Centre local de services communautaires (CLSC) Simonne-Monet-Chartrand, CISSS de la Montérégie-Est
M. Guillaume Garilus	Intervenant en soins spirituels, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Marie-Hélène Gosselin	Audiologiste, CHUM
M ^{me} Valérie Harvey	Ergothérapeute, CLSC Gaston-Bélanger, CISSS de la Montérégie-Est
M. Alexandre Lahaie	Pharmacien, IUGM et Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Jade L'Espérance	Orthophoniste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
M ^{me} Nathalie Léveillée	Kinésologue, Services intégrés de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
M. Charles-Étienne Mongeau	Psychologue, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal
D ^{re} Andréanne Moreau	Médecin de famille, IUGM et Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Responsable de l'externat, Faculté de médecine, UdeM
M ^{me} Julie Moreau	Physiothérapeute, Hôpital Pierre-Boucher, CISSS de la Montérégie-Est

M ^{me} Christine Perrault	Nutritionniste, Hôpital Pierre-Boucher, CISSS de la Montérégie-Est
D ^r Shelton Regismarianayagam	Optométriste, Hôpital Général Juif de Montréal, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Maripier René	Nutritionniste, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Nathalie Roy	Infirmière, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Lajemmerais, CISSS Montérégie-Est
M. Vincent Roy	Psychoéducateur, Centre Paul-Émile-Léger, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M. Luc Tremblay	Travailleur social, CHSLD Saint-Joseph de la Providence, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
D ^r Jean-Guy Vallée	Dentiste-conseil (retraité), Direction de santé publique, CISSS de Laval
M. Patrick Vienneau	Travailleur social, CHSLD Paul-Lizotte et CHSLD Laurendeau, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M ^{me} Laurence Villeneuve	Psychologue, Institut universitaire de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Cette première édition du référentiel de compétences sera amenée à évoluer au fil du temps afin qu'il s'adapte aux compétences évolutives requises par les intervenants devant conjuguer avec les besoins dynamiques d'une population vieillissante.

Inévitablement imparfaits, nous souhaitons néanmoins que ce référentiel puisse ouvrir sur des discussions permettant d'inclure dans la formation universitaire une meilleure intégration des apprentissages liés aux soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants.

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire la profession infirmière sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.

Lexique

AAPÂ	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
AÎNÉES	Signes vitaux gériatriques : (A) autonomie et mobilité; (I) intégrité de la peau; (N) nutrition et hydratation; (É) élimination; (É) état cognitif et comportement (S) sommeil
AVC	Accident vasculaire cérébral
BCGP	<i>Board Certified Geriatric Pharmacist</i>
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIO	Comité interfacultaire opérationnel
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
DCPP	Direction collaboration et partenariat patient
DMA	Directives médicales anticipées
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DSIE	Demande de services interétablissement
DSQ	Dossier Santé Québec
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
GMF	Groupe de médecine de famille
MEEM	Mini-examen de l'état mental
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Initiative for the Care of the Elderly</i>
NPO	Nil per os
OACIS	<i>Open Architecture Clinical Information Systems</i> - Système d'information clinique à architecture ouverte
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - antipsychotiques
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PRISMA-7	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PTH	Prothèse totale de la hanche
PTG	Prothèse totale du genou
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
RUSHGQ	Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SMAT	Self-Medication Assessment Tool
STOPP-START	<i>Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment</i>
TIC	Technologies de l'information et des communications
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>

Table des matières

Préambule.....	8
Méthodologie.....	10
Compétence.....	10
Recension des écrits	10
Consultation d'intervenants en milieux cliniques	11
Élaboration du référentiel.....	11
Référentiel	12
Figure 1. Compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants, attendues chez les étudiants en sciences de la santé ou psychosociales, au terme de leur programme de formation universitaire initiale	12
Conclusion	23
Remerciements	23
Références.....	24
Annexes	25
Annexe 1. Définitions des rôles du professionnel	26
Annexe 2. Fiches détaillées par compétence : Compétence, définition, éléments de la compétence, indicateurs et exemples fournis par les intervenants consultés dans divers milieux cliniques	27

Préambule

Le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'UdeM est une organisation qui, en collaboration avec ses partenaires, vise à faire progresser l'intégration de la mission universitaire en santé et service sociaux que sont les soins, l'enseignement et la recherche, en facilitant le transfert des connaissances et l'évaluation des technologies, et ce, afin d'améliorer l'accès aux soins et services. Son territoire comporte 14 établissements répartis dans huit régions (Montréal, Laval, Lanaudière, Laurentides, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie-Centre, Montérégie-Est et Saguenay-Lac-Saint-Jean).

L'instance de gouvernance principale du RUISSS de l'UdeM est le comité directeur, qui est composé des doyens des facultés et écoles concernées de l'Université de Montréal (médecine, sciences infirmières, médecine dentaire, pharmacie, arts et sciences, santé publique), des présidents directeurs généraux des établissements de santé, d'un représentant du vice-rectorat aux affaires étudiantes et aux études et des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Entre janvier 2009 et décembre 2014, un comité sur le vieillissement était actif parmi les comités sectoriels du RUIS de l'UdeM. Le comité directeur du RUIS a entériné au début 2017, la reprise des travaux du comité sur le vieillissement après un arrêt de ses travaux en 2015 lors de la réorganisation du réseau de la santé. **Considérant le contexte démographique, l'amélioration des soins et services aux aînés demeure une priorité pour l'ensemble du réseau de la santé.**

En 2011, un premier inventaire des activités d'enseignement reliées aux soins aux aînés et au vieillissement avait été réalisé (1). Le comité avait conclu qu'« *il y avait une inadéquation entre les heures de formation obligatoire portant sur ces sujets dans les programmes de formation universitaire et les besoins de bien préparer les professionnels de la santé aux défis qu'ils rencontreront dans leur pratique future, pratique qui est déjà marquée par le vieillissement de la population* ». Deux recommandations avaient été formulées:

- Que les établissements d'enseignement révisent leurs programmes de formation afin d'intégrer dans la formation initiale de tous les professionnels de la santé suffisamment d'heures de formation obligatoire portant sur le vieillissement et les besoins de santé des aînés pour que tous soient en mesure d'intervenir auprès de cette clientèle.
- Que l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPÂ) soit intégrée dans les programmes de formation de tous les professionnels de la santé.

C'est dans ce contexte qu'en juin 2017, un sous-comité de travail sur la formation en soins et services sociaux aux personnes âgées/vieillessement a été créé. Les mandats suivants ont été confiés à ce sous-comité pour une période de 2 ans (2017-2019):

1. Mettre à jour l'inventaire des activités de formation reliées spécifiquement aux soins et aux services sociaux aux aînés¹ ou au vieillissement à l'Université de Montréal dans les principaux programmes formant les intervenants de la santé et des services sociaux appelés à travailler auprès des aînés;
2. Vérifier le niveau d'intégration de l'AAPÂ dans la formation initiale des divers programmes universitaires;
3. Identifier les compétences attendues en soins et services sociaux aux aînés par les professionnels concernés dans différents milieux cliniques (soins à domicile, cliniques privées, unités de soins aigus et subaigus, CHSLD);
4. Analyser les écarts entre les activités de formation universitaire et les compétences attendues en soins et services sociaux aux personnes âgées/vieillessement par les différents milieux cliniques;
5. Formuler des recommandations visant à combler ses écarts.

¹ Tout au long du document, la formation en soins et en services sociaux aux aînés est inclusive de l'aîné et de ses proches aidants, lorsque pertinent.

Les deux premiers volets du mandat ont conduit aux rapports intitulés : «Inventaire des activités de formation reliées aux soins à la personne âgée ou au vieillissement dans les principaux programmes concernés à l'Université de Montréal» (2) et «Recommandations pour la consolidation et la pérennisation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» (3). Les conclusions de ces rapports nous invitent à poursuivre la bonification de la formation obligatoire en lien avec les soins et les services sociaux aux aînés et le vieillissement dans les programmes de formation initiale de notre université afin de mieux répondre aux besoins de la population vieillissante du Québec. Devant ce constat, les activités réalisées dans le troisième volet de ce mandat ont permis de produire un **référentiel de compétences interprofessionnelles** en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants² attendus par les étudiants en sciences de la santé ou psychosociales au terme de leur programme de **formation universitaire initiale**³. Cette première version du référentiel de compétences interprofessionnelles se veut une base de réflexion pour les facultés, écoles et départements des sciences de la santé et psychosociale de l'Université de Montréal afin de rehausser leurs différents programmes de formation initiale à l'intention des futurs intervenants de notre système de santé afin qu'ils puissent répondre aux besoins de la clientèle âgée et de leurs proches aidants, et ce, tout au long du continuum de soins et de services que ces clientèles requièrent. Il s'adresse plus particulièrement aux programmes de formation des audiologistes, dentistes, ergothérapeutes, kinésioles, infirmières, intervenants en soins spirituels, médecins, nutritionnistes, optométristes, orthophonistes, pharmaciens, physiothérapeutes, psychoéducateurs, psychologues, neuropsychologues et travailleurs sociaux. Ce référentiel peut aussi être utilisé pour la planification des programmes de formation universitaire spécialisés en soins aux aînés et leurs proches aidants (certificats, résidence, maîtrise, etc.).

Le Référentiel de compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants se décline en 10 compétences, chacune de ces compétences étant soutenue par une définition. **Il est à préciser que les compétences présentées sont toutes importantes, ne sont pas mutuellement exclusives et que des chevauchements existent entre plusieurs d'entre elles.** Notons que, contrairement à certains référentiels existants propres à des professions spécifiques, nous ne pouvions déterminer des compétences qui seraient centrales pour toutes les professions. C'est la raison pour laquelle aucune des compétences n'est déclarée centrale. Par ailleurs, pour tenter de mieux circonscrire chacune des compétences, nous avons énoncé des éléments de la compétence. Ces éléments identifient les aspects-clés de la compétence. Enfin, chacun des éléments est accompagné d'indicateurs de développement de la compétence complétés par des exemples concrets de démonstration de l'application de la compétence énoncée par les intervenants des milieux cliniques consultés. Il est à noter que les exemples rapportés ne sont pas exhaustifs et ne représentent pas des activités effectuées par tous les professionnels. Ces exemples servent à illustrer concrètement comment un indicateur peut s'appliquer dans la réalité clinique des intervenants.

² Les aînés les plus vulnérables sont généralement accompagnés par un ou des proches aidants tout au long du continuum de soins. Toutefois, ce ne sont pas tous les aînés qui bénéficient du soutien d'un proche aidant ou qui nécessitent l'aide de proches. Plusieurs aînés peuvent aussi être des proches aidants (par ex., d'un conjoint). De plus, la présence d'un proche aidant auprès de l'aîné n'implique pas que l'un et l'autre pensent de la même façon ou qu'ils aient les mêmes visées, besoins et attentes. Il faut voir que nous considérons le partenariat avec les proches aidants, le cas échéant.

³ Médecine (doctorat de 1^{er} cycle), sciences infirmières (baccalauréat), ergothérapie (continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle), physiothérapie (continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle), travail social (baccalauréat), nutrition (baccalauréat), pharmacie (doctorat de 1^{er} cycle), audiologie (continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle), orthophonie (continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle), soins spirituels (D.E.S.S. (spiritualité et santé) ou maîtrise en théologie pratique, option Spiritualité et santé), psychoéducation (baccalauréat), psychologie et neuropsychologie (doctorat), kinésiologie (baccalauréat), médecine dentaire (doctorat de 1^{er} cycle), optométrie (doctorat de 1^{er} cycle).

Méthodologie

Cette première édition du référentiel repose sur des choix conceptuels et structuraux : une recension des écrits sur les compétences professionnelles en soins aux aînés et une consultation auprès de cliniciens et de professeurs du RUISSS de l'UdeM.

Compétence

À l'amorce des travaux initiés par le sous-comité de travail sur la formation, nous avons retenu la définition de la compétence énoncée par Tardif (4). Cette définition stipule que la compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes⁴ et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (réf. 4, p.22). Dans la déclinaison des compétences qui composent le présent référentiel, nous avons tenté de respecter au mieux les cinq caractéristiques de la compétence définies par Tardif, soit son caractère intégrateur, son caractère combinatoire, son caractère développemental, son caractère contextuel et son caractère évolutif (4).

Chacune des 10 compétences qui composent ce référentiel est définie en prenant assise sur les écrits consultés (4-14). Des éléments de compétence (un à trois) permettant de cerner la compétence ont par la suite été dégagés à l'instar du référentiel de compétences de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2015) (6). Ces éléments de compétence correspondent « à l'intégration de ressources à mobiliser et à combiner dans l'exercice de chaque compétence » (réf. 6, p.8). Enfin, nous présentons des indicateurs de développement de la compétence soutenus par des exemples émis par les intervenants dans leurs milieux respectifs. Ces indicateurs visent à apprécier une manifestation de la compétence enrichie par des exemples concrets montrant l'applicabilité de la compétence.

Le présent référentiel partage des éléments de convergence avec le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux développés par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et le comité interfacultaire opérationnel (CIO) de formation à la collaboration de l'UdeM (7). Par ailleurs, le MSSS a publié en 2018 un Cadre de référence sur la pratique collaborative en partenariat avec les patients et les proches (8). **Notre souci de partenariat avec les aînés et les proches aidants demeure une toile de fond pour l'ensemble des compétences interprofessionnelles du présent référentiel.** Ainsi, tout au long de ce référentiel, une vision de partenariat de soins dans une perspective égalitaire des aînés et des proches aidants, considérés comme des acteurs de soins à qui les intervenants offrent des outils concrets pour actualiser ce rôle dans la mesure de leurs désirs et capacités, est requise et valorisée.

Recension des écrits

Afin d'identifier les compétences interprofessionnelles en soins et services aux aînés et leurs proches aidants, une recension des écrits a été réalisée. Les membres du sous-comité de travail sur la formation ont adapté les compétences retenues au contexte québécois, en s'inspirant principalement de modèles existants au Canada et aux États-Unis (7-13). Les compétences communes à une forte majorité des professionnels ou intervenants formés à l'UdeM dans les disciplines de la santé et psychosociales, nommées « compétences interprofessionnelles », ont tout d'abord été classées dans une matrice selon de grands domaines de compétences⁵ et les

⁴ Les ressources internes font référence autant aux connaissances, aux habiletés (cognitives, affectives, sociales ou psychomotrices) qu'aux attitudes (Lasnier, 2000) [5].

⁵ 1) Promotion de la santé, réduction des risques, sécurité, prévention de la maladie; 2) évaluation; 3) planification, dispensation et coordination des soins et services dans un continuum incluant la fin de vie; 4) soutien aux proches aidants; 5) interdisciplinarité; 6) communication, information et technologies des soins et services de santé incluant les gérontechnologies; 7) diversité culturelle et sensibilisation à la différence; 8) éthique; 9) aspects légaux et financiers; 10) développement professionnel, système de soins et services de santé et politiques.

différents rôles assumés par chaque professionnel (clinicien/intervenant; communicateur/négociateur; collaborateur; coordonnateur/leader; promoteur de la santé; érudit; professionnel; pédagogue) tels que définis par le *National Initiative for the Care of the Elderly* (NICE) (13) et présenté à l'annexe 1. Ces compétences ont par la suite fait l'objet de discussions au sein des membres du sous-comité de travail sur la formation (cf. page 2) afin d'en arriver à un consensus sur les compétences interprofessionnelles à atteindre par des étudiants au terme de leur formation initiale en sciences de la santé ou psychosociales à l'UdeM.

Consultation d'intervenants en milieux cliniques

Afin de s'assurer de l'adéquation entre les compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants recensés dans les écrits et ayant fait consensus auprès des membres du sous-comité de travail, une démarche de validation des compétences retenues a été effectuée auprès de 34 intervenants provenant de 15 disciplines et travaillant auprès des aînés dans les établissements faisant partie du RUISSS de l'UdeM (centres locaux de services communautaires (CLSC) – volet soutien à domicile, cliniques privées, centres hospitaliers, centres de réadaptation, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)) (cf. page 4). Ils ont été recrutés par les membres du sous-comité de travail pour leur intérêt envers les soins aux aînés. En moyenne, ils possèdent 13,7 années (É.T.= 9,4 années; [1,0 – 32,0]) d'expérience au total, dont 8,7 ans dans un programme spécialisé en soins et services aux aînés. Il leur était demandé de donner leur opinion en regard des compétences requises dans les différents milieux cliniques pour les étudiants de leur profession au terme de leur programme de formation initiale, selon trois choix : 1) cette compétence ne s'applique pas à ma profession; 2) Cette compétence s'applique telle quelle à ma profession; 3) Cette compétence s'applique, mais l'énoncé doit être précisé pour ma profession ou des exemples d'activités permettraient de mieux décrire les compétences requises.

Pour l'analyse des résultats, les réponses ont été regroupées en deux catégories (s'applique ou ne s'applique pas). Pour toutes les compétences, en moyenne, 80,3 % (É.T. = 14,5 %; [44,0 – 97,1]) des répondants considèrent qu'elles s'appliquent. Elles ont donc toutes été conservées. Pour plusieurs compétences, des exemples spécifiques aux différentes professions ont été fournis par les répondants.

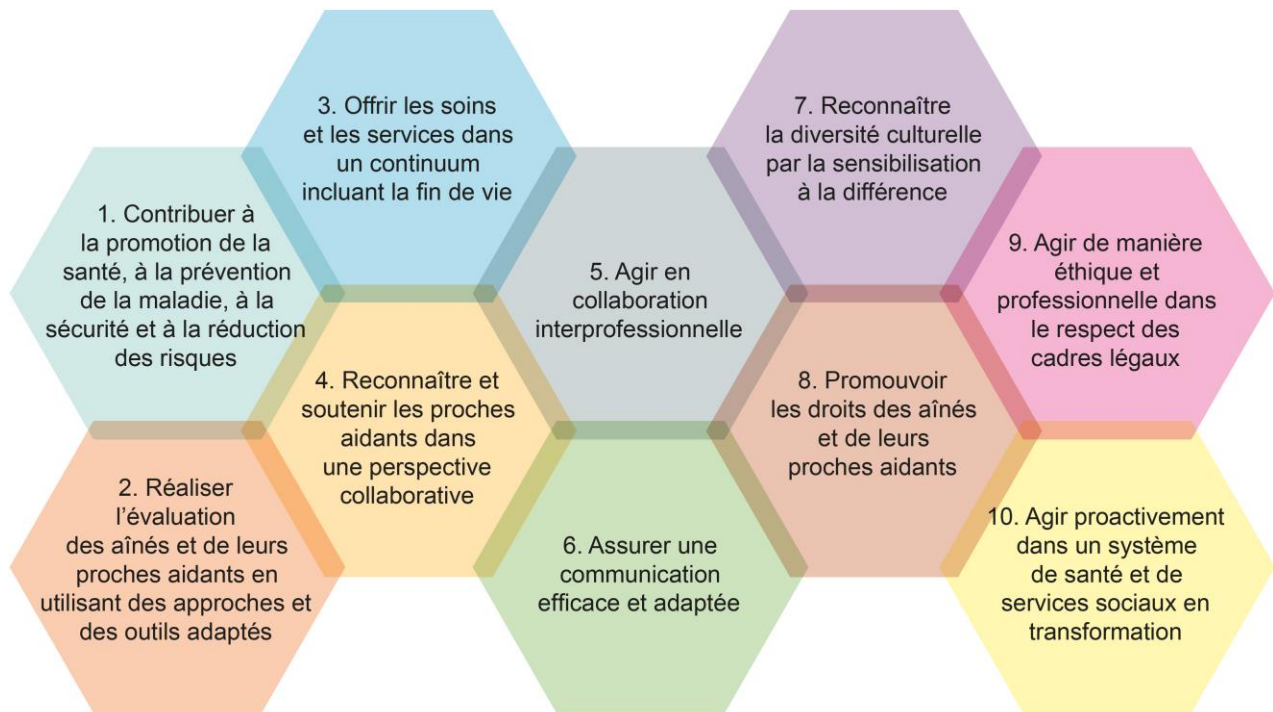
Élaboration du référentiel

Afin de s'arrimer le plus possible avec la définition du concept de compétence et d'offrir un guide convivial, les membres du sous-comité de travail sur la formation ont transposé la matrice sous la forme d'un **référentiel** comportant 10 compétences interprofessionnelles permettant de repérer rapidement chacune des compétences, sa définition, les éléments de la compétence, les indicateurs de la compétence et des exemples concrets issus des milieux cliniques fournis par les intervenants consultés et complétés au besoin par les membres du sous-comité de travail.

Référentiel

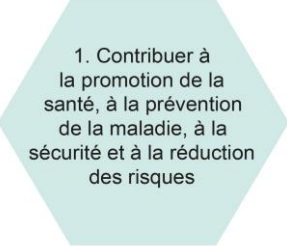
La figure suivante illustre les 10 compétences du référentiel. On retrouve par la suite les définitions des compétences, les éléments-clés ainsi que les indicateurs et les différents rôles de l'intervenant y étant associés. L'annexe 2 présente les fiches détaillées de chacune des compétences : définition, éléments-clés, indicateurs et des exemples fournis par les intervenants consultés.


Figure 1. Compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants, attendues chez les étudiants en sciences de la santé ou psychosociales, au terme de leur programme de formation universitaire initiale




Compétences attendues chez les futurs professionnels des sciences de la santé et psychosociales :
audiologie, médecine dentaire, ergothérapie, kinésiologie, sciences infirmières, soins spirituels, médecine, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychoéducation, psychologie et neuropsychologie, travail social.


Il s'agit de compétences à atteindre à la fin de la formation initiale selon les différents programmes en prenant en considération que certains de ces programmes mènent à la pratique suite au baccalauréat, à la maîtrise ou au doctorat.


Compétence	Définition de la compétence	
	<p>Définition :</p> <p>Soutenir le pouvoir d’agir des aînés et leurs proches aidants sur leurs situations de santé et assurer la promotion de leur santé, de leurs soins et de leur sécurité.</p>	
Éléments de la compétence		
1.1 Soutenir les aînés et leurs proches aidants à reconnaître et à recourir à leurs propres capacités et ressources.	1.2 Réaliser des activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage de la maladie.	1.3 Assurer la sécurité et la réduction des risques.
Indicateurs de la compétence		
<p>1.1.1. Établir des liens avec les aînés et leurs proches aidants afin de promouvoir des changements pour améliorer leur qualité de vie (comm., prom.).</p> <p>1.1.2. Intervenir auprès des aînés et de leurs proches aidants pour promouvoir la santé, le bien-être et des soins optimaux (clin., prom.).</p> <p>1.1.3. Promouvoir, informer et soutenir l’autonomisation des aînés et de leurs proches aidants quand ils doivent prendre des décisions relatives à leurs soins et à leurs services de santé (pédag.).</p> <p>1.1.4. Promouvoir et défendre les comportements qui favorisent la santé, la sécurité, les interactions sociales, l’autonomie et la qualité de vie des aînés et de leurs proches aidants (prof.).</p>	<p>1.2.1 Identifier et utiliser les normes, les données probantes et les lignes directrices pour des pratiques exemplaires afin de promouvoir de saines habitudes de vie chez les aînés et leurs proches aidants (érud.).</p> <p>1.2.2 Développer des actions préventives favorisant l’autonomie des aînés et de leurs proches aidants et visant à améliorer leur qualité de vie (coord.).</p> <p>1.2.3 Identifier et informer les aînés et leurs proches aidants sur les approches fondées sur des données probantes concernant la promotion de la santé, la prévention des incapacités et le dépistage des maladies (prom.).</p> <p>1.2.4 Informer la population générale à l’égard du vieillissement (normal et pathologique) ainsi que sur les principaux risques liés à ces changements et sur les moyens pour les réduire (pédag.).</p>	<p>1.3.1 Repérer les aînés à risque de déclin fonctionnel (chutes, dénutrition, sédentarité, polymédication non appropriée, dépression, troubles neurocognitifs, isolement social, etc.) en tenant compte de la diversité des vieillissements (clin.).</p> <p>1.3.2 Appliquer les connaissances et considérer les contre-indications, les risques et les mesures alternatives à l’utilisation de contentions physiques et pharmacologiques chez les aînés (érud.).</p>


Compétence	Définition de la compétence	
	<p>Définition :</p> <p>Effectuer (ou participer à) une évaluation globale de la personne âgée en respectant son champ d'activités, en partenariat avec l'aîné et son proche aidant.</p>	
Éléments de la compétence		
2.1 Encourager la participation de l'aîné à son évaluation.	2.2 Travailler de concert avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle ⁶ lors de l'évaluation.	2.3 Participer à l'évaluation globale.
Indicateurs de la compétence		
<p>2.1.1 Prendre en considération l'histoire de vie de l'aîné et de son proche aidant (clin.).</p> <p>2.1.2 Sensibiliser les aînés et leurs proches aidants au processus d'évaluation gériatrique comme un processus favorisant la maximisation de leur autonomie (pédag.).</p>	<p>2.2.1 Définir le but et les composantes d'une évaluation gériatrique interprofessionnelle complète (érud.).</p> <p>2.2.2 Reconnaître les rôles que jouent les différents intervenants dans la conduite et l'interprétation d'une évaluation globale et y référer (coll.).</p>	<p>2.3.1 Procéder à l'évaluation de l'aîné et son proche aidant (en présentiel) et consigner son évaluation au dossier de l'aîné (clin.).</p> <p>2.3.2 Identifier les changements biologiques, physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux communément associés au vieillissement, les syndromes gériatriques courants et différencier les processus de vieillissement normal de la maladie ainsi que leurs impacts (érud.).</p> <p>2.3.3 Promouvoir l'utilisation des approches et des outils adaptés à l'évaluation des aînés et de leurs proches aidants dans son milieu (clin., coord.).</p>


⁶ Le terme « interprofessionnel » inclut les intervenants de diverses disciplines faisant partie ou non d'un ordre professionnel.


Compétence	Définition de la compétence		
	<p>Définition :</p> <p>Planifier, dispenser et coordonner les soins et les services dans le respect des choix de l'aîné et de son proche aidant.</p>		
Éléments de la compétence			
3.1 Planifier les soins et les services.	3.2 Dispenser les soins et les services.	3.3 Assurer la coordination et la continuité des soins et des services.	
Indicateurs de la compétence			
<p>3.1.1 Reconnaître l'aîné et son proche aidant dans sa totalité et son contexte ^(prof.).</p> <p>3.1.2 Indiquer les préférences de l'aîné ou identifier un proche aidant pour prendre des décisions en son nom, si requis; informer et soutenir leurs décisions en matière de soins et de santé tout en assurant la proportionnalité des soins ^(comm.; pédag.).</p> <p>3.1.3 Convenir des priorités de soins en partenariat avec l'aîné et son proche aidant, ainsi que les autres membres de l'équipe, en facilitant leur participation au processus de soins et en tenant compte de l'offre de services existante et du niveau de soins ^(comm.).</p> <p>3.1.4 Élaborer en partenariat avec l'aîné et son proche aidant le plan d'intervention interprofessionnel (PII) fondé sur leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels ainsi que sur les préférences, l'espérance de vie et les objectifs de traitement ou de soins et réévaluer le PII sur une base régulière ^(clin.).</p> <p>3.1.5 Expliquer les données probantes au regard des soins à l'aîné, à son proche aidant et aux autres intervenants ^(érud.).</p>	<p>3.2.1 Établir un dialogue efficace, démontrer de l'empathie et de la compréhension favorisant l'expression de l'aîné et de son proche aidant ^(comm., prof.).</p> <p>3.2.2 Adopter une approche adaptée lors des interventions (communication verbale et non verbale); identifier les situations dans lesquelles l'interaction a fonctionné ou non et analyser les moyens de modifier les approches infructueuses et de reproduire celles qui ont réussi ^(comm.).</p> <p>3.2.3 Intervenir auprès de l'aîné et son proche aidant selon le niveau d'autonomie ciblé, de l'espérance de vie; favoriser la réadaptation ou fournir des soins palliatifs, selon ce qui est approprié à la situation ^(clin.).</p> <p>3.2.4 Encourager l'aîné et son proche aidant à participer à ses soins et prodiguer l'enseignement requis ^(pédag.).</p> <p>3.2.5 Prendre en considération la prise de médicaments, les syndromes gériatriques courants, ainsi que les comorbidités ^(clin.).</p> <p>3.2.6 Reconnaître les valeurs culturelles de l'aîné et de son proche aidant et comprendre la diversité des attitudes envers l'acceptation ou la non-acceptation des soins et des services et adapter les traitements ou les soins en conséquence ^(clin., prof.).</p>	<p>3.3.1 Développer un partenariat avec les ressources internes et externes du milieu ^(coll.).</p> <p>3.3.2 Assurer la continuité des soins et des services lors des transitions entre les milieux de soins ^(coll.).</p> <p>3.3.3 Promouvoir les programmes nécessaires à l'optimisation des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants ^(prom.).</p>	


Compétence	Définition de la compétence
 <p>4. Reconnaître et soutenir les proches aidants dans une perspective collaborative</p>	<p>Définition :</p> <p>Reconnaître, lorsque cela s'applique, l'apport des proches aidants en regard des soins et services offerts à l'aîné et veiller à leur mieux-être en leur assurant un partenariat de soins dans une perspective égalitaire.</p>
<p>Éléments de la compétence</p>	
<p>4.1 Promouvoir et soutenir la santé et le bien-être des proches aidants dans le respect de leur volonté à assumer ce rôle.</p>	<p>4.2 Intervenir en partenariat avec les proches aidants.</p>
<p>Indicateurs de la compétence</p>	
<p>4.1.1 Faire preuve d'empathie envers les proches aidants qui fournissent du soutien et des soins à l'aîné et reconnaître les difficultés auxquelles ils sont confrontés (prof.).</p> <p>4.1.2 Évaluer, tout au long du continuum de soins et services, les attentes et les besoins des proches aidants concernant, entre autres, l'impact de l'âge avancé ou de la maladie de l'aîné et s'assurer de leurs volontés à assumer ce rôle (clin.).</p> <p>4.1.3 Détecter le niveau de fatigue, de stress et d'épuisement des proches aidants (clin.).</p> <p>4.1.4 Identifier les défis auxquels sont confrontés les proches aidants de l'aîné ainsi que les différentes ressources disponibles (comm., érud.).</p>	<p>4.2.1 Reconnaître le proche aidant comme partenaire de soins (clin., prof.).</p> <p>4.2.2 Élaborer, en partenariat, un PII en fonction des besoins propres du proche aidant et réévaluer ce plan sur une base régulière (clin.).</p> <p>4.2.3 Aider les proches aidants à identifier, à accéder et à utiliser des produits spécialisés, des services professionnels et des interventions de soutien, et ce, dès le début de leurs parcours d'aide et tout au long du continuum de soins (clin., coll.).</p>


Compétence	Définition de la compétence	
 <p>5. Agir en collaboration interprofessionnelle</p>	<p>Définition :</p> <p>Reconnaître sa propre place et celle des autres intervenants impliqués dans le suivi des soins et des services à l'aîné et à ses proches aidants et assurer la qualité notamment au travers d'une collaboration interprofessionnelle efficiente visant le mieux-être de l'aîné, de ses proches aidants et de l'ensemble des intervenants.</p>	
Éléments de la compétence		
<p>5.1 Assurer (ou selon son rôle, contribuer à) la coordination avec les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de garantir la qualité et la continuité des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants.</p>	<p>5.2 Prendre des décisions appropriées en partenariat avec l'aîné et ses proches aidants.</p>	
Indicateurs de la compétence		
<p>5.1.1 Reconnaître le rôle de chaque intervenant et faire appel à chacun selon la pertinence <small>(prof., coll.)</small>.</p> <p>5.1.2 Partager ses connaissances avec ses pairs et les différents intervenants impliqués dans le suivi de l'aîné et ses proches aidants <small>(pédag.)</small>.</p> <p>5.1.3 Présenter le PII au sein de l'équipe et auprès des autres partenaires de soins et services <small>(comm.)</small>.</p> <p>5.1.4 Communiquer avec l'aîné, les proches aidants et les intervenants afin d'incorporer les nouvelles informations disciplinaires spécifiques pour la planification et la mise en œuvre des soins <small>(comm.)</small>.</p>	<p>5.2.1 Planifier les interventions, en mettant en œuvre au besoin de nouvelles stratégies, en mesurant l'impact sur l'aîné, ses proches aidants et les membres de l'équipe <small>(coord.)</small>.</p> <p>5.2.2 Participer à la résolution de problèmes <small>(coll.)</small>.</p>	

Compétence	Définition de la compétence
	<p>Définition :</p> <p>Assurer, par son savoir-être, une communication ajustée en utilisant des approches et des moyens variés et adaptés à l'aîné, à ses proches aidants et aux autres intervenants impliqués.</p>
Éléments de la compétence	
6.1 Communiquer à l'aide d'approches et de moyens variés et adaptés.	6.2 Faire un usage judicieux des technologies de l'information et des communications (TIC) en santé.
Indicateurs de la compétence	
<p>6.1.1 Agir en tant que ressource et écouter l'aîné et ses proches aidants pour répondre à leurs différents besoins ^(comm.).</p> <p>6.1.2 Reconnaître que tout comportement a une signification et considérer les comportements difficiles de l'aîné comme une façon d'essayer de communiquer basée sur un besoin ^(clin.)</p> <p>6.1.3 Identifier les changements sensoriels liés à l'âge ou à la maladie qui peuvent entraver la communication avec l'aîné et ses proches aidants ^(érud, clin.).</p> <p>6.1.4 Développer des stratégies de communication verbale et non verbale pour surmonter les limitations sensorielles, langagières et cognitives potentielles chez l'aîné et ses proches aidants ^(comm.).</p> <p>6.1.5 Faciliter la communication en cas de conflit entre l'aîné et ses proches aidants ^(prof.)</p> <p>6.1.6 Communiquer de façon optimale avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle ^(coll.).</p>	<p>6.2.1 Soutenir l'usage des TIC par l'aîné et ses proches aidants et les aider à les orienter vers d'autres services, au besoin ^(pédag.).</p> <p>6.2.2 Utiliser les TIC pour faciliter les soins et les services à l'aîné et ses proches aidants ainsi que leur coordination et la continuité ^(clin.).</p> <p>6.2.3 Optimiser les méthodes d'apprentissage en ayant recours aux nouvelles TIC ^(pédag.).</p>

Compétence	Définition de la compétence
	<p>Définition :</p> <p>Reconnaître la diversité culturelle, qu'elle soit de nature ethnique, d'origine nationale, religieuse, linguistique, générationnelle, de genre ou d'orientation sexuelle de l'aîné et de ses proches aidants, et agir de manière proactive dans la démystification des stéréotypes visant les communautés minoritaires en respectant l'altérité et en évitant la discrimination ou l'imposition d'un suivi non respectueux de la différence.</p>
Éléments de la compétence	
<p>7.1 Reconnaître les mythes et les croyances véhiculés sur les aînés et les proches aidants appartenant à des minorités culturelles.</p>	<p>7.2 Fournir des soins selon une approche personnalisée et en faisant preuve de sensibilité à l'égard des différences culturelles et spirituelles des aînés.</p>
Indicateurs de la compétence	
<p>7.1.1 Reconnaître ses propres jugements de valeur en regard des différences culturelles ^(prof.).</p> <p>7.1.2 Reconnaître la variabilité d'un individu à l'autre au sein d'une même communauté ^(prof.).</p> <p>7.1.3 Reconnaître que les membres des communautés minoritaires ont droit à un traitement égal à celui des membres de la communauté majoritaire ^(prof.).</p> <p>7.1.4 Démontrer une sensibilité à l'égard des diverses conceptions de santé et de maladie en fonction des pratiques culturelles autres que celles du groupe majoritaire, même si ceci pourrait apparaître incongru en regard des pratiques de soins établies ^(érud., prof.).</p>	<p>7.2.1 Inclure, au besoin, les approches de santé intégrative et spirituelle dans les soins ^(comm.).</p> <p>7.2.2 Reconnaître les particularités ethnoculturelles en ce qui a trait aux diverses manifestations des maladies courantes ^(érud.).</p> <p>7.2.3 Assurer la liaison avec des personnes représentatives de différentes communautés minoritaires selon les besoins de l'aîné et ses proches aidants ^(coll., coord.).</p> <p>7.2.4 Expliquer à l'aîné et à ses proches aidants quand et comment rechercher de l'aide et du soutien et identifier des ressources alternatives auxquelles référer si l'aîné ou ses proches aidants semblent inconfortables en regard de leurs propres valeurs ^(pédag.).</p> <p>7.2.5 Intégrer l'histoire de vie, les expériences et les pratiques culturelles de soins dans le traitement, lorsque la situation l'exige et que c'est réalisable ^(clin.).</p> <p>7.2.6 Demeurer à l'écoute des différentes façons de dire ou d'exprimer l'inconfort, le malaise, la maladie, la fin de vie et le deuil par l'aîné et ses proches aidants ^(comm.).</p>

Compétence	Définition de la compétence
	<p>Définition :</p> <p>Expliquer les concepts relatifs à l'aptitude à consentir aux soins et services, à la dignité, à la sécurité, à la maltraitance, à l'autodétermination dans le respect des lois, des politiques publiques et des droits des aînés et de leurs proches aidants.</p>
<p>Élément de la compétence</p>	
<p>8.1 Promouvoir les droits des aînés et de leurs proches aidants à la dignité, à la sécurité et à l'autodétermination (<i>advocacy</i>).</p>	
<p>Indicateurs de la compétence</p>	
<p>8.1.1 Informer l'aîné et ses proches aidants sur les différentes modalités légales possibles et les démarches à effectuer pour chacune: signalement de mauvais traitements, mandat en cas d'inaptitude, procuration, régime de protection, testament, directives médicales anticipées, ordonnance de réanimation, niveaux de soins, consentement aux soins, aide médicale à mourir ^(clin., érud.).</p> <p>8.1.2 Prendre la défense des droits de l'aîné et de ses proches aidants afin d'obtenir un traitement juste et équitable, le cas échéant ^(prof.).</p>	

Compétence	Définition de la compétence	
 <p>9. Agir de manière éthique et professionnelle dans le respect des cadres légaux</p>	<p>Définition :</p> <p>Faire preuve d'une responsabilité éthique et déontologique et connaître le cadre légal de son champ d'activités en visant la finalité des soins (14) à l'aîné, tout en considérant ses proches aidants.</p>	
Éléments de la compétence		
9.1 Démontrer une responsabilité éthique et déontologique dans sa pratique.	9.2 S'appuyer sur les connaissances légales.	9.3 Reconnaître les principaux enjeux éthiques au regard des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants.
Indicateurs de la compétence		
<p>9.1.1 Rédiger des notes d'évolution pertinentes, complètes et exactes au dossier (papier ou informatique) de l'aîné (ou de son proche aidant) (clin., prof.).</p> <p>9.1.2 Assurer le développement de sa compétence disciplinaire (prof.).</p> <p>9.1.3 Respecter son code de déontologie professionnelle, le cas échéant (prof.).</p> <p>9.1.4 Appliquer les principes éthiques aux décisions à prendre au nom de l'aîné, particulièrement ceux dont la capacité de prendre des décisions est limitée ou déléguée à un mandataire (clin.).</p>	<p>9.2.1 Œuvrer dans le cadre de la Loi sur la santé et les services sociaux (prof.).</p> <p>9.2.2 Expliquer les principes de base et les lois régissant le consentement éclairé, le mandat en cas d'inaptitude, les régimes de protection, la loi sur la maltraitance, l'ordonnance d'hébergement, les niveaux de soins, les directives médicales anticipées, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir (érud.).</p>	<p>9.3.1 Contrer l'âgisme, agir avec bienveillance, repérer la maltraitance et intervenir afin d'y remédier (clin., prof.).</p> <p>9.3.2 Faire appel au comité d'éthique de l'établissement lorsque la situation l'exige (prof.).</p> <p>9.3.3 Veiller au droit à l'information et à la protection des renseignements de l'aîné et ses proches aidants (prof.).</p> <p>9.3.4 Communiquer adéquatement pour trouver des solutions lorsque l'aîné ou ses proches aidants choisissent de prendre des décisions qui vont à l'encontre des recommandations des intervenants (comm.).</p> <p>9.3.5 Agir en collaboration au regard des directives médicales anticipées et de la capacité de prise de décision de l'aîné et de ses proches aidants (coll.).</p> <p>9.3.6 Collaborer avec empathie dans le continuum de soins, incluant les soins palliatifs, de fin de vie et l'aide médicale à mourir (clin.).</p>

Compétence	Définition de la compétence
	<p>Définition :</p> <p>Assurer son rôle d'intervenant de manière proactive en s'adaptant aux mutations constantes du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires afin de proposer à l'aîné et aux proches aidants un accompagnement et des transitions harmonieuses et efficaces (continuum de soins et services), en tenant compte des ressources et des services communautaires pertinents.</p>
<p>Éléments de la compétence</p>	
<p>10.1 Se maintenir à jour dans son domaine de pratique et d'expertise concernant les soins et services aux aînés et à leurs proches aidants et se tenir au courant des développements dans les champs connexes à sa pratique.</p>	<p>10.2 Conseiller les aînés et leurs proches aidants pour un cheminement efficace dans le continuum de soins et de services.</p>
<p>Indicateurs de la compétence</p>	
<p>10.1.1 Agir avec autonomie dans son domaine professionnel ^(prof.).</p> <p>10.1.2 Respecter l'obligation de développement professionnel (formation continue) exigée par sa profession ^(prof.).</p> <p>10.1.3 Appliquer les meilleures pratiques professionnelles en matière de soins et de services aux aînés et à leurs proches aidants ^(clin.).</p>	<p>10.2.1 Assurer des partenariats avec les aînés, leurs proches aidants et les communautés pour améliorer le continuum de soins et de services ^(prom.).</p> <p>10.2.2 Collaborer avec les aînés, leurs proches aidants et l'équipe interprofessionnelle afin d'assurer une utilisation appropriée du système de santé, des services sociaux, et des ressources communautaires pour faciliter leurs transitions ^(coord.).</p> <p>10.2.3 Déterminer avec les aînés, leurs proches aidants, les membres de l'équipe interprofessionnelle et ses partenaires, les lacunes, les obstacles et le cloisonnement pouvant exister dans le système de santé, les services sociaux et les partenaires communautaires afin d'adapter le PII en fonction des transformations dans les soins et les services ^(coll.).</p>

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue

Conclusion

Ce travail a permis de produire un premier référentiel de compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants, compétences attendues par les étudiants en sciences de la santé ou psychosociales au terme de leur programme de formation universitaire initiale, adapté au contexte québécois. Il a été adopté par les membres du comité sur le vieillissement du RUISSS de l'UdeM lors de la rencontre du 26 avril 2019 ainsi que par l'exécutif du comité directeur du RUISSS de l'UdeM, le 6 mai 2019.

La prochaine étape des travaux du sous-comité de travail sur la formation consistera à analyser les écarts entre les activités de formation universitaire offertes actuellement dans les programmes concernés à l'UdeM et les compétences retenues dans le référentiel. Des recommandations visant à combler ces écarts seront proposées afin de soutenir les facultés, les écoles et les départements de l'UdeM dans l'amélioration de l'offre de formation.

Remerciements

Le Comité remercie sincèrement l'ensemble des intervenants qui ont participé à la consultation sur la matrice de compétences.

Références

1. Comité de gériatrie du RUIS de l'Université de Montréal. Inventaire des activités d'enseignement universitaire, collégial et secondaire reliées aux soins aux personnes âgées Montréal (Québec, Canada): RUIS de l'Université de Montréal; 2011.
2. Dubé V, Olazabal JI, Billeau S, Brodeur C, Leroux T, Mallet L, et al. Inventaire des activités de formation reliées aux soins à la personne âgée ou au vieillissement dans les principaux programmes concernés à l'Université de Montréal. Montréal (Québec, Canada): Comité du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal sur le vieillissement; 4 mars 2018.
3. O'Doherty L, Senez G, Blondin MC, Gagnon A, Gilbert S, Bolduc A. Recommandations pour la consolidation et la pérennisation de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier». Montréal (Québec, Canada): Comité du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal sur le vieillissement; 4 mars 2018.
4. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal (Québec, Canada): Chenelière Éducation; 2006.
5. Lasnier F. Réussir la formation par compétences. Montréal (Québec, Canada): Guérin; 2000.
6. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI). Référentiel de compétences - Baccalauréat en sciences infirmières. Montréal (Québec, Canada): FSI; 2010, [http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20\(PDF\).pdf](http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20(PDF).pdf) [consulté le 2 avril 2019].
7. Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et le comité interfacultaire opérationnel (CIO) de l'Université de Montréal. Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal (Québec, Canada): DCPP et COI, Université de Montréal; 2016.
8. Fournier E, Veilleux S, Laverdière F, Mercier A. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Québec (Québec, Canada): Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2018.
9. Xakellis G, Brangman SA, Hinton WL, Jones VY, Masterman D, Pan CX, et al. Curricular framework: core competencies in multicultural geriatric care. Recommendations of the University of California Academic Geriatric Resource Program and the Ethnogeriatrics Committee of the American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc. 2004;52(1):137-42.
10. Witt RR, Roos Mde O, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CD, Santos MT. [Professional competencies in primary health care for attending to older adults]. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(6):1020-5.
11. The Education Committee Writing Group of the American Geriatrics Society. Core competencies for the care of older patients: recommendations of the American Geriatrics Society. The Education Committee Writing Group of the American Geriatrics Society. Acad Med. 2000;75(3):252-5.
12. Partnership for in Health Aging and the American Geriatrics Society. Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults at the Completion of the Entry-Level Health Professional Degree. 2010, <https://www.apa.org/pi/aging/resources/multidisciplinary-competencies.pdf> [consulté le 18 mai 2018].
13. National Initiative for the Care of the Elderly (NICE). Core Interprofessional Competencies for Gerontology. Toronto, Ontario (Canada): NICE; http://www.nicenet.ca/files/NICE_Compentencies.pdf [consulté le 18 mai 2018].
14. St-Arnaud J. Repères éthiques pour les professions de la santé. Montréal (Québec, Canada): Éditions Liber; 2019.

Annexes

Annexe 1. Définitions des rôles du professionnel ⁷

Extrait du *National Initiative for the Care of the Elderly* (13)

- Clinicien/expert : Le clinicien doit exercer de façon sécuritaire, conformément à l'éthique et efficacement tout au long du continuum des soins et services dans divers milieux d'intervention. Les soins et services aux personnes âgées s'appuient sur des données probantes et sur des lignes directrices pour des « pratiques exemplaires ». La base de la connaissance consiste en une compréhension des relations entre les changements physiques, fonctionnels, cognitifs et psychosociaux associées à l'âge d'une part, et les facteurs de risque liés au mode de vie, aux pathologies et à l'environnement d'autre part. Le cadre clinique du clinicien comprend les autres disciplines concernées, les membres de l'équipe de soins et services et les proches aidants.
- Communicateur/négociateur : Le communicateur communique efficacement et respectueusement avec les personnes âgées et leurs proches aidants, de même qu'avec les autres disciplines concernées et les membres de l'équipe de soins et services. Sa base de connaissance s'appuie sur une compréhension des stratégies de communication et des techniques d'entrevue et de counseling, ainsi que sur un savoir-faire en matière de résolution de conflits.
- Collaborateur : Le collaborateur travaille efficacement avec les autres disciplines concernées et avec l'équipe de soins et services à promouvoir des soins et services optimaux et la qualité de vie ainsi qu'à maximiser le fonctionnement des personnes âgées. Sa base de connaissance consiste en une compréhension des dynamiques de groupe et des partenariats, ainsi qu'à apprécier la contribution des autres discipline dans l'équipe de soins et services.
- Coordonnateur/leader : Sur la base d'un processus collaboratif, le coordonnateur prend les décisions pour déléguer, guider et orienter les soins et services aux personnes âgées par l'intermédiaire des autres membres du personnel, tout en apportant une expertise de la prise de décisions au sein de l'établissement afin de favoriser l'optimisation des soins/services et de la qualité de vie, et de maximiser le fonctionnement des personnes âgées. Sa base de connaissance consiste, entre autres, à comprendre la structure organisationnelle et le fonctionnement, ainsi que le processus de prise de décisions.
- Promoteur de la santé : Le promoteur de la santé crée et saisit des occasions de préconiser, au nom des personnes âgées et des proches aidants, l'étude et la mise en œuvre des soins/services et des programmes nécessaires qui contribueront à l'optimisation des soins/services et de la qualité de vie, et à la maximisation du fonctionnement des aînés et de leurs proches aidants. Sa base de connaissance s'appuie sur la compréhension des concepts de promotion et de défense des droits, ainsi que d'action sociale.
- Érudit : L'érudit se consacre à l'amélioration des habiletés et des connaissances comme moyen de développement personnel et professionnel, ainsi qu'à promouvoir une qualité de vie et des soins et service optimaux, et maximiser le fonctionnement des personnes âgées. Sa base de connaissance s'appuie sur la compréhension des connaissances acquises et des lacunes qui restent à combler, sachant qu'il est nécessaire d'acquérir de nouvelles connaissances et de les mettre en pratique pour améliorer les façons de faire et les soins/services.
- Professionnel : Le professionnel s'engage à promouvoir une qualité de vie et des soins et services optimaux, et à maximiser le fonctionnement des personnes âgées par des pratiques respectueuses s'appuyant sur l'expertise, une réglementation professionnelle et le respect de normes de pratique. Sa base de connaissance repose sur la conscience de ses propres valeurs et idée reçue dans ses interactions avec les aînés et leurs proches aidants, et du contexte plus vaste de la législation définissant l'étendue de sa pratique.
- Pédagogue : Le professionnel informe les personnes âgées et leurs proches aidants au sujet de la prévention, de la promotion de la santé et de la prise en charge des maladies afin d'optimiser leur santé et leur qualité de vie, et de maximiser leur fonctionnement. Le professionnel forme aussi des étudiants, les professionnels d'autres disciplines et les membres de l'équipe de soins et services. Sa base de connaissance est la compréhension des principes et des stratégies de l'enseignement, ainsi que des théories de l'apprentissage.

⁷ À l'instar du NICE, nous avons jugé important d'inclure les différents rôles assumés par une grande proportion des professionnels concernés par le présent référentiel.

Annexe 2. Fiches détaillées par compétence : Compétence, définition, éléments de la compétence, indicateurs et exemples fournis par les intervenants consultés dans divers milieux cliniques

Il est à noter que les exemples rapportés ne sont pas exhaustifs et ne représentent pas des activités effectuées par tous les professionnels. Ces exemples servent à illustrer concrètement comment un indicateur peut s'appliquer dans la réalité clinique des intervenants.

Compétence 1. Contribuer à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie, à la sécurité et à la réduction des risques

Définition : Soutenir le pouvoir d'agir des aînés et leurs proches aidants sur leurs situations de santé et assurer la promotion de leur santé, de leurs soins et de leur sécurité.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
1.1 Soutenir les aînés et leurs proches aidants à reconnaître et à recourir à leurs propres capacités et ressources	
1.1.1 Établir des liens avec les aînés et leurs proches aidants afin de promouvoir des changements pour améliorer leur qualité de vie (comm., prom.)	
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer la motivation et l'éducation à la santé comme stratégie relationnelle avec la clientèle. - Promouvoir des changements au niveau de leur environnement, de leur personne et de leurs occupations pour améliorer leur qualité de vie et leur rendement occupationnel. - Préparer et animer des séances d'information reliées à la nutrition et à l'utilisation des médicaments. - Bâtir une relation de confiance auprès de l'aîné et ses proches aidants pour que celui-ci effectue, lui-même, les changements nécessaires. 	
1.1.2 Intervenir auprès des aînés et de leurs proches aidants pour promouvoir la santé, le bien-être et des soins optimaux (clin., prom.)	
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Intervenir sur les facteurs de risques modifiables de certaines maladies (delirium, troubles neurocognitifs, ostéoporose, hypertension artérielle, facteurs de risque vasculaire, sédentarité, etc.). - Promouvoir une alimentation saine et adaptée à la situation de l'aîné. - Promouvoir l'activité physique adaptée à la situation de l'aîné. - Réviser la liste de la médication (prescrite, en vente libre, la prise de produits naturels, vitamines, cannabis, alcool) avec l'aîné et optimiser celle-ci afin de prévenir, entre autres, les effets indésirables, les cascades médicamenteuses et les interactions médicamenteuses. - Promouvoir la déprescription des médicaments chez l'aîné en utilisant les outils disponibles. - Soutenir les aînés face à l'atteinte d'objectifs réalistes pour améliorer leur mobilité fonctionnelle. - Favoriser le maintien des capacités physiques et cognitives chez l'aîné afin d'optimiser sa participation occupationnelle tout au long de son vieillissement. - Informer et appliquer des mesures de prévention des infections. - Appliquer des stratégies dans le but d'intégrer des habitudes alimentaires sécuritaires (ex., dans les cas de dysphagie). - Identifier les outils d'aide à la prise de médicaments et évaluer lequel est approprié pour l'aîné (ex : dispill, pilulier (dosette) ou autre outil utilisé par le patient). - Préparer et animer des activités de groupe d'exercices physiques ou sur les saines habitudes de vie ou sur une problématique particulière (ex. : MPOC). - Préparer des séances d'information sur les saines habitudes de vie en élaborant les supports documentaires, les méthodes et les outils éducatifs appropriés. - Réaliser des conférences sur l'apport inestimable des proches et la prévention de l'épuisement. - Promouvoir l'usage de protection solaire (ex. : lunettes, chapeaux) pour prévenir ou ralentir la progression de certaines affections oculaires (ex : DMLA) 	
1.1.3 Promouvoir, informer et soutenir l'autonomisation des aînés et de leurs proches aidants quand ils doivent prendre des décisions relatives à leurs soins et à leurs services de santé (pédag.)	
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec l'aîné pour expliquer à ses proches aidants les caractéristiques de sa maladie et des conduites à tenir en cas d'incident. - Sensibiliser les aînés et leurs proches aidants à l'impact du vieillissement sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle. - Expliquer les risques suite aux évaluations de la dysphagie et respecter le choix personnel de l'aîné (sécurité vs qualité de vie). - Discuter des options de traitement médicamenteux avec l'aîné et ses proches aidants en intégrant les notions d'espérance de vie et les objectifs thérapeutiques de traitement. - Référer aux programmes d'éducation appropriés (ex : programme PIED pour la prévention des chutes, programme de promotion santé cognitive, etc.). - Expliquer à l'aîné et à ses proches aidants les principes d'auto-observation des signes et symptômes et d'autosoins. - Développer des outils d'enseignement personnalisés. Expliquer aux proches aidants que même si l'aîné ne fait plus de lecture, la vision de près demeure importante dans les activités de la vie quotidienne (manger par exemple). - Réaliser des capsules d'information à l'attention des proches sur les différents aspects légaux liés notamment à l'incapacité. - Informer les usagers et les proches des directives médicales anticipées (DMA). - Expliquer les types d'orthèses visuelles les mieux adaptées à l'environnement du patient âgé (type de foyer, etc.). 	
1.1.4 Promouvoir et défendre les comportements qui favorisent la santé, la sécurité, les interactions sociales, l'autonomie et la qualité de vie des aînés et leurs proches aidants (prof.)	
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'occupation et la participation occupationnelle par l'habilitation des aînés à réaliser leurs activités quotidiennes, productives et de loisir. - Promouvoir et maintenir les occasions de communication. - Encourager la littératie en santé chez l'aîné et ses proches aidants. 	
1.2 Réaliser des activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage de la maladie	
1.2.1 Identifier et utiliser les normes, les données probantes et les lignes directrices pour des pratiques exemplaires afin de promouvoir de saines habitudes de vie chez les aînés et leurs proches aidants (érud.)	
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer le programme de cessation tabagique. 	

- Appliquer le programme de prévention des chutes (12 facteurs de risque).
- Expliquer les grands principes de gestion optimale des médicaments: intégrer la loi 41 dans l'évaluation des médicaments.
- Expliquer l'effet du vieillissement sur les différents organes (ex. : sur l'œil et la vision, dont la cataracte ou la sécheresse oculaire; sur le système auditif, dont la perte auditive).
- Appliquer le programme de vaccination.
- Référer les aînés et les proches aux organismes communautaires pour participer aux différents ateliers liés à l'Alzheimer et à sa prévention.

1.2.2 Développer des actions préventives favorisant l'autonomie des aînés et de leurs proches aidants et visant à améliorer leur qualité de vie ^(coord.).

Exemples des milieux :

- Discuter avec l'aîné de l'application des principes généraux favorisant leur santé (ex. : nutrition, exercice physique, immunisation, communication, activité sociale et intellectuelle).
- Établir en partenariat avec l'aîné souffrant de dysphagie et ses proches aidants des cadres de sécurité durant l'alimentation pour diminuer les risques de « fausses routes » (pneumonies).
- Appliquer les principes d'animation et de gestion de groupe d'aînés.

1.2.3 Identifier et informer les aînés et leurs proches aidants sur les approches fondées sur des données probantes concernant la promotion de la santé, la prévention des incapacités et le dépistage des maladies ^(prom.).

Exemples des milieux :

- Utiliser les outils de dépistage des risques (chutes, désordres cognitifs, troubles sensoriels, dénutrition, sédentarité, etc.).
- Encourager l'examen médical périodique auprès du médecin de famille (tabagisme, immunisation, alcool, etc.).
- Promouvoir une alimentation saine.
- Promouvoir les saines habitudes de santé mentale.
- Participer à un programme de prévention des chutes, programme d'activité physique.
- Promouvoir la gestion du stress pour les proches aidants, la santé mentale, la prévention des abus et de la négligence auprès des aînés.
- Assurer les liens entre les GMF et les organismes communautaires pour la prise en charge de la clientèle et des proches présentant un début de démence.
- Promouvoir la prise adéquate des suppléments vitaminiques pour prévenir la progression de dégénérescence maculaire liée à l'âge.
- Promouvoir le recours aux aides auditives pour prévenir l'isolement social découlant d'une perte auditive non traitée.

1.2.4 Informer la population générale à l'égard du vieillissement (normal et pathologique) ainsi que sur les principaux risques liés à ces changements et sur les moyens pour les réduire ^(pédag.).

Exemples des milieux :

- Favoriser et soutenir le développement de stratégies compensatoires et d'adaptation du milieu afin de réduire l'impact du vieillissement.
- Dispenser des formations ou des ateliers.
- Réaliser des conférences grand public sur les premiers signes de détection des troubles neurocognitifs majeurs et fournir les références appropriées.

1.3 Assurer la sécurité et la réduction des risques

1.3.1 Repérer les aînés à risque de déclin fonctionnel (chutes, dénutrition, sédentarité, polymédication non appropriée, dépression, troubles neurocognitifs, isolement social, etc.) en tenant compte de la diversité des vieillissements ^(clin.).

Exemples des milieux :

- Déterminer en collaboration avec l'aîné s'il présente une atteinte des fonctions cognitives, une atteinte fonctionnelle, la présence de symptômes psychologiques ou de troubles du comportement, des troubles de la marche ou des chutes, des troubles du sommeil, des risques de malnutrition ainsi que les éléments de dangerosité à domicile.
- Identifier des outils pour évaluer le niveau de littératie des aînés (ex. : TOFHLA : Test of Functional Health Literacy in Adults).
- Identifier les aînés dont les capacités de déglutition ou la voix ou la parole se détériorent et intervenir pour maintenir ses acquis.
- Prévenir les surdités ainsi que les acouphènes et les vertiges causés par l'exposition au bruit, la chimio/radiothérapie, l'ototoxicité médicamenteuse, etc.
- Repérer les aînés à risque d'isolement ou de déclin en raison de la baisse auditive.
- Repérer les problèmes de vision et de santé oculaire.
- Reconnaître la fragilité et en comprendre les conséquences.
- Reconnaître les causes réversibles de chutes et promouvoir des environnements physiques adaptés aux aînés afin de diminuer le risque de chutes (ex. : installation de rampe, éviter les carpettes, etc.).
- Établir le lien entre la prise des médicaments et la présence de chutes, du delirium, de l'hypotension orthostatique, d'une perte de poids.
- Définir les objectifs thérapeutiques du traitement par ex du diabète, de l'hypertension chez les patients en bonne santé, les patients vulnérables et fragiles.
- Identifier les médicaments qui peuvent avoir un effet indésirable sur la déglutition et la parole, sur les chutes, le delirium, l'hypotension orthostatique.
- Déprescrire afin de prévenir les cascades médicamenteuses, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, etc.
- Utiliser les différentes grilles de dépistage, dont le PRISMA-7.
- Référer au Plan Alzheimer pour procéder au repérage en GMF.

1.3.2 Appliquer les connaissances et considérer les contre-indications, les risques et les mesures alternatives à l'utilisation de contentions physiques et pharmacologiques chez les aînés ^(érud.).

Exemples des milieux :

- Expliquer à l'aîné et à ses proches aidants les risques à l'utilisation de contentions médicamenteuses et non médicamenteuses et discuter des alternatives.
- S'engager dans l'élaboration et la mise en place d'un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des mesures de contention.
- Discuter avec l'équipe de soins des mesures alternatives à l'utilisation des mesures de contention. Compléter une grille de comportements observables. Offrir à l'aîné des activités significatives.
- Établir en équipe interprofessionnelle la meilleure approche à envisager pour réduire l'agitation en incluant les mesures non pharmacologiques et pharmacologiques.
- Effectuer un suivi interprofessionnel suite à l'application d'une mesure de contrôle en contexte planifié.
- Éliminer ou diminuer l'usage d'antipsychotiques pour les aînés susceptibles de bénéficier d'une révision de la médication (Projet OPUS-AP).

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 2. Réaliser l'évaluation des aînés et de leurs proches aidants en utilisant des approches et des outils adaptés

Définition : Effectuer (ou participer à) une évaluation globale de la personne âgée en respectant son champ d'activités, en partenariat avec l'aîné et son proche aidant.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux
2.1 Encourager la participation de l'aîné à son évaluation
2.1.1 Prendre en considération l'histoire de vie de l'aîné et de son proche aidant (clin.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une collecte de données et une entrevue initiale auprès de l'aîné et de ses proches aidants. - Reconnaître l'impact que les facteurs sociaux ont dans la prise en charge globale de l'aîné. - Réaliser une évaluation biopsychosociale à partir de l'outil d'évaluation RSIPA.
2.1.2 Sensibiliser les aînés et leurs proches aidants au processus d'évaluation gériatrique comme un processus favorisant la maximisation de leur autonomie (pédag.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Vulgariser son rôle à l'aîné et aux proches aidants. - Définir conjointement les objectifs à atteindre et les moyens potentiels pour les atteindre. - Reconnaître la perception que l'aîné a de ses maladies et s'adapter à son vocabulaire; être sensible à l'utilisation de la terminologie ou de la symptomatologie. - Informer les aînés et leurs proches aidants de l'importance de dépister et de diagnostiquer rapidement les problèmes de santé pouvant interférer avec le processus de vieillissement normal afin de prévenir, traiter ou favoriser l'adaptation à ceux-ci. - S'assurer que le bien-fondé des évaluations et des observations soit compris pour obtenir la collaboration de l'aîné et de ses proches aidants.
2.2 Travailler de concert avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle lors de l'évaluation
2.2.1 Définir le but et les composantes d'une évaluation gériatrique interprofessionnelle complète (érud.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Décrire et expliquer aux aînés et à leurs proches aidants le processus d'évaluation. - Établir des objectifs communs.
2.2.2 Reconnaître les rôles que jouent les différents intervenants dans la conduite et l'interprétation d'une évaluation globale et y référer (coll.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Lire les notes d'évolution des autres intervenants, participer aux discussions cliniques et aux réunions interprofessionnelles. - Reconnaître que les rôles des différents intervenants permettent une meilleure collaboration et une prise en charge globale de l'aîné et de ses proches aidants. - Identifier les situations où les recommandations seront à discuter avec l'aîné et avec l'équipe interprofessionnelle pour une prise de décision quant aux objectifs du plan d'intervention interprofessionnelle. - Promouvoir l'importance d'une évaluation interprofessionnelle complète pour être en mesure de référer l'aîné au « bon » intervenant.
2.3 Participer à l'évaluation globale
2.3.1 Procéder à l'évaluation de l'aîné et son proche aidant (en présentiel) et consigner son évaluation au dossier de l'aîné (clin.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPÁ) et l'appliquer dans son évaluation et ses interventions. - Procéder aux évaluations pertinentes, discuter des recommandations finales et offrir de la documentation écrite au besoin. - Évaluer la communication, le langage, la parole, la voix et la déglutition de l'aîné en identifiant ses difficultés, ses capacités, et les stratégies de communication ou compensatoires et les moyens d'intervention qui pourraient être efficaces auprès de l'aîné et de ses proches aidants. - Effectuer une histoire de cas (questionnaire) pertinente auprès de l'aîné pour mieux comprendre les difficultés qu'il identifie lui-même sur le plan de sa communication, de son langage, de sa parole, de sa voix et de sa déglutition. Comprendre également à quel point ses difficultés ont un impact fonctionnel. - Émettre une conclusion orthophonique qui statue sur la présence ou non de trouble (aphasie, trouble cognitivo-communicatif, dysarthrie, dysphagie, etc.), sur le degré de sévérité de ce trouble (si possible), sur ses caractéristiques et si nécessaire (et pertinent) sur le pronostic de récupération. - Dépister systématiquement la présence de bouchons de cérumen ou d'une surdité, acouphènes ou vertiges. - Évaluer la sensibilité auditive ainsi que les incapacités et situations de handicap vécues par l'aîné et leurs proches en utilisation des outils fiables et adaptés. - Décrire les lésions buccales les plus communes chez l'aîné (ex. : candidose, ulcère traumatique, stomatique prothétique). - Recueillir et vérifier les données pertinentes permettant d'évaluer la capacité adaptative de l'aîné ou de ses proches, ainsi que l'interaction entre eux et avec l'environnement. - Élaborer une hypothèse clinique qui intègre l'interaction entre les composantes individuelles et les éléments de l'environnement, y compris les facteurs culturels. - Évaluer la capacité fonctionnelle et motrice de l'aîné. - Évaluer la capacité de l'aîné à prendre ses médicaments. - Établir le lien entre les médicaments et les syndromes gériatriques. - Effectuer une évaluation des médicaments que prend l'aîné en intégrant les différentes sources pour compléter l'information : l'aîné, le proche aidant, le pharmacien communautaire, le médecin de famille au besoin, le dossier de santé du Québec, les intervenants du CLSC. - Évaluer les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation présentées par l'aîné et ses proches aidants dans leurs interactions avec l'environnement. - Évaluer la capacité de l'aîné à participer au programme d'exercices. - Effectuer un examen oculovisuel aux aînés selon leur degré d'autonomie et de cognition.
2.3.2 Identifier les changements biologiques, physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux communément associés au vieillissement, les syndromes gériatriques courants et différencier les processus de vieillissement normal de la maladie ainsi que leurs impacts (érud.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le potentiel de récupération fonctionnelle. - Cibler les conditions pathologiques qui peuvent altérer le statut nutritionnel afin d'établir un plan de traitement. - Identifier les changements pharmacocinétiques et pharmacologiques et déterminer l'impact sur les traitements pharmacologiques; identifier les cascades médicamenteuses. - Différencier les caractéristiques sur le plan de la communication, du langage, de la parole, de la voix et de la déglutition qui sont en lien avec le vieillissement normal de celles en lien avec le vieillissement pathologique.

- Rassurer l'aîné lorsque les difficultés mentionnées sont plutôt en lien avec le processus de vieillissement normal.
- Décrire et identifier les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

2.3.3 Promouvoir l'utilisation des approches et des outils adaptés à l'évaluation des aînés et de leurs proches aidants dans son milieu ⁸ (clin., coord.),

Exemples des milieux :

- Identifier des outils et approches appropriés tels que : examen physique et mental, mini-examen de l'état mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), fluence verbale, signes AÎNÉS et approche adaptée à la personne âgée, échelle de Braden pour l'évaluation du risque de plaies de pression, dépistage du risque nutritionnel de l'aîné, échelle de dépression gériatrique, repérage des incapacités visuelles, repérage des incapacités auditives (version française du Screening Test for Hearing Problems), outil d'évaluation multicentéle (OEMC), système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), Mini-Cog, Timed up and Go, Self-Medication Assessment Tool (SMAT), échelle de Lawton, Barthel index, échelle de l'évaluation de l'équilibre de Berg, vitesse de marche, etc.
- Appliquer des échelles d'évaluation de la douleur reconnues.
- Appliquer les principes d'évaluation gériatrique de la médication (voir guide du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ)).
- Évaluer la fonction rénale de l'aîné pour l'ajustement des posologies, la présence de cascades médicamenteuses, la charge anticholinergique.
- Intégrer les changements au niveau pharmacocinétique en lien avec les médicaments prescrits et faire l'ajustement des médicaments au besoin.
- Évaluer la présence d'interactions médicamenteuses et savoir comment les gérer.
- Déterminer l'utilisation que fait l'aîné des médicaments d'ordonnance, en vente libre, des produits naturels, vitamines et des thérapies complémentaires et non conventionnelles, alcool, cannabis.
- Appliquer les critères de Beers, STOPP-START.
- Intégrer l'échelle de fragilité Rockwood dans l'évaluation des objectifs thérapeutiques selon le niveau de fragilité : soit patient en bonne santé, vulnérable ou fragile.
- Développer un sens critique par rapport aux outils.
- Conseiller les intervenants sur les meilleurs outils pour évaluer les aînés et leur enseigner comment les utiliser.
- Partager des outils d'évaluation fonctionnelle complétés.
- Utiliser des instruments et techniques en optométrie gériatrique.
- Déterminer et utiliser une méthode et des instruments d'observation et d'évaluation, directs ou indirects, qui soient appropriés à leur fonction ou utilisation.

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

⁸ Milieu de travail ou de stage

Compétence 3. Offrir les soins et les services dans un continuum incluant la fin de vie

Définition : Planifier, dispenser et coordonner les soins et les services dans le respect des choix de l'ainé et de son proche aidant

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
3.1 Planifier les soins et les services	
3.1.1 Reconnaître l'ainé et son proche aidant dans sa totalité et son contexte (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les désirs concernant les soins et le projet de vie de l'ainé lors d'une discussion sur le niveau de soins. - Favoriser une approche holistique. - Recueillir l'histoire de vie de l'ainé. 	
3.1.2 Indiquer les préférences de l'ainé ou identifier un proche aidant pour prendre des décisions en son nom, si requis; informer et soutenir leurs décisions en matière de soins et de santé tout en assurant la proportionnalité des soins (comm., pédag.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître que l'ainé est l'expert de sa maladie en favorisant sa participation active. - Communiquer directement avec l'ainé ou avec le proche aidant afin qu'il soit impliqué dans la prise de décision quant à l'orientation du plan d'intervention interprofessionnel (ex. : dysphagie sévère; NPO indiqué; expliquer la situation avec les risques liés à l'alimentation orale et présenter l'avenue d'un soutien entéral). - Identifier les mécanismes d'accès et la disponibilité des ressources qui aident l'ainé et ses proches aidants à atteindre leurs objectifs personnels, à maximiser leurs fonctions, à rester autonomes et à vivre dans leur environnement préféré ou approprié. - Informer l'ainé et ses proches aidants des résultats de nos évaluations et expliquer les choix possibles à l'ainé pour prendre une décision tout en s'assurant que ses questions soient répondues. Respecter le choix de l'ainé. - Collaborer avec le répondant légal ou mandataire dans les cas d'incapacité, tout en respectant les volontés de l'ainé. - Recueillir les directives médicales anticipées (DMA). 	
3.1.3 Convenir des priorités de soins en partenariat avec l'ainé et son proche aidant, ainsi que les autres membres de l'équipe, en facilitant leur participation au processus de soins et en tenant compte de l'offre de services existante et du niveau de soins (comm.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'ensemble des problèmes de l'ainé et de tenir compte de l'interaction entre ces derniers. - Prioriser les interventions. - Offrir des références publiques et privées qui seront utilisées à la discrétion de l'ainé et de ses proches aidants. - Faire preuve d'humilité. 	
3.1.4 Élaborer en partenariat avec l'ainé et son proche aidant le plan d'intervention interprofessionnel (PII) fondé sur leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels ainsi que sur les préférences, l'espérance de vie et les objectifs de traitement ou de soins et réévaluer le PII sur une base régulière (clin.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Tenir compte des interactions complexes des pathologies dans l'évaluation, l'analyse et l'élaboration du PII. - Modifier, conjointement avec les membres de l'équipe interprofessionnelle, l'ainé et ses proches aidants, le plan d'intervention interprofessionnel selon l'évolution de l'état de santé de l'ainé, l'efficacité des interventions ou à la demande de l'ainé. - Effectuer les interventions avec le consentement éclairé de l'ainé, de manière sécuritaire et efficace. - Reconnaître les limites de ses interventions et référer à d'autres intervenants, au besoin. - Vérifier la volonté de l'ainé et de ses proches de s'impliquer dans la réalisation du plan d'intervention interprofessionnel. - Établir et maintenir une relation thérapeutique confidentielle s'inscrivant dans un cadre favorisant le respect, la communication et l'alliance thérapeutique avec l'ainé et ses proches. - Établir un lien de confiance dans une pratique favorisant une relation de soin égalitaire avec les aînés et leurs proches aidants. 	
3.1.5 Expliquer les données probantes au regard des soins à l'ainé, à son proche aidant et aux autres intervenants (érud.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Critiquer des lignes directrices qui ne tiennent pas compte des aînés (reconnaître l'importance du jugement clinique dans l'application des lignes directrices en tenant compte de l'espérance de vie de l'ainé et des objectifs thérapeutiques). - Lorsque pertinent, expliquer les données probantes quant aux interventions que l'on propose à l'ainé et ses proches aidants. 	
3.2 Dispenser les soins et les services	
3.2.1 Établir un dialogue efficace, démontrer de l'empathie et de la compréhension favorisant l'expression de l'ainé et de son proche aidant (comm., prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner l'ainé dans l'expression de ses croyances, ses valeurs et ses émotions en fonction de ses objectifs. - Utiliser le vouvoiement. - Reconnaître le vécu global de l'ainé et ses expériences de vie. - Adapter l'approche au rythme d'apprentissage de l'ainé et ses proches aidants. - Adapter le niveau de langage au niveau de l'ainé et ses proches aidants. - Démontrer une approche concise, précise et en temps opportun. - Considérer l'ainé et ses proches aidants en tant que partenaires. - Utiliser des techniques de communication efficaces, dont l'écoute active. 	
3.2.2 Adopter une approche adaptée lors des interventions (communication verbale et non verbale) et identifier les situations dans lesquelles l'interaction a fonctionné ou non et analyser les moyens de modifier les approches infructueuses et de reproduire celles qui ont réussi (comm.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une auto-évaluation implicite quotidienne, par la conscientisation du transfert/contre-transfert, révision des objectifs atteints/à atteindre. - Intervenir lorsque surgissent des difficultés liées aux troubles neurocognitifs, delirium et SCPD : outils d'évaluation, analyse et interventions non pharmacologiques. - Changer d'approche si les résultats obtenus ne correspondent pas aux attentes. Référer l'ainé à un collègue qui possède une approche différente, si nécessaire. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer à l'écrit pour que l'ainé souffrant de surdité demeure impliqué dans la prise de décision. - Prévoir que des équipements d'amplification (ex. : pocket-talker) soient disponibles pour faciliter la communication avec l'ainé présentant une surdité non traitée. - Utiliser le matériel disponible et l'adapter selon les capacités de l'ainé ou ses proches. - Vérifier que l'information est comprise. - Disposer la salle d'examen et la position du proche aidant de façon à optimiser la communication efficace.
<p>3.2.3 Intervenir auprès de l'ainé et son proche aidant selon le niveau d'autonomie ciblé, de l'espérance de vie; favoriser la réadaptation ou fournir des soins palliatifs, selon ce qui est approprié à la situation (clin.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la mobilité dès l'arrivée dans le nouveau milieu. - Fournir un bilan des évaluations ainsi que les recommandations associées, procéder à de l'entraînement lorsqu'il y a lieu, réajuster les objectifs au besoin. - Ajuster le plan d'intervention interprofessionnel selon l'orientation et les volontés de l'ainé. - Conseiller les proches quant au plan d'intervention interprofessionnel. - Appliquer les protocoles de soins établis (ex. : post prothèse de la hanche (PTH)-prothèse totale du genou (PTG), post accident vasculaire cérébral (AVC). - Adapter la prescription d'orthèses visuelles convenables à un milieu de soins de longue durée. - Adapter la recommandation d'aides auditives ou de stratégies de communication appropriées à un milieu de soins de longue durée.
<p>3.2.4 Encourager l'ainé et son proche aidant à participer à ses soins et prodiguer l'enseignement requis (pédag.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliser et encourager l'ainé dans l'optimisation d'une mobilité fonctionnelle. - Encourager l'ainé et ses proches aidants à participer activement à l'amélioration ou au maintien des capacités de l'ainé sur le plan de la communication, du langage, de la parole, de la voix et de la déglutition. - Conseiller l'ainé et son proche aidant à utiliser de bonnes stratégies de communication afin qu'il puisse participer aux décisions en lien avec les soins et services prodigués.
<p>3.2.5 Prendre en considération la prise de médicaments, les syndromes gériatriques courants ainsi que les comorbidités (clin.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître les signes et symptômes de delirium et savoir à quel intervenant se référer lorsqu'un ainé présente ces signes et symptômes. - Effectuer une analyse post-chute (chute avec blessure ou après 2 chutes) en interdisciplinarité. - Adapter son intervention aux fluctuations de l'état de santé de l'ainé. - Prendre en charge les impacts de la baisse auditive et les interactions avec les autres problèmes de santé pouvant en découler. - Associer les syndromes gériatriques et la prise des médicaments. - Prioriser les composantes de l'examen oculovisuel en fonction des conditions systémiques et médicaments ayant des effets sur la santé oculaire.
<p>3.2.6 Reconnaître les valeurs culturelles de l'ainé et de son proche aidant et comprendre la diversité des attitudes envers l'acceptation ou la non-acceptation des soins et des services et adapter les traitements ou les soins en conséquence (clin., prof.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soumettre à l'ainé les observations professionnelles, refléter les risques possibles, expliquer le consentement libre et éclairé et le refus de traitement. - Accepter les décisions relatives à la santé en regard des valeurs culturelles et comprendre la diversité des attitudes envers l'acceptation ou la non-acceptation des services. - Effectuer des interventions spirituelles par une diversité d'activités planifiées, dans l'atteinte d'objectifs d'accompagnement en réponse aux besoins de l'ainé et de ses proches aidants. - Animer des rituels individuels ou de groupe en tenant compte des valeurs des croyances et des pratiques de l'ainé.
<p>3.3 Assurer la coordination et la continuité des soins et des services</p>
<p>3.3.1 Développer un partenariat avec les ressources internes et externes du milieu (coll.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discuter de la continuité des soins avec les partenaires du réseau, envoyer les rapports d'évaluations aux milieux qui assureront le suivi. - Identifier des ressources-clés pour référer les aînés, dont le CLSC, les Sociétés Alzheimer, l'Appui pour les proches aidants, les coopératives, les centres d'action bénévole, les centres de jour, la popote roulante. - Référer l'ainé et ses proches aidants aux ressources internes ou externes pertinentes.
<p>3.3.2 Assurer la continuité des soins et des services lors des transitions entre les milieux de soins (coll.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir à titre d'intervenant pivot. - Rédiger un résumé d'hospitalisation ou un rapport de consultation. - Assurer la communication entre les milieux pour favoriser le suivi et une prise en charge optimale (ex. : Demande de service inter établissement (DSIE) ou autres références ou fiches liaison, suivies auprès des autres milieux fréquentés par l'ainé (centre de jour, hôpital, cliniques médicales, bénévoles, Entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD)). - S'assurer de l'application de normes de prévention des infections avec l'équipe de soins. - Collaborer avec l'infirmière de liaison, effectuer les contacts téléphoniques avec les partenaires extérieurs au besoin et envoyer des rapports écrits aux répondants. - Effectuer une note de transfert qui reflète l'état de santé de l'ainé ainsi que les changements dans ses médicaments à son départ. - Partager l'information physiothérapique afin d'atteindre les objectifs fixés et coordonner nos actions avec celles des autres membres de l'équipe. - Communiquer directement avec des intervenants de différents milieux lors des transitions. - Faire des demandes de référence. - Identifier les ressources disponibles dans le milieu et y référer. - Effectuer le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et au congé; intervenir proactivement en cas de divergence et transmettre un plan de transfert au pharmacien communautaire. - Effectuer une évaluation des médicaments durant l'hospitalisation et documenter les interventions au dossier du patient. - Faire un suivi sur les rapports attendus de la part d'intervenants externes. - Coordonner les soins et les services pharmaceutiques dispensés à l'ainé et son proche aidant. - Transmettre de l'information sur la médication de l'ainé au proche aidant. - Reconnaître les risques associés aux transitions de soins et intervenir proactivement.
<p>3.3.3 Promouvoir les programmes nécessaires à l'optimisation des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants (prom.).</p>
<p>Exemples des milieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer l'ainé et ses proches aidants quant aux différents programmes disponibles qui ont un effet sur son rendement occupationnel. - Participer au comité sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. - Suggérer le milieu le plus approprié pour la poursuite ou le maintien des objectifs, tel que réadaptation, convalescence, physiothérapie externe, etc. - Promouvoir le programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) pour les aînés, surtout auprès de ceux qui ont déjà chuté.

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 4. Reconnaître et soutenir les proches aidants dans une perspective collaborative

Définition : Reconnaître, lorsque cela s'applique, l'apport des proches aidants en regard des soins et services offerts à l'aîné et veiller à leur mieux-être en leur assurant un partenariat de soins dans une perspective égalitaire.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
4.1 Promouvoir et soutenir la santé et le bien-être des proches aidants dans le respect de leur volonté à assumer ce rôle	
4.1.1	Faire preuve d'empathie envers les proches aidants qui fournissent du soutien et des soins à l'aîné et reconnaître les difficultés auxquelles ils sont confrontés (prof.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser la population aux rôles de proches aidants, et aux ressources disponibles pour les proches aidants. - Sensibiliser la population à la déprescription. - Écouter les proches aidants lorsqu'ils ressentent le besoin de parler, prendre en considération leurs propos lors de l'élaboration du PII, les inclure lors de nos interventions et les référer, si nécessaire, vers les ressources appropriées. 	
4.1.2	Évaluer, tout au long du continuum de soins et services, les attentes et les besoins des proches aidants concernant, entre autres, l'impact de l'âge avancé ou de la maladie de l'aîné et s'assurer de leurs volontés à assumer ce rôle (clin.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir, lors du questionnaire au proche aidant, ses objectifs et ses capacités à assumer le rôle qui lui est dévolu. 	
4.1.3	Détecter le niveau de fatigue, de stress et d'épuisement des proches aidants (clin.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les risques de blessures chez les proches aidants devant porter une assistance à l'aîné en perte d'autonomie, effectuer l'enseignement et présenter nos recommandations. - Référer le proche aidant et assurer un suivi suite à notre évaluation. - Évaluer les besoins des proches aidants en termes de communication avec l'aîné, et les soutenir. 	
4.1.4	Identifier les défis auxquels sont confrontés les proches aidants de l'aîné ainsi que les différentes ressources disponibles 9 (comm., érud.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les défis en termes de communication. - Prévenir les blessures chez les proches aidants. - Identifier les aînés qui ont besoin d'aide à la prise de leurs médicaments et mettre en place les différentes ressources dans la communauté pour les aider. 	
4.2 Intervenir en partenariat avec les proches aidants	
4.2.1	Reconnaître le proche aidant comme partenaire de soins (clin., prof.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les points de vue du proche aidant. - Impliquer le proche aidant dans les préférences et l'organisation des services. - Collaborer avec le comité des usagers ou des résidents. 	
4.2.2	Élaborer, en partenariat, un PII en fonction des besoins propres du proche aidant et réévaluer ce plan sur une base régulière (clin.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les besoins du proche aidant et concerter les interventions en vue d'y répondre : référence à des groupes de soutien, proposer du répit, etc. 	
4.2.3	Aider les proches aidants à identifier, à accéder et à utiliser des produits spécialisés, des services professionnels et des interventions de soutien, et ce, dès le début de leurs parcours d'aide et tout au long du continuum de soins (clin., coll.).
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Présenter les interventions de soutien individuelles et de groupe pour les proches aidants. - Référer aux services de soutien aux proches aidants (CLSC, organismes communautaires, centre de réadaptation). - Recommander et soutenir le proche aidant dans l'acquisition et l'utilisation d'aides techniques, dans l'adaptation de l'environnement et dans la mise en place de stratégies compensatoires. - Assister en cas de difficulté le proche aidant dans les démarches permettant d'accéder à des produits spécialisés, services professionnels et des interventions de soutien. - Aider les proches aidants à identifier, à accéder et utiliser des aides de suppléance à l'audition avec l'aîné, à l'orienter vers des services professionnels tels que les centres de réadaptation ou les fournisseurs du réseau privé en audioprothèse. 	

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

⁹ Inclus les partenaires.

Compétence 5. Agir en collaboration interprofessionnelle

Définition : Reconnaître sa propre place et celle des autres intervenants impliqués dans le suivi des soins et des services à l'aîné et à ses proches aidants et assurer la qualité notamment au travers d'une collaboration interprofessionnelle efficiente visant le mieux-être de l'aîné, de ses proches aidants et de l'ensemble des intervenants.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
5.1	Assurer (ou selon son rôle, contribuer à) la coordination avec les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de garantir la qualité et la continuité des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants
5.1.1	Reconnaître le rôle de chaque intervenant et faire appel à chacun selon la pertinence (prof., coll.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer la notion d'interdisciplinarité et de partenariat de soins et de services avec les aînés et les proches aidants aux étudiants/stagiaires. - Faire preuve d'introspection. - Faire preuve d'objectivité tout en respectant chacun des individus impliqués. - Reconnaître ses limites professionnelles et obtenir le soutien des autres intervenants, au besoin. - Assurer une bonne pratique interprofessionnelle par notre attitude et notre manière de faire. 	
5.1.2	Partager ses connaissances avec ses pairs et les différents intervenants impliqués dans le suivi de l'aîné et ses proches aidants (pédag.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Partager avec ses collègues sur les nouvelles connaissances acquises en formation continue. - Identifier les nouveaux outils d'évaluation et expérimenter leur application dans son milieu de travail. - Participer à des clubs de lecture. - Obtenir une certification en pharmacothérapie gériatrique (BCGP) - Partager ses connaissances avec ses pairs et ne pas avoir peur de se renseigner auprès de ces derniers pour mieux comprendre, évaluer ou intervenir auprès de l'aîné et ses proches aidants. - Expliquer aux membres de l'équipe soignante concernés la manipulation et l'entretien des aides auditives ainsi que les bonnes approches de communication. 	
5.1.3	Présenter le PII au sein de l'équipe et auprès des autres partenaires de soins et services (comm.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des rencontres interprofessionnelles ou intersectorielles (ex. : rencontre interprofessionnelle régulière). 	
5.1.4	Communiquer avec l'aîné, les proches aidants et les intervenants afin d'incorporer les nouvelles informations disciplinaires spécifiques pour la planification et la mise en œuvre des soins (comm.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Planifier du temps individuel avec l'aîné et ses proches aidants. - Se concerter en équipe interprofessionnelle en départageant l'apport de chacune des intervenants et dans le respect des rôles de chacun. - Au besoin, effectuer un suivi téléphonique avec l'aîné ou le proche aidant suite à son congé de l'hôpital 	
5.2	Prendre des décisions appropriées en partenariat avec l'aîné et ses proches aidants
5.2.1	Planifier les interventions, en mettant en œuvre au besoin de nouvelles stratégies, en mesurant l'impact sur l'aîné, ses proches aidants et les membres de l'équipe (coord.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Participer aux réunions interprofessionnelles. - Agir avec proactivité face à des situations psychosociales imprévisibles, variées et complexes. - Faire preuve de flexibilité, d'ouverture et d'autonomie dans les interventions à réaliser. - Reconnaître et composer avec des conduites dérangeantes, dommageables ou autodestructrices en établissant un « filet de sécurité » avant, pendant et après l'intervention. 	
5.2.2	Participer à la résolution de problèmes (coll.).
Exemples des milieux :	
<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la médiation et la négociation de solutions dans la prise de décisions partagées quant aux objectifs poursuivis et à la prestation de services, en respectant le consentement et la capacité à consentir de l'aîné. 	

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 6. Assurer une communication efficace et adaptée

Définition : Assurer, par son savoir-être, une communication ajustée en utilisant des approches et des moyens variés et adaptés à l'ainé, à ses proches aidants et aux autres intervenants impliqués.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
6.1 Communiquer à l'aide d'approches et de moyens variés et adaptés	
6.1.1 Agir en tant que ressource et écouter l'ainé et ses proches aidants pour répondre à leurs différents besoins (comm.).	
Exemples des milieux : - Démontrer une écoute active, une reformulation ou du reflet lors des entrevues avec l'ainé. - Accepter les limites de l'ainé, le cas échéant, et adapter notre message.	
6.1.2 Reconnaître que tout comportement a une signification et considérer les comportements difficiles de l'ainé comme une façon d'essayer de communiquer basée sur un besoin (clin.).	
Exemples des milieux : - Reconnaître que les comportements perturbateurs peuvent être le signe d'un delirium ou d'un besoin non comblé chez un ainé n'étant pas capable d'exprimer ses besoins.	
6.1.3 Identifier les changements sensoriels liés à l'âge ou à la maladie qui peuvent entraver la communication avec l'ainé et ses proches aidants (érud., clin.).	
Exemples des milieux : - Identifier et utiliser des aides à la communication.	
6.1.4 Développer des stratégies de communication verbale et non verbale pour surmonter les limitations sensorielles, langagières et cognitives potentielles chez l'ainé et ses proches aidants (comm.).	
Exemples des milieux : - Fournir de l'information qui tient compte de l'utilisation de termes et expressions différentes. - Appliquer les principes de la réminiscence. - Utiliser un amplificateur de son, un tableau de communication, faire appel à un interprète, etc. - Préconiser des questions courtes et ouvertes, confirmer les propos avec les proches aidants et avec l'équipe. - Vulgariser les informations de façon à communiquer efficacement et en étant certain d'être compris. - Utiliser des synonymes, valider la compréhension de l'ainé et de ses proches aidants, vulgariser les termes médicaux. - Assurer une cohérence. - Partager les stratégies de communication efficaces auprès de l'ainé et de ses proches aidants aux autres intervenants. - Établir une communication efficace avec un ainé présentant une désafférentation visuelle ou auditive ou des troubles cognitifs significatifs. - Communiquer respectueusement et avec discernement avec les proches aidants d'un ainé étant incapable de décider pour lui-même. - Établir des liens avec les ainés et leurs proches aidants afin de promouvoir des stratégies de communication telles que l'appareillage auditif, lorsque nécessaire. - Sensibiliser les ainés et leurs proches aidants à l'utilisation des aides et stratégies de communication. - Utiliser des pictogrammes. - Favoriser le développement ou le maintien d'une communication fonctionnelle entre l'ainé et son entourage. - Informer et expliquer aux proches aidants et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle les stratégies de communication à utiliser auprès de l'ainé pour favoriser une communication fonctionnelle avec ce dernier. - Mettre à disposition des aides de suppléance à l'audition pour permettre à l'ainé malentendant d'avoir accès aux conversations (ex.: amplificateur personnel portatif, téléphone avec amplificateur intégré, etc.).	
6.1.5 Faciliter la communication en cas de conflit entre l'ainé et ses proches aidants (prof.).	
Exemples des milieux : - Effectuer des rencontres de famille au besoin. - Effectuer les références requises afin que l'ainé et ses proches aidants reçoivent un support approprié dans la gestion de leur conflit.	
6.1.6 Communiquer de façon optimale avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle (coll.).	
Exemples des milieux : - Respecter le temps de parole de chacun. - Utiliser les termes appropriés à notre discipline.	
6.2 Faire un usage judicieux des technologies de l'information et des communications (TIC) en santé	
6.2.1 Soutenir l'usage des TIC par l'ainé et ses proches aidants et les aider à les orienter vers d'autres services, au besoin (pédag.).	
Exemples des milieux : - Recommander l'utilisation de technologies aux ainés et leurs proches aidants afin de compenser les incapacités et la situation de handicap, lorsque pertinentes.	
6.2.2 Utiliser les TIC pour faciliter les soins et les services à l'ainé et ses proches aidants ainsi que leur coordination et la continuité (clin.).	
Exemples des milieux : - Accéder au dossier clinique informatisé (ex. : OACIS). - Accéder au Dossier santé Québec (DSQ).	
6.2.3 Optimiser les méthodes d'apprentissage en ayant recours aux nouvelles TIC (pédag.).	
Exemples des milieux : - Utiliser par exemple des plateformes électroniques sur le Web pour dispenser des interventions éducatives et de soutien à l'intention des proches aidants. - Recourir à des stratégies pédagogiques interactives avec lors de nouveaux apprentissages chez les professionnels tels que les tableaux blancs interactifs, les télévotants ou la simulation.	

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue

Compétence 7. Reconnaître la diversité culturelle par la sensibilisation à la différence

Définition: Reconnaître la diversité culturelle, qu'elle soit de nature ethnique, d'origine nationale, religieuse, linguistique, générationnelle, de genre ou d'orientation sexuelle de l'aîné et de ses proches aidants, et agir de manière proactive dans la démystification des stéréotypes visant les communautés minoritaires en respectant l'altérité et en évitant la discrimination ou l'imposition d'un suivi non respectueux de la différence.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
7.1 Reconnaître les mythes et les croyances véhiculés sur les aînés et les proches aidants appartenant à des minorités culturelles¹⁰	
7.1.1 Reconnaître ses propres jugements de valeur en regard des différences culturelles (prof.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître et nommer les préjugés liés à l'avancement en âge. - Éviter les stéréotypes et les généralisations abusives au sujet des mythes relatifs à l'ethnicité (ex. : les femmes noires ne développent pas d'ostéoporose). - Démontrer une approche anti-âgisme et promouvoir l'autonomie de l'aîné. - Reconnaître ses propres valeurs, être à l'affût du transfert et contre-transfert. - Reconnaître ses propres qualités et défauts comme personne et comme intervenant pour mieux intervenir auprès de l'aîné et ses proches aidants. 	
7.1.2 Reconnaître la variabilité d'un individu à l'autre au sein d'une même communauté (prof.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître que les aînés sont un groupe de personnes ayant des personnalités différentes, des valeurs différentes, des niveaux fonctionnels différents et différentes maladies, et comprendre que chaque aîné doit être considéré et soutenu indépendamment de l'âge chronologique et de son origine ethnoculturelle. - Démontrer une utilisation culturellement appropriée du toucher et du respect de la pudeur pendant l'examen physique, lorsque nécessaire. - Établir une relation de confiance et de réciprocité. - Développer une compréhension de diverses dimensions de la spiritualité permettant l'analyse de la sphère spirituelle pour l'aîné et ses proches aidants et l'élaboration d'un plan d'intervention. - Évaluer de façon continue les besoins spirituels de l'aîné et de ses priorités. - Aider l'aîné à identifier ses forces spirituelles et ses défis à relever. - Reconnaître l'unicité de chaque aîné et ses besoins associés. - Apprendre sur les mœurs et coutumes d'une minorité ethnique, lorsque non connues. - Reconnaître chaque personne comme une personne semblable aux autres (quant à ses droits) et comme une personne unique (quant à ses valeurs et sa personnalité). 	
7.1.3 Reconnaître que les membres des communautés minoritaires ont droit à un traitement égal à celui des membres de la communauté majoritaire (prof.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la santé et le bien-être des aînés et de leurs proches aidants dans le respect de leurs valeurs. - Définir les concepts majeurs en ethnogériatrie: ethnicité, minorités ethnoculturelles, processus d'acculturation et reconnaître l'existence d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins et services et promouvoir un accès égalitaire aux services de santé et services sociaux. 	
7.1.4 Démontrer une sensibilité à l'égard des diverses conceptions de santé et de maladie en fonction des pratiques culturelles autres que celles du groupe majoritaire, même si ceci pourrait apparaître incongru en regard des pratiques de soins établies (érud., prof.).	
7.2 Fournir des soins selon une approche personnalisée et en faisant preuve de sensibilité à l'égard des différences culturelles et spirituelles des aînés	
7.2.1 Inclure, au besoin, les approches de santé intégrative et spirituelle dans les soins (comm.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer, discuter de cas avec l'intervenant en soins spirituels, lorsque pertinent. - Conscientiser ses collaborateurs de l'importance de bien saisir les besoins exprimés par les aînés en raison des différences d'âge, de culture, de statut social, etc. 	
7.2.2 Reconnaître les particularités ethnoculturelles en ce qui a trait aux diverses manifestations des maladies courantes (érud.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître les différentes représentations de la maladie selon la couleur de la peau de l'aîné (ex. : anémie, jaunisse, éruptions cutanées, plaies de pression, gelures, etc.). 	
7.2.3 Assurer la liaison avec des personnes représentatives de différentes communautés minoritaires selon les besoins de l'aîné et ses proches aidants (coll., coord.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Recourir aux leaders de communautés de foi de certains aînés ou de leurs proches aidants sollicitant un rituel religieux spécifique. - Recourir à un interprète en cas de barrière linguistique. - Vérifier les ressources disponibles dans son milieu. - Encourager la présence d'un proche aidant lors de l'évaluation visuelle afin par exemple de combler des lacunes de communication ou lorsqu'il y a une barrière de langage. 	
7.2.4 Expliquer à l'aîné et à ses proches aidants quand et comment rechercher de l'aide et du soutien et identifier des ressources alternatives auxquelles référer si l'aîné ou ses proches aidants semblent inconfortables en regard de leurs propres valeurs (pédag.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Référer aux intervenants qui pourront les aider. 	
7.2.5 Intégrer l'histoire de vie, les expériences et les pratiques culturelles de soins dans le traitement, lorsque la situation l'exige et que c'est réalisable (clin.).	
<i>Exemples des milieux :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Considérer l'environnement culturel dans le cadre de l'évaluation qui pourra teinter l'analyse, le plan d'intervention et les recommandations. 	

¹⁰ Une minorité culturelle est un groupe de personnes considéré comme minoritaire au sein d'une société donnée.

- Adapter les modes d'évaluation en fonction des valeurs culturelles de l'aîné (ex mise en situation ou observation à l'hygiène).

7.2.6 Demeurer à l'écoute des différentes façons de dire ou d'exprimer l'inconfort, le malaise, la maladie, la fin de vie et le deuil par l'aîné et ses proches aidants ^(comm.).

Exemples des milieux :

- Collaborer afin de réaliser des choix éclairés ou selon leur conscience sur les questions de fin de vie et de l'aide médicale à mourir.
- Considérer la valeur culturelle accordée aux différentes occupations de la vie quotidienne et productive.
- Prendre le temps, faire de l'écoute active, techniques de communication efficaces (regard à niveau, laissez place aux silences).
- Accepter les comportements de santé de l'aîné et comment il vit sa maladie et son traitement.

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 8. Promouvoir les droits des aînés et de leurs proches aidants

Définition : Expliquer les concepts relatifs à l'aptitude à consentir aux soins et services, à la dignité, à la sécurité, à la maltraitance, à l'autodétermination dans le respect des lois, des politiques publiques et des droits des aînés et de leurs proches aidants.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
8.1 Promouvoir les droits des aînés et de leurs proches aidants à la dignité, à la sécurité et à l'autodétermination (advocacy)	
8.1.1	Informé l'aîné et ses proches aidants sur les différentes modalités légales possibles et les démarches à effectuer pour chacune: signalement de mauvais traitements, mandat en cas d'inaptitude, procuration, régime de protection, testament, directives médicales anticipées, ordonnance de réanimation, niveaux de soins, consentement aux soins, aide médicale à mourir (clin., érud.).
<i>Exemples des milieux :</i> - Identifier et documenter les limitations cognitives et fonctionnelles à consentir librement à une évaluation.	
8.1.2	Prendre la défense des droits de l'aîné et de ses proches aidants afin d'obtenir un traitement juste et équitable, le cas échéant (prof.).
<i>Exemples des milieux :</i> - Participer à l'action sociale en vue de contribuer à améliorer la santé et le bien-être des aînés et de leurs proches aidants. - Obtenir le consentement de l'aîné ou de son substitut avant de procéder aux interventions. - Assurer un rôle de représentation des aînés et de leurs proches aidants. - Revendiquer au nom de l'aîné des services et ressources permettant d'optimiser son autonomie ou de compenser ses incapacités.	

clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 9. Agir de manière éthique et professionnelle dans le respect des cadres légaux

Définition: Faire preuve d'une responsabilité éthique et déontologique et connaître le cadre légal de son champ d'activités en visant la finalité des soins à l'ainé, tout en considérant ses proches aidants

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
9.1 Démontrer une responsabilité éthique et déontologique dans sa pratique	
9.1.1 Rédiger des notes d'évolution pertinentes, complètes et exactes au dossier (papier ou informatique) de l'ainé (ou de son proche aidant) (clin., prof.).	
9.1.2 Assurer le développement de sa compétence disciplinaire (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Démontrer sa capacité à chercher les connaissances par soi-même (autonomie dans son développement professionnel). - Favoriser l'excellence du travail par le partage des connaissances. - Partager les pratiques exemplaires dans son milieu. - Référencer aux politiques et procédures du milieu. - Compléter le portfolio annuel de son ordre professionnel. - Participer à des comités pour l'amélioration des soins et des services. 	
9.1.3 Respecter son code de déontologie professionnelle, le cas échéant (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le code de déontologie de sa profession. 	
9.1.4 Appliquer les principes éthiques aux décisions à prendre au nom de l'ainé, particulièrement ceux dont la capacité de prendre des décisions est limitée ou déléguée à un mandataire (clin.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Offrir des opportunités de réflexion éthique aux étudiants/stagiaires lorsqu'elles se présentent. - Définir la notion de consentement éclairé et expliquer les principes de consentement aux soins. - Démontrer une bonne connaissance du processus de l'évaluation de l'aptitude à consentir à un traitement et de l'aptitude à gérer ses biens et à protéger sa personne. - Expliquer la distinction entre moyens proportionnés et disproportionnés. - Discuter avec l'ainé et son proche aidant du niveau de soins souhaité. - Référencer au mandataire, lorsque l'ainé est inapte. - Préciser le consentement de l'ainé et l'indiquer au dossier. - Documenter l'aptitude par des évaluations fonctionnelles (comportements observables) et par des dépistages cognitifs. 	
9.2 S'appuyer sur les connaissances légales	
9.2.1 Œuvrer dans le cadre de la Loi sur la santé et les services sociaux (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Respecter les choix d'une personne, notamment, le non catégorique, et ce même si la personne est inapte. - Informer l'ainé et son proche aidant de leurs droits et responsabilités respectives. 	
9.2.2 Expliquer les principes de base et les lois régissant le consentement éclairé, le mandat en cas d'incapacité, les régimes de protection, la loi sur la maltraitance, l'ordonnance d'hébergement, les niveaux de soins, les directives médicales anticipées, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir (érud.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Respecter les lois et politiques en vigueur concernant la confidentialité. - Assurer les droits de l'ainé et les lignes directrices liées à l'incapacité. - Rédiger une demande de régime de protection. - Assurer le consentement aux soins. - Aider l'ainé et leurs aidants à prendre des décisions éclairées en regard de leur autonomie et de leur sécurité. - Évaluer l'aptitude ou l'incapacité de l'ainé à la gestion de ses biens et à la protection de sa personne. - Évaluer l'aptitude à la conduite automobile. - Orienter l'ainé et les proches aidants vers le bon intervenant (médecin, notaire, etc.). - Déterminer les mesures alternatives aux contentions. - Identifier les notions de base et référencer aux intervenants compétents de l'équipe afin que l'ainé et ses aidants obtiennent des informations justes. 	
9.3 Reconnaître les principaux enjeux éthiques au regard des soins et des services aux aînés et à leurs proches aidants	
9.3.1 Contrer l'âgisme, agir avec bienveillance, repérer la maltraitance et intervenir afin d'y remédier (clin., prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Objectiver les risques d'abus financiers via l'évaluation de la gestion budgétaire. - Discuter en équipe interprofessionnelle s'il y a un doute de maltraitance. - Ne jamais tolérer une remarque, un geste ou autre action empreinte de préjugé, dénigrement ou malveillance, que ce soit à titre individuel, collectif ou organisationnel. 	
9.3.2 Faire appel au comité d'éthique de l'établissement lorsque la situation l'exige (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Aider, soutenir et conseiller les aînés et leurs proches aidants à prendre les décisions difficiles. - Donner son opinion professionnelle la plus juste possible et partager avec l'équipe interprofessionnelle ses doutes ou questionnements. - Identifier les aînés pour lesquels les difficultés sur le plan du langage (notamment de la compréhension) rendent difficile la prise de décision quant aux grands enjeux éthiques au regard des soins et des services aux aînés. Dans ce contexte, adapter le matériel pour favoriser la compréhension de l'ainé et l'aider à prendre une décision éclairée. - Promouvoir et mettre en place des rencontres d'équipe visant la résolution des dilemmes éthiques rencontrés auprès des aînés et leurs proches aidants. - Susciter le questionnement éthique et promouvoir l'importance de ce type de débat dans les situations cliniques complexes. 	
9.3.3 Veiller au droit à l'information et à la protection des renseignements de l'ainé et ses proches aidants (prof.).	
Exemples des milieux : <ul style="list-style-type: none"> - Divulguer les cas d'incident ou d'accident. 	

9.3.4	Communiquer adéquatement pour trouver des solutions lorsque l'aîné ou ses proches aidants choisissent de prendre des décisions qui vont à l'encontre des recommandations des intervenants (comm.).
<i>Exemples des milieux :</i>	
- Respecter le choix de l'aîné et de ses proches quant aux différentes décisions, dont l'acceptation des risques.	
9.3.5	Agir en collaboration au regard des directives médicales anticipées et de la capacité de prise de décision de l'aîné et de ses proches aidants (coll.).
<i>Exemples des milieux :</i>	
- Agir à titre de médiateur dans le meilleur intérêt de l'aîné lorsqu'on rencontre des divergences d'opinions sachant que les DMA représentent l'élément décisionnel qui fait force de loi.	
9.3.6	Collaborer avec empathie dans le continuum de soins, incluant les soins palliatifs, de fin de vie et l'aide médicale à mourir (clin.).
<i>Exemples des milieux :</i>	
- Respecter le choix de l'aîné au-delà de ses propres croyances et convictions personnelles.	
- Respecter le rythme de l'aîné.	
- Soutenir un collègue de travail qui vit le deuil d'une personne.	

Clin. : clinicien; comm. : communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érud. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

Compétence 10. Agir proactivement dans un système de santé et de services sociaux en transformation

Définition : Assurer son rôle d'intervenant de manière proactive en s'adaptant aux mutations constantes du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires afin de proposer à l'aîné et aux proches aidants un accompagnement et des transitions harmonieuses et efficaces (continuum de soins et services), en tenant compte des ressources et des services communautaires pertinents.

Éléments de la compétence, indicateurs et exemples des milieux	
10.1	Se maintenir à jour dans son domaine de pratique et d'expertise concernant les soins et services aux aînés et à leurs proches aidants et se tenir au courant des développements dans les champs connexes à sa pratique
10.1.1	Agir avec autonomie dans son domaine professionnel (prof.).
Exemples des milieux :	
- Assurer des occasions de formation individuelle ou collective afin de se conformer aux exigences de développement professionnel continu de son ordre professionnel.	
10.1.2	Respecter l'obligation de développement professionnel (formation continue) exigée par sa profession (prof.).
Exemples des milieux :	
- Suivre les formations reconnues par son ordre professionnel et qui s'appliquent aux soins à l'aîné et ses proches aidants	
10.1.3	Appliquer les meilleures pratiques professionnelles en matière de soins et de services aux aînés et à leurs proches aidants (clin.).
Exemples des milieux :	
- Identifier les résultats des études en vue d'améliorer le système de santé pour atteindre les résultats escomptés pour les aînés et leurs proches aidants.	
- Participer à l'implantation et à l'évaluation continue d'approches cliniques, d'orientations ministérielles et de pratique organisationnelle (visite ministérielle, agrément Canada, approche milieu de vie, etc.).	
- Collaborer avec différents comités dans son milieu et soulever des enjeux applicables à la gériatrie.	
10.2	Conseiller les aînés et leurs proches aidants pour un cheminement efficace dans le continuum de soins et de services
10.2.1	Assurer des partenariats avec les aînés, leurs proches aidants et les communautés pour améliorer le continuum de soins et services (prom.).
Exemples des milieux :	
- Préconiser des services et des programmes qui permettront d'améliorer la prévention des comportements à risque et les soins et services aux aînés et leurs proches aidants.	
- Satisfaire les besoins d'apprentissage dans le domaine de la santé des aînés, de leurs proches aidants et de la collectivité.	
- Promouvoir le rôle de sa profession dans les services auprès des aînés et de leurs proches aidants.	
10.2.2	Collaborer avec les aînés, leurs proches aidants et l'équipe interprofessionnelle afin d'assurer une utilisation appropriée du système de santé, des services sociaux, et des ressources communautaires pour faciliter leurs transitions (coord.).
Exemples des milieux :	
- Proposer les ressources (communautaires ou institutionnelles) pertinentes au maintien à domicile.	
- Orienter sur les possibles suites à un séjour hospitalier.	
- Déterminer l'accessibilité et la disponibilité de ressources matérielles et humaines permettant de compenser les incapacités de l'aîné et optimiser son rendement occupationnel.	
- Déterminer la disponibilité, l'accessibilité et le coût des soins et services de santé pour les aînés et leurs proches aidants (notamment les différentes couvertures d'assurances et les heures d'ouverture et de livraison des pharmacies pour le service des médicaments au congé).	
- Rapporter à l'employeur les éléments contraignants afin de favoriser l'amélioration de ceux-ci.	
10.2.3	Déterminer avec les aînés, leurs proches aidants, les membres de l'équipe interprofessionnelle et ses partenaires, les lacunes, les obstacles et le cloisonnement pouvant exister dans le système de santé, les services sociaux et les partenaires communautaires afin d'adapter le PII en fonction des transformations dans les soins et les services (coll.).
Exemples des milieux :	
- Déterminer la disponibilité, l'accessibilité et le coût des soins et services de santé pour les aînés et leurs proches aidants.	
- Représenter les aînés et leurs proches aidants afin de travailler à améliorer les programmes, les financements et l'accès aux services.	

clin. : clinicien; comm.: communicateur/négociateur; coll. : collaborateur; coord. : coordonnateur/leader; prom. : promoteur de la santé; érudit. : érudit; prof. : professionnel; pédag. : pédagogue.

