



# Autoévaluation pour les médecins de niveau généraliste

- **Débutant (D)** : peut avoir acquis de l'expérience dans le domaine des soins psychosociaux, mais a le niveau de débutant dans celui des soins palliatifs. Nécessite un soutien continu.
- **Débutant avancé (A)** : peut exercer de façon indépendante en utilisant certaines compétences psychosociales propres aux soins palliatifs, mais a encore besoin de soutien.
- **Compétent (C)** : exerce de façon indépendante la plupart du temps, sollicite occasionnellement du soutien.
- **Chevronné (CH)** : exerce de façon autonome, recherche des occasions de leadership.
- **Expert (E)** : très compétent, d'autres le sollicitent régulièrement.



Compétences en soins palliatifs et descriptions

Niveau de connaissance/compétence

## 1 Principes d'une approche palliative des soins

### 1.1 Proposer une approche palliative des soins

<b>1.1.1</b>	Proposer, en en décrivant les avantages, une approche palliative holistique précoce des soins qui répond aux préoccupations sur les plans physique, psychosocial, spirituel et pratique.	D	A	C	CH	E
<b>1.1.2</b>	Reconnaître les trajectoires fréquentes, l'évolution naturelle du déclin fonctionnel et les points de transition pour déclencher tôt une approche palliative des soins.	D	A	C	CH	E
<b>1.1.3</b>	Comprendre les protocoles et les pratiques propres à une communauté, notamment le rôle de la médecine douce et parallèle, lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux membres de populations mal desservies qui souffrent d'une maladie limitant l'espérance de vie, afin qu'ils puissent vivre pleinement, tout au long de leurs soins.	D	A	C	CH	E
<b>1.1.4</b>	Comprendre les protocoles propres à une communauté, notamment le rôle de la médecine traditionnelle, lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie, afin qu'ils puissent vivre pleinement, tout au long de leurs soins.	D	A	C	CH	E

### 1.2 Éliminer les obstacles aux soins palliatifs

<b>1.2.1</b>	Déterminer et corriger les perceptions erronées, les croyances et les attitudes qu'ont la personne, sa famille désignée ou ses aidants et les collègues à l'égard des soins palliatifs, et qui entravent l'accès à des soins palliatifs de grande qualité.	D	A	C	CH	E
--------------	--	---	---	---	----	---

**TOTAL 1 Principes d'une approche palliative des soins**

D A C CH E



Compétences en soins palliatifs et descriptions

Niveau de connaissance/compétence

## 2 Sécurité et humilité culturelles

### 2.1 Créer un environnement de sécurité culturelle

<b>2.1.1</b>	Présenter la sécurité culturelle et décrire les effets de la diversité sur la prise de décisions pour offrir des soins centrés sur la personne et sur la famille désignée.	D	A	C	CH	E
<b>2.1.2</b>	Reconnaître les valeurs, les préjugés ou les points de vue des personnes, des médecins ou d'autres professionnels de la santé qui peuvent avoir un effet sur la qualité des soins et modifier en conséquence l'approche à l'égard de la personne et de sa famille désignée ou de ses aidants.	D	A	C	CH	E
<b>2.1.3</b>	Reconnaître que des concepts comme le bien-être et la maladie peuvent être définis différemment par les membres de populations mal desservies.	D	A	C	CH	E
<b>2.1.4</b>	Reconnaître que des concepts comme le bien-être et la maladie peuvent être définis différemment par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.	D	A	C	CH	E
<b>2.1.5</b>	Faire preuve de sensibilité quant aux aspects spirituels, religieux et culturels par rapport aux soins palliatifs, notamment les rituels et les approches de soins de fin de vie.	D	A	C	CH	E
<b>2.1.6</b>	Intégrer les protocoles et les pratiques culturelles des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, y compris la médecine traditionnelle, concernant les soins palliatifs et de fin de vie, lors de la prestation des soins.	D	A	C	CH	E

**TOTAL 2 Sécurité et humilité culturelles**

D A C CH E



## 3 Communication

### 3.1 Communiquer efficacement avec les patients, les familles et les autres aidants naturels

<b>3.1.1</b>	Communiquer honnêtement et avec compassion sur la maladie potentiellement mortelle et sur le pronostic, dès le moment du diagnostic et tout au long de la trajectoire de la maladie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir du patient et de sa famille désignée ou de ses aidants qu'ils comprennent leur maladie et leur pronostic en vue de la communication d'information.</li> <li>• Être capable de discuter d'une estimation personnalisée de la survie et de la trajectoire de la maladie.</li> </ul>	D	A	C	CH	E
<b>3.1.2</b>	Comprendre que pour les membres de populations mal desservies, la famille désignée ou les aidants et la communauté peuvent jouer un rôle dans l'équipe de soins. Reconnaître et respecter le fait que la responsabilité de la communication avec le fournisseur de soins de santé pourrait être confiée à un membre de la famille désignée ou à des aidants, et intégrer ces souhaits à la prestation des soins.	D	A	C	CH	E

Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>3.1.3</b>	Comprendre que les membres des familles et des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis pourraient jouer un rôle dans l'équipe de soins. Reconnaître et respecter le fait que la responsabilité de la communication avec le fournisseur de soins de santé pourrait être confiée à un membre de la famille désignée ou à des aidants, et intégrer ces souhaits à la prestation des soins.	D	A	C	CH	E
<b>3.1.4</b>	Communiquer avec la personne et sa famille désignée ou ses aidants afin de déterminer, de consigner et de mettre en œuvre un plan de soins conforme aux valeurs et aux objectifs de soins de la personne.	D	A	C	CH	E
<b>3.1.5</b>	Adapter au besoin les méthodes de communication lorsque les conversations avec la famille désignée et les aidants concernent les enfants.	D	A	C	CH	E
<b>3.1.6</b>	Être capable d'informer les patients et les familles désignées ou les aidants qui reçoivent une approche palliative des soins sur les questions liées à l'évolution de la maladie.	D	A	C	CH	E
<b>3.1.7</b>	Communiquer avec les fournisseurs de soins de santé, y compris l'équipe de soins primaires, au sujet de l'évolution naturelle de la maladie, de ce qu'il faut surveiller, du moment où il faut adresser le patient à un spécialiste, de l'établissement du pronostic et des suggestions concernant les « plans d'action communautaires ».	D	A	C	CH	E
<b>3.1.8</b>	Organiser des réunions entre la personne et sa famille désignée ou ses aidants.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>3 Communication</b>					
		D	A	C	CH	E



## 4 Optimisation du confort et de la qualité de vie

<b>4.1</b>	<b>Évaluer et prendre en charge la douleur dans un contexte de soins palliatifs</b>					
<b>4.1.1</b>	Effectuer un historique complet de la douleur et réaliser un examen physique pertinent pour une personne qui souffre de douleurs.	D	A	C	CH	E
<b>4.1.2</b>	Adopter une approche interdisciplinaire, axée sur la personne et sur la famille désignée, pour évaluer la douleur chez les patients atteints d'une maladie potentiellement mortelle.	D	A	C	CH	E
<b>4.1.3</b>	Décrire et reconnaître la « douleur globale », où les préoccupations physiques, psychologiques, sociales, émotionnelles et spirituelles contribuent chacune à l'expérience de la douleur.	D	A	C	CH	E
<b>4.1.4</b>	Décrire et utiliser des outils normalisés pour l'évaluation de la douleur.	D	A	C	CH	E
<b>4.1.5</b>	Choisir des méthodes d'investigation appropriées et pertinentes sur la douleur.	D	A	C	CH	E
<b>4.1.6</b>	Choisir un traitement analgésique pertinent comprenant des éléments non pharmacologiques et pharmacologiques.	D	A	C	CH	E

Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>4.2</b>	<b>Utiliser efficacement les opioïdes pour prendre en charge la douleur et les autres symptômes dans un contexte de soins palliatifs</b>					
<b>4.2.1</b>	Rédiger une ordonnance d'opioïdes pour un patient qui n'a jamais reçu d'opioïdes, y compris pour les accès de douleur : <ul style="list-style-type: none"> <li>Maîtriser les voies d'administration courantes des opioïdes et leurs effets sur la biodisponibilité et la fréquence d'administration.</li> <li>Maîtriser les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques pertinentes.</li> </ul>	D	A	C	CH	E
<b>4.2.2</b>	Connaître les modalités d'ajustement posologique des opioïdes.	D	A	C	CH	E
<b>4.2.3</b>	Prendre en charge les effets secondaires fréquents des opioïdes et anticiper et prévenir les effets secondaires comme les nausées et la constipation.	D	A	C	CH	E
<b>4.2.4</b>	Répondre aux préoccupations ou aux idées fausses du patient et de la famille désignée ou des aidants au sujet des opioïdes.	D	A	C	CH	E
<b>4.2.5</b>	Expliquer les notions de tolérance, de dépendance physique et d'accoutumance relativement à l'utilisation d'opioïdes.	D	A	C	CH	E
<b>4.2.6</b>	Déterminer les facteurs de risque potentiels associés à une mauvaise utilisation, à l'abus, à l'accoutumance ou au détournement des opioïdes et décrire les approches pour gérer ces problèmes.	D	A	C	CH	E
<b>4.2.7</b>	Reconnaître la neurotoxicité induite par les opioïdes (NIO) et faire la distinction entre la NIO et la surdose d'opiacés.	D	A	C	CH	E
<b>4.3</b>	<b>Utiliser des modalités et des médicaments adjuvants pour la prise en charge de la douleur dans un contexte de soins palliatifs</b>					
<b>4.3.1</b>	Utiliser les analgésiques adjuvants de manière appropriée, notamment les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les agents neuropathiques.	D	A	C	CH	E
<b>4.3.2</b>	Reconnaître le rôle potentiel des modalités adjuvantes, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie, l'intervention chirurgicale et l'analgésie interventionnelle, dans la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes, et adresser le patient vers un spécialiste, le cas échéant.	D	A	C	CH	E
<b>4.4</b>	<b>Évaluer et prendre en charge les symptômes courants, notamment la constipation, les nausées, les vomissements, la dyspnée, le délire et l'insomnie</b>					
<b>4.4.1</b>	Effectuer un historique complet et un examen physique pertinent pour un patient qui présente des symptômes courants.	D	A	C	CH	E
<b>4.4.2</b>	Adopter une approche interdisciplinaire, axée sur la personne et sur la famille désignée, pour évaluer les symptômes chez les personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle.	D	A	C	CH	E
<b>4.4.3</b>	Décrire et utiliser l'ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) et d'autres outils éprouvés, le cas échéant, pour évaluer régulièrement les symptômes dans la population de patients.	D	A	C	CH	E
<b>4.4.4</b>	Choisir des méthodes d'investigation appropriées et pertinentes pour les symptômes détectés.	D	A	C	CH	E

Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>4.4.5</b>	Commencer un traitement de première intention adapté pour prendre en charge les symptômes détectés, notamment des interventions non pharmacologiques.	D	A	C	CH	E
<b>4.5 Traiter les problèmes psychosociaux et spirituels que rencontrent les personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et leur famille désignée ou leurs aidants</b>						
<b>4.5.1</b>	Déterminer, évaluer et planifier les besoins psychosociaux et spirituels que les personnes et leur famille désignée ou leurs aidants ressentent tout au long de la trajectoire de la maladie.	D	A	C	CH	E
<b>4.5.2</b>	Reconnaître le niveau de demande et de stress des familles et des aidants et déterminer les facteurs de risque d'épuisement.	D	A	C	CH	E
<b>4.5.3</b>	Être capable de dépister la dépression et l'anxiété, de les diagnostiquer et d'instaurer un traitement chez les patients qui en souffrent.	D	A	C	CH	E
<b>4.5.4</b>	Déterminer les patients et les familles ou les aidants dont les besoins psychosociaux sont complexes et qui tireraient profit d'une orientation vers des spécialistes.	D	A	C	CH	E
<b>4.5.5</b>	Décrire la relation entre les problèmes psychosociaux, spirituels et culturels en ce qui concerne la souffrance globale et la douleur globale.	D	A	C	CH	E
<b>4.6 Évaluer et décrire de manière appropriée les composantes de la souffrance chez les personnes bénéficiant d'une approche palliative des soins et leur famille désignée ou leurs aidants</b>						
<b>4.6.1</b>	Intégrer les divers points de vue sociétaux sur la fin de vie et la mort.	D	A	C	CH	E
<b>4.6.2</b>	Déceler et décrire les problèmes qui contribuent à la souffrance des personnes nécessitant une approche palliative des soins et de leur famille désignée ou de leurs aidants.	D	A	C	CH	E
<b>4.7 Proposer une approche de soutien à la souffrance</b>						
<b>4.7.1</b>	Adopter une approche de soutien pour traiter les sources multidimensionnelles de souffrance chez les personnes ayant besoin de soins palliatifs et leur famille désignée ou leurs aidants.	D	A	C	CH	E
<b>4.8 Participer à l'offre de soins à l'enfant nécessitant une approche palliative des soins et à sa famille désignée ou à ses aidants, si l'offre de soins pédiatriques s'applique au domaine de pratique</b>						
<b>4.8.1</b>	Décrire les similitudes et les différences entre la prestation de soins palliatifs à des enfants et à des adultes, notamment l'effet du deuil et de la perte sur la famille désignée ou les aidants.	D	A	C	CH	E
<b>4.8.2</b>	Relever les difficultés (sociétales, professionnelles et personnelles) qui se présentent lorsqu'on offre des soins à un enfant ayant besoin de soins palliatifs et à sa famille désignée ou à ses aidants.	D	A	C	CH	E
<b>4.8.3</b>	Décrire l'approche interdisciplinaire des soins qui profite à l'enfant et à sa famille désignée ou à ses aidants dans le cas d'une maladie limitant l'espérance de vie.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>4 Optimisation du confort et de la qualité de vie</b>					
		D	A	C	CH	E



## 5 Planification des soins et pratique collaborative

### 5.1 Établir des plans préalables de soins avec les patients et leur famille désignée ou leurs aidants, conformément à la réglementation et à la terminologie provinciales et territoriales

**5.1.1** Respecter les différentes structures familiales, les rôles au sein de la famille désignée et les questions culturelles au moment de communiquer de l'information et de prendre des décisions, notamment en ce qui concerne les plans de soins.

D A C CH E

**5.1.2** Communiquer avec les responsables ou les aînés des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le cas échéant ou sur demande, pour mettre au point une approche de grande qualité en matière de soins palliatifs pour la personne et sa famille désignée ou ses aidants.

D A C CH E

### 5.2 Faire la démonstration de l'utilisation de la planification préalable des soins

**5.2.1** Faire la démonstration d'une approche efficace de la planification préalable des soins.

D A C CH E

### 5.3 Élaborer et proposer un plan de soins en collaboration avec d'autres disciplines

**5.3.1** Collaborer à l'élaboration d'un plan de soins interdisciplinaires pour répondre aux besoins psychosociaux et spirituels des personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et de leur famille désignée ou de leurs aidants.

D A C CH E

Viser à offrir des soins palliatifs dans le lieu de préférence de la personne, dans la mesure du possible.

**5.3.2** Faire participer activement les fournisseurs de soins primaires et d'autres aides communautaires au soutien psychosocial et spirituel des personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et de leur famille désignée ou de leurs aidants.

D A C CH E

**5.3.3** Reconnaître que la médecine douce et parallèle peut jouer un rôle important dans les soins palliatifs, en particulier pour les membres de populations mal desservies.

Collaborer avec la personne et sa famille désignée ou ses aidants pour intégrer dans le plan de soins les pratiques propres à la communauté.

D A C CH E

**5.3.4** Reconnaître que la médecine traditionnelle peut jouer un rôle important dans les soins palliatifs offerts aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Collaborer avec la personne et sa famille désignée ou ses aidants pour intégrer dans le plan de soins les pratiques propres à la communauté.

D A C CH E

### 5.4 Collaborer en tant que membres d'une équipe interdisciplinaire

**5.4.1** Travailler efficacement avec des collègues d'autres disciplines afin de proposer une approche palliative des soins tout au long de la trajectoire de la maladie.

D A C CH E

Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>5.4.2</b>	Orienter les patients aux besoins complexes nécessitant une expertise en soins palliatifs de niveau spécialiste, notamment en ce qui concerne les points suivants : motifs de consultation, investigations pertinentes, prise en charge de la douleur, liste des médicaments et toxicité des opioïdes.	D	A	C	CH	E
<b>5.4.3</b>	Assurer la continuité d'une approche palliative des soins dans différents contextes, en collaborant avec le clinicien le plus responsable.	D	A	C	CH	E
<b>5.4.4</b>	Être capable de collaborer avec les membres d'autres disciplines à propos desquelles des conversations portant sur une maladie grave ont eu lieu et leur communiquer les réponses de la personne et de sa famille désignée ou de ses aidants.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>5 Planification des soins et pratique collaborative</b>					
		D	A	C	CH	E



## 6 Derniers moments de vie

<b>6.1</b>	<b>Participer aux soins du patient mourant et de sa famille désignée ou de ses aidants dans les cas non complexes</b>					
<b>6.1.1</b>	Déceler les signes de mort imminente.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.2</b>	Décrire les signes courants du processus de mort naturelle.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.3</b>	Préparer et informer la personne et sa famille désignée ou ses aidants à l'approche de la mort.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.4</b>	Prescrire des médicaments pour maîtriser les symptômes du processus de mort.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.5</b>	Déclarer l'état de mort d'un patient et remplir un certificat de décès. Préciser les circonstances qui peuvent nécessiter d'avoir recours à un coroner ou à un médecin légiste.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.6</b>	Organiser la discussion avec les professionnels concernés si une autopsie est exigée ou demandée. Organiser la discussion avec les professionnels concernés si le patient ou sa famille désignée ou ses aidants ont des demandes liées au don d'organes ou de tissus.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.7</b>	Intégrer les rituels et les pratiques antérieurs et postérieurs au décès en fin de vie, conformément aux souhaits du patient ou de sa famille désignée ou de ses aidants.	D	A	C	CH	E
<b>6.1.8</b>	Intégrer les protocoles et les pratiques propres à la communauté qui entourent la fin de vie, lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>6 Derniers moments de vie</b>					
		D	A	C	CH	E



## 7 Perte, chagrin et deuil

### 7.1 Aborder le chagrin et le deuil chez les personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et leur famille désignée ou leurs aidants

<b>7.1.1</b>	Gérer et évaluer avec précision les besoins liés à la perte, au chagrin et au deuil.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.2</b>	Relever les facteurs de risque d'un deuil compliqué.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.3</b>	Comprendre les besoins des enfants à diverses étapes de leur développement quant à la gestion du deuil et de la perte.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.4</b>	Décrire une approche visant à offrir des soins de soutien aux personnes qui vivent un chagrin ou un deuil anticipatoire.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.5</b>	Appuyer les protocoles et les pratiques propres à la famille désignée et aux aidants, ainsi qu'à la communauté, en ce qui concerne la mort, la perte et le deuil, lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux membres de populations mal desservies.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.6</b>	Appuyer les protocoles et les pratiques propres à la famille désignée et à la communauté concernant la mort, la perte et le deuil lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.7</b>	Reconnaître l'effet des traumatismes personnels et des expériences négatives sur les membres de populations mal desservies, et la manière dont ils peuvent façonner le chagrin et le deuil que ces membres expriment. Mettre en pratique des principes et des soins qui tiennent compte des traumatismes.	D	A	C	CH	E
<b>7.1.8</b>	Reconnaître l'effet des traumatismes et des pertes systémiques historiques et actuels sur l'expérience et l'expression du chagrin et du deuil des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Mettre en pratique des principes et des soins qui tiennent compte des traumatismes.	D	A	C	CH	E

**TOTAL 7 Perte, chagrin et deuil**

D A C CH E



## 8 Prendre soin de soi

### 8.1 Pratiquer l'autoréflexion et prendre soin de soi lorsqu'il s'agit de collaborer avec des personnes qui nécessitent une approche palliative des soins et avec leur famille désignée ou leurs aidants

<b>8.1.1</b>	Déterminer les facteurs communs qui contribuent au stress personnel et professionnel lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux personnes nécessitant une approche palliative des soins et à leur famille désignée ou à leurs aidants.	D	A	C	CH	E
--------------	---	---	---	---	----	---



Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>8.1.2</b>	Élaborer un plan pour faire face au stress personnel et professionnel qui peut survenir lorsqu'il s'agit d'offrir des soins aux personnes nécessitant une approche palliative des soins et à leur famille désignée ou à leurs aidants. Offrir du soutien aux collègues.	D	A	C	CH	E
<b>8.1.3</b>	Participer à des activités saines qui aident à prévenir l'usure de compassion chez soi et chez les collègues.	D	A	C	CH	E
<b>8.1.4</b>	Être capable de pratiquer l'autoréflexion en analysant ses propres valeurs, croyances et réactions face à la fin de vie et à la mort.	D	A	C	CH	E
<b>8.1.5</b>	Savoir lorsque des réactions personnelles peuvent avoir un effet sur la capacité à proposer une approche palliative des soins et demander de l'aide pour les atténuer.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>8 Prendre soin de soi</b>					
		D	A	C	CH	E



## 9 Pratique professionnelle et éthique

<b>9.1</b>	<b>Participer activement à la planification préalable des soins, aux discussions sur les objectifs des soins et à la prise de décisions avec les personnes qui tireraient profit d'une approche palliative des soins, à l'aide de cadres bioéthiques et juridiques</b>					
<b>9.1.1</b>	Discuter des problèmes d'éthique fréquents qui surviennent tout au long de la trajectoire de la maladie, comme la prise de décisions, la non-administration ou l'interruption d'un traitement et les ordonnances de non-réanimation.	D	A	C	CH	E
<b>9.1.2</b>	Faire la distinction entre l'aide médicale à mourir, la sédation palliative continue (SPC) pour les symptômes réfractaires en toute fin de vie, et la non-administration ou l'interruption d'un traitement, conformément à la réglementation et à la terminologie provinciales, territoriales et fédérales.	D	A	C	CH	E
<b>9.1.3</b>	Être capable de répondre aux patients et à leur famille désignée ou à leurs aidants lorsqu'il s'agit de discuter de l'aide médicale à mourir, de la SPC et de la non-administration ou de l'interruption d'un traitement.	D	A	C	CH	E
<b>9.1.4</b>	S'interroger avec compassion sur la souffrance chez le patient et sa famille désignée ou ses aidants et l'aborder avec eux lors des discussions sur l'aide médicale à mourir, la SPC et la non-administration ou l'interruption d'un traitement en faisant preuve de compassion.	D	A	C	CH	E
<b>9.1.5</b>	Avoir recours à des services de soins palliatifs spécialisés, au besoin.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>9 Pratique professionnelle et éthique</b>					
		D	A	C	CH	E



## 10 Formation, évaluation, amélioration de la qualité et recherche

10.1 Accéder à la formation continue sur l'approche palliative des soins		D	A	C	CH	E
10.1.1	Participer aux activités de formation continue pour le maintien des compétences en matière d'approche palliative des soins.	D	A	C	CH	E
10.1.2	Participer à des activités de formation sur la sécurité culturelle, en particulier celles qui sont propres aux populations mal desservies. Le cas échéant, participer à des formations propres à la région.	D	A	C	CH	E
10.1.3	Participer à des activités de formation sur la sécurité culturelle des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le cas échéant, participer à des formations propres à la région.	D	A	C	CH	E
10.1.4	Se tenir au courant des données probantes actuelles concernant la mise en place d'approches palliatives des soins.	D	A	C	CH	E
10.2 Contribuer à l'amélioration de la qualité		D	A	C	CH	E
10.2.1	Participer à des activités de formation sur la sécurité culturelle dans le but d'améliorer la qualité des soins palliatifs, en particulier pour les populations mal desservies, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis.	D	A	C	CH	E
10.2.2	Contribuer à l'évaluation de la qualité des soins palliatifs et de l'efficacité du système de soins palliatifs, par rapport à sa propre pratique.	D	A	C	CH	E
10.2.3	Évaluer de façon continue les lacunes liées à l'offre de soins aux personnes qui demandent des soins palliatifs et à leur famille désignée ou à leurs aidants.	D	A	C	CH	E
10.3 Promouvoir la production, le transfert et la synthèse des connaissances		D	A	C	CH	E
10.3.1	Participer, le cas échéant, à des activités de recherche sur l'amélioration de la prestation des soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
10.3.2	Se tenir au courant des recherches actuelles et nouvelles en matière de prestation de soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>10 Formation, évaluation, amélioration de la qualité et recherche</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>CH</b>	<b>E</b>



Compétences en soins palliatifs et descriptions

Niveau de connaissance/compétence

## 11 Défense des intérêts

11.1 Relever les déterminants de la santé et éliminer les obstacles qui ont un effet sur l'offre de soins palliatifs		D	A	C	CH	E
11.1.1	Déterminer et, dans la mesure du possible, éliminer les obstacles à la disponibilité et à l'accessibilité des soins palliatifs, notamment : la géographie, les préjugés liés à la réception de soins palliatifs, le manque de reconnaissance des personnes qui en tireraient profit, la disponibilité de ressources communautaires et la mise à disposition de services spécialisés de soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
11.1.2	Déterminer des partenaires au sein des populations mal desservies et travailler en partenariat avec eux afin de lever les inégalités en matière d'accès aux soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
11.1.3	Déceler et, dans la mesure du possible, éliminer les obstacles à la disponibilité et à l'accessibilité des soins palliatifs propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.	D	A	C	CH	E
11.1.4	Déterminer les possibilités de défendre l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes ayant besoin de soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
11.1.5	Défendre des pratiques adaptées sur le plan culturel et exemptes de racisme et de discrimination.	D	A	C	CH	E
<b>TOTAL</b>	<b>11 Défense des intérêts</b>					
		D	A	C	CH	E



## 12 Soins virtuels

12.1 Déterminer les personnes pour lesquelles une approche palliative virtuelle des soins pourrait être indiquée		D	A	C	CH	E
12.1.1	Déterminer les personnes pour lesquelles une évaluation par des modalités de soins virtuels pourrait convenir, dans le contexte des soins palliatifs.	D	A	C	CH	E
12.1.2	Reconnaître les obstacles en matière d'équité liés à la réception de soins virtuels et à l'accès à ceux-ci, notamment la géographie, les finances, les handicaps, la langue, la disponibilité et la maîtrise de la technologie.	D	A	C	CH	E
12.2 Adapter les soins à une modalité virtuelle s'il y a lieu		D	A	C	CH	E
12.2.1	Offrir des soins virtuels conformément aux normes d'Agrément Canada.	D	A	C	CH	E
12.2.2	Adapter diverses techniques d'information et de communication pour offrir de façon virtuelle une approche palliative des soins axée sur la personne.	D	A	C	CH	E

Compétences en soins palliatifs et descriptions		Niveau de connaissance/compétence				
<b>12.2.3</b>	Utiliser des outils d'évaluation pour la surveillance à distance des symptômes observés en soins palliatifs, notamment les outils d'ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) pour offrir des soins de façon virtuelle.	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>CH</b>	<b>E</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12 Soins virtuels</b>					
		<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>CH</b>	<b>E</b>
<b>Grand total</b>						
		<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>CH</b>	<b>E</b>