



Compétences en soins gérontologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle



Canadian Association  
of Schools of Nursing  
Association canadienne des  
écoles de sciences infirmières

© Canadian Association of Schools of Nursing, 2017

ISBN édition papier : 978-0-921847-66-3

ISBN édition électronique : 978-0-921847-67-0

## Table des Matières

<b>Remerciements</b>	1
<b>Objectif</b>	2
<b>Contexte</b>	3
<b>Méthodes d'élaboration des compétences</b>	6
<b>Cadre de compétences</b>	6
<b>Compétences en soins gériatologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle</b>	7
<b>Glossaire des termes</b>	13
<b>Références</b>	14

## Acknowledgements

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration des *Compétences en soins gériatologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle* pour leur expertise, leur temps et leur contribution. Nous tenons particulièrement à remercier le groupe de travail, composé d'expertes spécialisées en soins gériatologiques, pour son élaboration des compétences essentielles, ainsi que les différentes intervenantes partout au Canada qui ont offert leurs commentaires et leur expertise, que ce soit en personne lors du forum des intervenantes ou en ligne au moyen du sondage de validation.

### Groupe d'études

Lori Schindel Martin (coprésidente), RN, PhD	Associate Professor, Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University
Lorna Guse (coprésidente), RN, PhD	Associate Professor, College of Nursing, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba
Cynthia Baker, inf. aut., Ph. D.	Directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Jennifer Baumbusch, RN, PhD	Associate Professor, School of Nursing, University of British Columbia
Veronique M. Boscart, RN, MScN, MEd, PhD	CIHR/Schlegel Industrial Research Chair for Colleges in Seniors Care; Director, Schlegel Centre for Advancing Seniors Care, Conestoga College Institute of Technology and Advanced Learning and Schlegel Villages
Anne Bourbonnais, IA, Ph. D.	Professeure agrégée et Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Diane Buchanan, RN, PhD, GNC(C)	Adjunct Professor – Retired, School of Nursing, Queen's University
Sherry Dahlke, RN, PhD, CGC(C)	Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Alberta
Kathleen F. Hunter, NP, RN, PhD, GNC(C), NCA	Associate Professor, University of Alberta Faculty of Nursing Nurse Practitioner, Specialized Geriatric Services, Glenrose Hospital
Sue Ann Mandville-Anstey, RN, PhD	Nurse Educator, Centre for Nursing Studies
Lynn McCleary, RN, PhD	Associate Professor, Brock University
Sharon L. Moore, RN, PhD, R. Psych.	Professor, Faculty of Health Disciplines, Athabasca University
Donna Murnaghan, RN, MN, PhD	Dean & Professor, School of Nursing, Thompson Rivers University, British Columbia
Lori Weeks, PhD	Associate Professor, School of Nursing, Dalhousie University
Carla Wells, RN, PhD, GNC(C)	Director, Western Regional School of Nursing

**Note: Les titres de postes et les titres de compétences (diplômes et grades universitaires) ne sont pas traduits ; ils sont publiés dans leur langue originale, tels qu'ils ont été soumis. Dans le but d'alléger le texte dans le présent document, les termes au féminin comprennent le masculin.**

## Objectif

Les compétences en soins gériatriques pour accéder à la pratique représentent les compétences essentielles en matière de soins des personnes âgées et de leurs familles que les nouvelles infirmières autorisées devraient posséder. L'objectif de ces compétences est d'offrir de l'orientation aux infirmières enseignantes dans les programmes de formation en sciences infirmières et d'encadrer le développement des programmes d'études. Les compétences et leurs indicateurs respectifs définissent l'ensemble des connaissances, des habiletés et des attitudes que toutes les infirmières nouvellement diplômées devraient acquérir au cours de leur programme d'études en vue de prodiguer des soins aux personnes âgées et à leurs familles. Les compétences ne sont pas conçues pour remplacer les lignes directrices d'accès à la pratique provinciales et territoriales, mais plutôt pour offrir des lignes directrices nationales consensuelles sur l'étendue et la profondeur des programmes de formation quant aux soins des personnes âgées et de leurs familles.

L'ACESI s'est engagée à élaborer des politiques et des énoncés inclusifs qui visent à décourager toute discrimination et attitude cisnormative. Ainsi, l'un des objectifs directeurs de l'élaboration de ce cadre de compétences est d'assurer qu'il favorise l'ouverture, l'inclusion et le respect de tous, y compris les personnes transgenres, non binaires, intersexuées et tous les membres de communautés marginalisées .

## Contexte

Les infirmières autorisées canadiennes sont essentielles pour assurer aux personnes âgées et à leurs familles la prestation continue de soins sécuritaires axés sur la personne et éclairés par des données probantes. La Canadian Gerontological Nursing Association (2010) précise que le rôle de l'infirmière dans la prestation de ces soins consiste à analyser, à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer un plan de soins personnalisé éclairé par des données probantes pour la personne âgée et sa famille d'après ses besoins et ses volontés uniques. Cette combinaison de soins familiaux inclusifs, adaptés et centrés sur la personne est essentielle pour la santé et le bien-être des personnes âgées (Touhy, McCleary et Boscart, 2012).

La population du Canada est vieillissante, et le nombre et la proportion de personnes âgées continuent d'augmenter. D'après les données du recensement de 2016, il y a eu une augmentation de 20 % du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans par rapport à 2011 (Statistique Canada, 2015). Cette situation a été attribuée au vieillissement des baby-boomers, c'est-à-dire les personnes nées entre 1946 et 1965, ainsi qu'à l'augmentation de l'espérance de vie. Les Canadiens vivent maintenant plus longtemps en raison de la croissance des économies régionales, d'une meilleure alimentation, de la mise au point de traitements contre les maladies graves et du succès des interventions visant la prise en charge des cas de multimorbidité (Gellatly et Richards, 2017; Statistique Canada, 2016a; 2016b). En 2017, l'espérance de vie au Canada devrait être de 79 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes (Statistique Canada, 2017).

De plus, le nombre de Canadiens qui atteignent l'âge de 100 ans ou plus a augmenté. En 2011, on estime que 5 825 personnes étaient âgées de 100 ans ou plus, comparativement à 4 635 en 2006 et 3 795 en 2001 (Statistique Canada, 2015). En outre, de récentes projections démographiques de Statistique Canada démontrent que l'espérance de vie devrait continuer de croître au Canada au cours des prochaines décennies, augmentant ainsi les probabilités d'atteindre l'âge de 100 ans (Statistique Canada, 2015).

Au Canada, bon nombre de personnes âgées sont en bonne santé, actives, autonomes et mènent une vie agréable dans leur communauté. Leurs besoins en matière de soins de santé concernent surtout la promotion de la santé et la prévention des maladies, et ils requièrent parfois un certain soutien pour l'autogestion des maladies chroniques. Toutefois, d'autres personnes âgées, atteintes de comorbidités multiples, ont besoin de soins plus complets de la part des professionnels de la santé pour jouir d'une meilleure qualité de vie (Baumbusch et Andryszyn, 2002; Baumbusch, Dahlke et Phinney, 2012; Baumbusch et Goldenberg, 2000; Kaasalainen et coll., 2006; McCleary, Boscart, Donahue et Harvey, 2014; McCleary, Luinstra-Toohey, Hoogeveen, Boscart et Donahue, 2014; McCleary, Donahue, Woo, Boscart et McGilton, 2011; McCleary, McGilton, Boscart et Oudshoorn, 2009).

Bien que les soins infirmiers gériatriques soient souvent associés aux unités de soins gériatriques des patients hospitalisés ou aux soins de longue durée, la majorité des infirmières autorisées au Canada prodiguent des soins aux personnes âgées et à leurs familles tout au long du continuum des soins, que ce soit dans les services d'urgence, les unités de soins intensifs, les unités de médecine ou de chirurgie, les unités de réadaptation, les cliniques communautaires, les soins à domicile et les soins de santé primaires. En réalité, la majorité des patients dans la plupart des milieux sont des personnes âgées qui ont besoin de soins infirmiers gériatriques éclairés par des données

probantes et les pratiques exemplaires (Baumbusch, Leblanc, Shaw et Kjørven, 2016; Baumbusch et Shaw, 2011; Coker et coll., 2010; Dahlke, Phinney, Hall, Rodney et Baumbusch, 2015; Dahlke et Baumbusch, 2015; Parke et Hunter, 2014; Parke et coll., 2013; Voyer, Champoux et coll., 2015).

En matière de promotion de la santé, les soins gériatologiques des personnes âgées et de leurs familles comprennent le soutien pour favoriser un vieillissement en bonne santé, une sensibilisation accrue et la promotion de la santé mentale gériatrique, la prévention des maladies, et une aide aux communautés accueillantes pour les personnes âgées et les personnes atteintes de démence. En matière de malades chroniques, ces soins peuvent inclure la prise en charge des multimorbidités ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les soins de courte durée, quant à eux, sont souvent prodigués aux personnes âgées présentant des symptômes de maladies chroniques qui s'exacerbent au point de mettre leur vie en danger, ou suivent l'hospitalisation de personnes âgées en raison d'un accident comme une chute (Latham et Ackroyd-Stolarz, 2014). Les soins et les services nécessaires incluent une surveillance étroite, une évaluation et des mesures de prévention de la démence, une planification de congés ou de transferts, du soutien pour les déplacements entre les milieux de soins de santé, et des soins de fin de vie. Dans les milieux de soins de longue durée, les infirmières autorisées, y compris celles qui sont nouvellement diplômées, assurent un leadership tant en ce qui concerne l'organisme qu'en ce qui concerne les unités. Elles effectuent également des évaluations de la mobilité et des capacités, de la douleur, de la palliation, des fonctions cognitives, du comportement et des soins axés sur la famille (Brazil, Brink, Kaasalainen, Kelly et McAiney, 2012; Kaasalainen, 2013; Kaasalainen, Hadjistavropoulos, Zakhalen, Akhtar-Danesh et Verreault, 2013; Kaasalainen et coll., 2012; McCleary, Boscart et coll., 2014; McCleary, Luinstra-Toohey et coll., 2014b; McGilton et coll., 2016; Slaughter et coll., 2015; Voyer, McCusker et coll., 2015; Wickson-Griffiths, Kaasalainen et Herr, 2016). En 2010, il y avait 25 591 infirmières autorisées au Canada qui travaillaient directement dans le domaine des soins gériatriques ou de longue durée (IRSC, 2012).

Les aidants naturels ont besoin de renseignements, d'éducation, d'inclusion et de soutien pour tous les genres de soins qu'ils peuvent devoir assurer (Duggleby et coll., 2016). Le renforcement des capacités et la promotion de la résilience dans les familles des personnes âgées font partie intégrante des soins infirmiers gériatologiques (Duggleby et coll., 2016).

Les soins infirmiers auprès des personnes âgées et de leurs familles au Canada doivent tenir compte de certains facteurs socioculturels plutôt particuliers, notamment la compréhension des besoins d'une population âgée présentant une grande diversité culturelle et linguistique, dont certains membres peuvent être des immigrants très récents au Canada (Statistique Canada, 2016). Les infirmières débutantes doivent comprendre que les autres cultures peuvent avoir des attentes différentes concernant les soins relationnels des personnes âgées.

Les infirmières débutantes doivent également comprendre que les Canadiens plus âgés qui sont membres de peuples autochtones ou vivent en milieu rural se heurtent à des obstacles très particuliers lorsqu'ils doivent accéder aux soins de santé, et être prêtes à agir sur ces déterminants sociaux de la santé (Duggleby et coll., 2016; Duggleby et coll., 2015; Forbes et coll., 2015; Weeks, MacQuarrie, Begley, Gill et LeBlanc, 2016; Weeks, Nesto et Begley, sous presse). De plus, les personnes âgées autochtones ont besoin que le soutien et les soins de fin de vie qu'elles reçoivent démontrent une compréhension de leur culture et de leurs réseaux de soutien (Forbes et coll., 2013).

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) a fait une demande particulière aux établissements d'enseignement en sciences infirmières du Canada, soit de préparer les étudiantes au moyen d'une « formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme » (p. 4). Lorsqu'elles accèdent à la pratique, les nouvelles diplômées des programmes de formation infirmière de premier cycle doivent avoir acquis les compétences interculturelles nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées et des familles autochtones (Guse, 2015).

En résumé, les diplômées des programmes de formation infirmière de premier cycle au Canada doivent posséder les connaissances, les attitudes et les habiletés requises pour prodiguer des soins de base adaptés aux cultures, en collaboration avec les personnes âgées et leurs familles, tout au long du continuum des soins et dans différents milieux de soins de santé

## MÉTHODES D'ÉLABORATION DES COMPÉTENCES

La méthode d'élaboration des compétences correspond à une méthode Delphi modifiée qui comprend un processus itératif en plusieurs étapes. Cette méthode incorpore des commentaires des intervenantes dans la recherche du consensus au sein d'un groupe d'experts. Une analyse environnementale des ressources, des normes et des compétences existantes liées aux soins gériatologiques a servi de point de départ pour l'élaboration de la première ébauche des *Compétences en soins gériatologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle*. Un groupe de travail composé d'expertes en soins gériatologiques provenant de toutes les régions du Canada a été créé pour orienter l'élaboration des compétences. L'ébauche de ces dernières a été révisée à trois reprises par le groupe de travail jusqu'à ce qu'un premier consensus soit atteint.

Un forum des intervenantes a eu lieu en mai 2017 lors de la 19e conférence nationale biennale de la Canadian Gerontological Nursing Association afin d'examiner cette première ébauche consensuelle, et 30 intervenantes des domaines de la formation, de la pratique et des politiques en sciences infirmières de l'ensemble du Canada y ont assisté. Le format participatif de type « café mondial » a permis l'expression de différents points de vue dans la salle lors de l'examen approfondi de chaque compétence et indicateur. Le groupe de travail a par la suite recueilli, analysé et utilisé ces commentaires dans le but de réviser les compétences jusqu'à ce qu'un deuxième consensus soit atteint.

L'étape finale du processus d'élaboration des compétences était de faire parvenir un sondage de validation en ligne afin d'obtenir les commentaires finaux des intervenantes. Un total de 98 intervenantes ont répondu au sondage, qui demandait d'indiquer si elles considéraient le niveau d'importance de chaque énoncé de compétence et de chaque indicateur comme étant « essentiel », « important », « assez important », « pas important » ou d'indiquer si elles ne savaient pas. Les répondantes avaient également la possibilité de formuler des commentaires tout au long du sondage. Tous les énoncés de compétence et indicateurs ont atteint un total de plus de 85 % pour les réponses « essentiel » et « important » réunies. Le groupe de travail a examiné les commentaires, quelques modifications mineures ont été apportées au document, puis un consensus final a été atteint.

### Cadre de compétences

Les compétences sont des savoir-agir complexes résultant de l'intégration et de la mobilisation de ressources internes (connaissances, habiletés, attitudes) et de ressources externes, et de leur application à des situations particulières (Tardif, 2006). Trois compétences essentielles en soins gériatologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle ont été identifiées.

Les indicateurs pour chaque énoncé de compétence sont les manifestations observables et mesurables des apprentissages critiques essentiels au développement de la compétence (Tardif, 2006).

Le glossaire fournit les définitions d'un certain nombre de termes utilisés dans les énoncés de compétences et les indicateurs.

Compétences en soins  
géronologiques pour accéder à  
la pratique dans le cadre de  
programmes de formation  
infirmière de premier cycle

## Compétence 1

**Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour promouvoir la santé et le bien-être, favoriser la résilience et l'adaptation au changement, améliorer les capacités, et prévenir les maladies et les blessures.**

### Indicateurs

- 1.1 Reconnaît que le domaine des soins aux personnes âgées est touché par l'âgisme et les opinions sociétales et personnelles sur le vieillissement.
- 1.2 Entretient avec la personne âgée et sa famille une relation thérapeutique qui respecte et valorise la diversité de leurs expériences, de leurs antécédents et de leur culture.
- 1.3 Favorise la santé et le bien-être de la personne âgée dans le cadre du processus de vieillissement.
- 1.4 Respecte les perceptions de ce qu'est la « santé » et les attentes culturelles de la personne âgée et de la famille concernant le vieillissement, et prodigue des soins adaptés à sa culture.
- 1.5 Utilise des stratégies de communication adaptatives pour tenir compte des changements liés à l'âge.
- 1.6 Favorise le vieillissement en bonne santé, les capacités optimales et l'autonomie de la personne âgée.
- 1.7 Offre à la personne âgée des solutions thérapeutiques aux changements psychosociaux liés à l'âge, qui comprennent la perte, l'isolement et les déterminants sociaux de la santé.
- 1.8 Aide la personne âgée et sa famille à accéder aux ressources communautaires qui favorisent des capacités optimales et le bien-être.

## Compétence 1

**Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour promouvoir la santé et le bien-être, favoriser la résilience et l'adaptation au changement, améliorer les capacités, et prévenir les maladies et les blessures.**

### Indicators

- 1.9 Collabore avec la personne âgée, sa famille et l'équipe de soins afin d'élaborer et mettre en œuvre un plan de soins pour gérer les changements et les facteurs de risque liés à l'âge ainsi que les changements ayant une incidence sur le bien-être.
- 1.10 Encourage les relations positives et d'entraide de la personne âgée avec les autres.
- 1.11 Détecte les cas réels ou potentiels de mauvais traitements ou de violence envers la personne âgée (qu'il s'agisse de mauvais traitements émotionnels, financiers, physiques, sexuels; de négligence; ou de négligence de soi), et intervient en conséquence.

## Indicateurs

- 2.1 À l'aide d'approches éclairées par des données probantes et conformes à l'éthique, réalise une évaluation holistique complète de la personne âgée afin d'identifier ses faiblesses et ses besoins émotionnels, fonctionnels, physiques, sexuels, sociaux, spirituels et en matière de sécurité.
- 2.2 Fait preuve d'un esprit critique lors de la surveillance des interactions complexes entre les maladies aiguës et chroniques, et dans les interventions visant à gérer les changements de l'état de santé ou des capacités de la personne âgée.
- 2.3 Collabore avec la personne âgée, sa famille et l'équipe des soins lors de la planification de soins pour améliorer ou maintenir les capacités à la suite des changements causés par des maladies aiguës ou chroniques.
- 2.4 Soutient la personne âgée et sa famille lors des transitions en matière de soins.
- 2.5 Adapte les interventions associées aux soins afin de tenir compte des changements et des facteurs de risque liés à l'âge.
- 2.6 Identifie les effets du vieillissement sur les réponses thérapeutiques aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.
- 2.7 Examine de façon critique la personne âgée afin d'identifier toute polypharmacie ou interaction entre les médicaments en vente libre qui pourrait aggraver les maladies aiguës et chroniques.

## Compétence 2

**Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour améliorer le bien-être en dépit de maladies aiguës et chroniques complexes.**

### Indicateurs

- 2.8 Identifie les obstacles auxquels la personne âgée pourrait se heurter dans l'accès aux soins ou le respect d'un schéma thérapeutique, et met en œuvre des stratégies pour réduire ces obstacles.
- 2.9 Reconnaît les syndromes gériatriques comme l'incontinence, le delirium, la démence, la dépression et les chutes, et intervient de façon thérapeutique.
- 2.10 Fournit du soutien informatif, affectif et matériel à l'aidant naturel.
- 2.11 Détecte lorsque la personne âgée ou la famille a besoin de soins ou de soutien supplémentaires, et les oriente vers les services appropriés.

## Indicateurs

- 3.1 Comprend que la mort fait partie du processus de la vie et discute des directives préalables aux soins avec la personne âgée et sa famille.
- 3.2 Offre du soutien à la personne âgée au moment de définir les objectifs des soins, et défend ses droits d'autodétermination relatifs aux soins, y compris la prise de décisions concernant les traitements, les directives préalables aux soins, les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir.
- 3.3 Évalue les signes et les symptômes indiquant une mort prochaine chez la personne âgée, et intervient de manière appropriée.
- 3.4 Évalue les besoins de la personne âgée et de sa famille, et mobilise l'équipe de soins en vue de l'adoption d'une approche palliative, lorsqu'approprié.
- 3.5 Offre des soins physiques ainsi que du soutien affectif et spirituel à la personne âgée dans ses derniers moments de vie.
- 3.6 Apporte du réconfort et du soutien à la personne âgée qui se dirige vers la mort et à sa famille, et offre des soins qui respectent leurs désirs, leur spiritualité et leur culture.
- 3.7 Fournit de l'aide et du soutien affectif aux membres de la famille qui sont en deuil pendant et après le décès de la personne âgée.
- 3.8 Reconnaît le besoin d'autosoins et a recours à ceux-ci à la suite du décès de la personne âgée dont elle prenait soin.

## Glossaire des termes

Term	Définition
Âgisme	Il s'agit des stéréotypes et de la discrimination à l'égard de personnes ou de groupes de population sur la base de leur âge (OMS, 2012). L'âgisme comprend plusieurs aspects et se manifeste de différentes façons, y compris les attitudes négatives envers les personnes âgées, la vieillesse et le processus de vieillissement, les pratiques discriminatoires contre les personnes âgées, et les pratiques et les politiques institutionnelles qui entretiennent les préjugés à l'égard des personnes âgées (Wilkinson et Ferraro, 2002).
Approche palliative	Il s'agit d'une approche pour améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Elle prévient et soulage les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel (OMS, 2017).
Cisnormativité	La supposition que l'identité sexuelle de toute personne se conforme ou « correspond » au sexe qui leur a été assigné à la naissance et que cette situation est en fait la « norme ». Ce terme est utilisé pour décrire les stéréotypes, les attitudes négatives et les préjugés à l'égard des personnes transgenres qui sont plus répandus ou systémiques au sein de la société et de ses organisations et institutions (Commission ontarienne des droits de la personne, 2014).
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants sociaux de la santé ont un impact sur la santé des populations. Ils comprennent : le niveau de revenu et le statut social; les réseaux de soutien social; l'éducation et l'alphabétisme; l'emploi et les conditions de travail; les environnements sociaux; les environnements physiques; les habitudes relatives à la santé et les capacités d'adaptation personnelles; le développement de la petite enfance; le patrimoine biologique et génétique; et la culture (Agence de la santé publique du Canada, 2016).
Directives préalables aux soins	Il s'agit d'instructions relatives aux soins de santé ou aux soins personnels données par une personne apte, souvent sous forme écrite, concernant les soins de santé (les traitements) ou les soins personnels qu'elle souhaite recevoir si elle devient inapte à donner un consentement éclairé (Dunbrack, 2006).
Équipe Santé familiale	Les équipes Santé familiale sont des organismes de soins de santé primaires, chacune comprenant une équipe de médecins de famille, d'infirmières et d'infirmiers praticiens, d'infirmières et d'infirmiers autorisés, de travailleurs sociaux, de diététistes et autres professionnels qui travaillent ensemble pour offrir des soins de santé à leur collectivité. Ces équipes veillent à ce que les personnes reçoivent les soins dont elles ont besoin dans leurs collectivités, car chaque équipe est créée en fonction de la collectivité et des besoins locaux en matière de santé (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2016).
Famille	L'ACESI utilise une définition fonctionnelle de la famille, qui met l'accent sur les relations et les rôles et qui est composée de « deux ou plusieurs personnes liées entre elles par des liens de consentement mutuel, de naissance, d'adoption ou de placement et qui, ensemble, assument à divers degrés la responsabilité des éléments suivants, ou de certains d'entre eux » (Institut Vanier de la famille).
Polypharmacie	Il existe différentes définitions de ce terme; il peut s'agir de l'usage d'un grand nombre de médicaments (p. ex., plus de 5 ou 10), de l'usage d'une quantité de médicaments supérieure à ce qui est indiqué sur le plan clinique, ou de l'usage de médicaments qui ne sont pas appropriés (Farrell, Shamji, Monahan et Merkle, 2013).
Soins de fin de vie	Il s'agit de soins d'accompagnement prodigués avec compassion qui visent principalement à assurer le confort, la qualité de vie, le respect des décisions personnelles quant aux traitements, le soutien de la famille, et le respect des préoccupations psychologiques, culturelles et spirituelles de la personne en fin de vie et de sa famille (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, s.d.)

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). Social Determinants of Health. Canadian Best Practices Portal. Repéré à <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/en/public-health-topics/social-determinants-of-health/>
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en gérontologie. (2010). *Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice 2010*. Vancouver, CB: Auteur.
- Baumbusch, J. L., et Andrusyszyn, M. A. (2002). Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: Cause for concern? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(1), 119–129.
- Baumbusch, J., Dahlke, S., et Phinney, A. (2012). Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2550–2558. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05958.x>
- Baumbusch, J. L., et Goldenberg, D. (2000). The impact of an aging population on curriculum development in undergraduate nursing education. *Perspectives: The Journal of Gerontological Nursing*, 24(2), 8–14.
- Baumbusch, J., Leblanc, M.-E., Shaw, M., et Kjørven, M. (2016). Factors Influencing Nurses' Readiness to Care for Hospitalized Older People. *International Journal of Older People Nursing*, 11, 149–159. <https://doi.org/10.1111/opn.12109>
- Baumbusch, J., et Phinney, A. (2014). Invisible hands: The role of families in care work in long term residential care. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 73–97. <https://doi.org/10.1177/1074840713507777>
- Baumbusch, J., et Shaw, M. (2011). Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 321–327. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.04.013>
- Boscart, V., McCleary, L., Huson, K., Sheiban, L., et Harvey, K. (2017). Integrating gerontological competencies in Canadian health and social service education: An overview of trends, enablers and challenges. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(1), 17–46. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1230738>
- Boscart, V., Pringle, D., Wynn, F., Peter, E., et McGilton, K. S. (2016). Development and psychometric testing of the Humanistic Nurse-Patient Scale. *Canadian Journal on Aging* 35(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000604>
- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., et McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 77–83. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.2.77>
- British Columbia Ministry of Health. (s.d.). End-of-Life Care. Repéré à <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/end-of-life-care>
- Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Turpie, I., Dolovich, L., et Taniguchi, A. (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing Research*, 23(3), 139–46. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.003>
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2014). *Policy on preventing discrimination because of gender identity and gender expression*. Repéré à <http://www.ohrc.on.ca/ur/book/export/html/11191>
- Dahlke, S., Phinney, A., Hall, W., Rodney, P., et Baumbusch, J. (2015). Orchestrating care: Nursing practice with hospitalized older adults. *International Journal of Older People Nursing*, 10(4), 252–262. <https://doi.org/10.1111/opn.12075>

- Dahlke, S. et Baumbusch, J. (2015). Nursing Teams Caring for Hospitalized Older Adults. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3177–3185. <https://doi.org/10.1111/jocn.12961>
- Duggleby, W., Tycholiz, J., Holtslander, L., Hudson, P., Nekolaichuk, C., Mirhosseini, N., ... Swindle, J. (2016). A metasynthesis study of informal caregivers' experiences caring for community dwelling persons with advanced cancer at the end of life. *Palliative Medicine*, 31(7), 602-616. <https://doi.org/10.1177/0269216316673548>
- Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M., et Peacock, S. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(81). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0486-7>
- Duggleby, W., Robinson, C., Kaasalainen, S., Pesut, B., Nekoachuk, C., MacLeod, R., ... Struthers-Montford, K. (2016). Developing navigation competencies to care for older rural adults with advanced illness. *Canadian Journal on Aging*, 35(2), 206–214. <https://doi.org/10.1017/s0714980816000131>
- Duggleby, W., Kuchera, S., MacLeod, R., Holyoke, P., Scott, T., Holtslander, L., ... Chambers, T. (2015). Indigenous peoples' experiences at the end of life. *Palliative and Supportive Care*, 13(6), 1721–1733. <https://doi.org/10.1017/S147895151500070X>
- Dunbrack, J. (2006). *Advance Care Planning: the Glossary Project - Final Report*. Health Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/advance-care-planning-glossary-project-final-report.html#Toc144091376>
- Farrell, B., Shamji, S., Monahan, A., et Merkley, V. (2013). Reducing polypharmacy in the elderly. Cases to help you “rock the boat”. *Canadian Pharmacists Journal*, 146(5), 243–244. <https://doi.org/10.1177/1715163513499530>
- Feldman, H. H., et Estabrooks, C. (2017). The Canadian dementia challenge: Ensuring optimal care and services for those at risk or with dementia throughout the country. *Canadian Journal of Public Health*, 108(1), e95–e97. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5852>
- Forbes, D. A., Strain, L., Blake, C., Peacock, S., Harrison, W., Woytkiw, T., ... Gibson, M. (2015). Dementia care evidence: Contextual factors that influence use in northern home care centres. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 15(1), 117–149. <http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v15i1.344>
- Forbes, D. A., Blake, C., Thiessen, E., Finkelstein, S., Gibson, M., Morgan, D., ... Culum, I. (2013). “I couldn’t be in a better place”: Dementia care knowledge sharing within a First Nation community. *Canadian Journal on Aging*, 32(4), 360–374. <https://doi.org/10.1017/s0714980813000457>
- Gellatly, G., et Richards, E. (2017) Recent Developments in the Canadian Economy: Fall 2017. *Economic Insights*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-626-x/11-626-x2017075-eng.htm>
- Garcia, L. J., McCleary, L., Emerson, V., Loepoldoff, H., Dalziel, W., Drummond, N., ... Silvius, J. (2014). It’s all the little things: The pathway to diagnosis of Francophones living in a minority situation. *The Gerontologist*, 54, 964–975. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt121>
- Guse, L. (2015). From the editor’s desk: Truth and reconciliation. *Perspectives: Journal of the Gerontological Nursing Association*, 38(1), 4.

- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2006-2010*. Ottawa, ON : Auteur. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/RegulatedNursesCanadianTrends2006-2010\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNursesCanadianTrends2006-2010_EN.pdf)
- Institut Vanier de la famille. (2017). Definition of Family. Repéré à <http://vanierinstitute.ca/definition-family/>
- International Family Nursing Association. (2013). *Position Statement on Pre-Licensure Family Nursing Education*. Repéré à <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/FNE-Print-friendly-PDF-document-in-color-no-photos-English-language.pdf>
- International Family Nursing Association. (2015). *Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. Repéré à <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Print-friendly-PDF-document-in-color-no-photos-English-language.pdf>
- Kaasalainen, S. (2013). Improving pain management in long term care homes using an action-based approach. Dans J. Hockley, K. Heimerl, et K. Froggatt (dir.), *Participatory Research in Palliative Care: Actions and Reflections*, (p. 108–117). London, UK : Oxford University Press.
- Kaasalainen, S., Hadjistavropoulos, T., Zwakhalen, S., Akhtar-Danesh, N., et Verreault, R. (2013). A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Management Nursing*, 14(4), e106–e114. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.08.006>
- Kaasalainen, S., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N., Coker, E., Ploeg, J., Donald, F., ... Papaioannou, P. (2012). The evaluation of an interdisciplinary pain protocol in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 664.e1–664.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.013>
- Kaasalainen, S., Baxter, P., Schindel Martin, L., Prentice, D., Rivers, S., D'Hondt, A., ... Roberts, E. (2006). Are new RN graduates prepared for gerontological nursing practice? Current perceptions and future directions. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 30(1), 4–9.
- Koehn, S., Spence, M., McCleary, L., Jarvis, P., Garcia, L., et Drummond, N. (2012). Understanding Chinese-Canadian pathways to a diagnosis of dementia through a critical constructionist lens. *Journal of Aging Studies*, 26(1), 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.07.002>
- Latham, L., et Ackroyd-Stolarz, S. (2014). Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. *Canadian Geriatrics Journal*, 17(4), 118–125. <https://doi.org/10.5770/cgj.17.108>
- Lewis, S. M., et McCleary, L. (2014). Nursing management: Delirium, Alzheimer's Disease, and other dementias. Dans S. L. Lewis, M. M. Heitkemper, S. R. Dirksen, M. A. Barry, S. Goldsworthy, et D. Goodridge (dir.). *Medical-Surgical Nursing in Canada* (3rd éd.). Toronto, ON : Mosby Canada.
- Lilly, M. B., Robinson, C. A., Holtzman, S., et Bottorff, J. L. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 20(1), 103–112. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01025.x>
- McCleary, L., Boscart, V., Donahue, P., et Harvey, K. (2014). *Core curricula for entry-to practice health and social care worker education in Ontario*. Repéré à <http://cou.on.ca/papers/core-curricula-for-entry-to-practice/>

- McCleary, L., Luinstra-Toohey, L., Hoogeveen, K., Boscart, V., et Donahue, P. (2014). *Perceptions of practitioners and practitioner organizations about gaps and required competencies for seniors' care among health and social care graduates and workers*. Repéré à <http://cou.on.ca/papers/perceptions-of-practitioners-and-practitioner-organizations-about-gaps-and-required-competencies-for-seniors-care-among-health-and-social-care-graduates-and-workers/>
- McCleary, L., Donahue, P., Woo, T., Boscart, V., et McGilton, K. (2011). Knowledge Exchange Institute for Geriatric Nursing, Medical et Social Work Education: Enhancing Canadian Gerontological Education. *Journal of the British Society of Gerontology*, 7.
- McCleary, L., McGilton, K. S., Boscart, V. M., et Oudshoorn, A. (2009). Improving gerontology content in baccalaureate nursing education through knowledge transfer to nurse educators. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 22(3), 33–46. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2009.21153>
- McGilton, K. S., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B., Saragosa, M., ... Pichora-Fuller, M. K. (2017). Can we help care providers communicate more effectively with persons with dementia living in long-term care homes? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(1), 41–50. <https://doi.org/10.1177/1533317516680899>
- McGilton, K. S., Chu, C. H., Shaw, A., Wong, R., et Ploeg, J. (2016). Outcomes of Nursing home leadership in Long-term care: an Integrative review. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1007–1026. <https://doi.org/10.1111/jonm.12419>
- McGilton, K. S., Bowers, B, Mueller, C, Anderson, R, Corazzini, K, Boscart, V, ... Heath, H. (2016). Recommendations from the International Consortium on Professional Nursing Practice in Long Term Care Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 99–103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.001>
- Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (2016). Family Health Teams. Repéré à <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/>
- Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (2016). Family Health Teams. Repéré à <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/>
- National Seniors Strategy. (s.d.). Make Addressing Ageism, Elder Abuse and Social Isolation a National Priority. Repéré à <http://nationalseniorsstrategy.ca/the-four-pillars/pillar-1/addressing-ageism-elder-abuse-and-social-isolation/>
- O'Brien, K., Wells, C. F., et Welsh, D. (2015). Family involvement in protective community residences: Family members' perspectives. *Perspectives*, 38(3), 6–13.
- O'Brien, K., Wells, J., Welsh, D., Wells, C., et Cake, L. (2014). Impact of relocation from home or institution to assisted living on adults with mild to moderate dementia. *Perspectives*, 36(4), 6–15. Repéré à [http://www.nlcahr.mun.ca/Research\\_Exchange/Perspectives-Vol\\_36\\_4.pdf](http://www.nlcahr.mun.ca/Research_Exchange/Perspectives-Vol_36_4.pdf)
- Parke, B., et Hunter, K. (2014). The care of older adults in hospital: If it's common sense, why isn't it common practice? *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1573–1582. <https://doi.org/10.1111/jocn.12529>
- Parke, B., Hunter, K. F., Strain, L. A., Marck, P., Waugh, E. H., et McClelland, A. (2013). Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1206–1218. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.005>

- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Davies, B., Higuchi, K., Gifford, W., Bajnok, I., ... Bookey-Bassett, S. (2014). Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: A grounded theory study. *Implementation Science, 9*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0162-4>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Best Practice Guidelines for Delirium, Dementia et Depression (3Ds)*. Toronto, ON : Auteur.
- Sakamoto, M. L., Moore, S. L., et Johnson, S. T. (2017). "I'm Still Here": Personhood and the Early Onset Dementia Experience. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(5), 12–17. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170309-01>
- Slaughter, S. E., Wagg, A., Jones, A., Schopflocher, D., Ickert, C., Bampton, E., ... Estabrooks, C. (2015). Mobility of vulnerable elders (MOVE) study: Effect of the sit-to-stand activity on mobility, function and quality of life. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(2), 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.07.020>
- Statistics Canada. (2015). Census Brief: Centenarians in Canada. Repéré à [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003\\_1-eng.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_1-eng.cfm)
- Statistics Canada. (2016a). Canadian Megatrends: Changes in causes of death, 1950 to 2012. Retrieved on <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/160321/dq160321e-eng.htm>
- Statistics Canada. (2016b). Canadian Megatrends: Seniors' income from 1976 to 2014: Four decades, two stories. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2016008-eng.htm>
- Statistics Canada. (2017). Life expectancy. Repéré à <https://www.statcan.gc.ca/eng/help/bb/info/life>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Touhy, T. A., McCleary, L., et Boscart, V. (2012). Gerontological nursing history, education and roles. Dans T.A. Touhy, K.F. Jett, V. Boscart et L. McCleary (dir.) *Ebersole and Hess' Gerontological nursing and healthy aging*. (1<sup>st</sup> Canadian éd.) Toronto, ON : Elsevier Canada.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., ... Carmichael, P. H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC nursing, 14*(19). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0070-1>
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., ... Richard, H. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia: how long does every behavior last, and are particular behaviors associated with PRN antipsychotic agent use? *Journal of Gerontological Nursing, 41*, 22–37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20141030-01>
- Weeks, L. E., MacQuarrie, C., Begley, L., Gill, C., et LeBlanc, K. D. (2016). Strengthening resources for midlife and older rural women who experience intimate partner violence. *Journal of Women and Aging, 28*, 46–57. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950500>
- Weeks, L. E., Nesto, S., et Begley, L. (in-press). The housing situation is harder for Natives: An ecological examination of housing issues for older Aboriginal adults. *Native Studies Review*.
- Wickson-Griffiths, A., Kaasalainen, S., et Herr, K. (2016). Interdisciplinary approaches to managing pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 32*(4), 693–704. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.06.013>

- Wilkinson, J., et Ferraro, K. (2002). Thirty Years of Ageism Research. Dans Nelson T (Ed). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, MA : Massachusetts Institute of Technology Press.
- Williams, A., Sethi, B., Duggleby, W., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Peacock, S., et Ghosh, S. (2016). A Canadian study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. *International Journal for Equity in Health*, 15(40). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0328-6>
- Wilson, D. M., Cohen, J., Birch, S., MacLeod, R., Mohankumar, D., Armstrong, P., ... Williams, A. (2011). "No one dies of old age": Implications for research, practice, and policy. *Journal of Palliative Care*, 27, 148–156.
- Wilson, D., Harris, A., Hollis, V., et Mohankumar, D. (2011). Upstream thinking and health promotion planning for older adults at risk of social isolation. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 282–288. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00259.x>
- World Health Organization. (2012). Fighting stereotypes. Ageing and life-course. Repéré à [http://www.who.int/ageing/about/fighting\\_stereotypes/en/](http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/en/)
- World Health Organization. (2017) Palliative Care. Repéré à <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



CASN  

---

ACESI

