

Questionnaires
Soins aux personnes âgées 2015
Résultats
UMF Notre-Dame

1. Sentiment d'avoir prodigué des soins à un nombre suffisant de personnes âgées dans divers contexte de soins pour en assumer le suivi

	OUI	NON	Nombre total de réponses
Soins ambulatoires en bureau	6	4	10
Soins en hébergement (CHSLD, ressources intermédiaires)	4	6	10
Soins à domicile	9	1	10
Hospitalisation	10	0	10
Urgence	10	0	10

2. Accompagnement du superviseur pour des visites conjointes lors des visites à domicile

Année	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Aucune visite à domicile	Nombre total de réponses
R1	1	5	3	1	0	10
R2	0	3	7	0	0	10

3. Accompagnement du superviseur pour des visites conjointes lors des visites en CHSLD

Année	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Aucune visite en CHSLD	Nombre total de réponses
R1	1	1	0	0	8	10
R2	1	4	2	0	3	10

4. Améliorations depuis 2014

	2014	2015
Aucune amelioration		

5. Compétences à améliorer (score < 2)

	Scores 2015
Évaluer le déclin fonctionnel / fragilité chez les personnes âgées	1.7
Évaluer la douleur aigue et chronique chez la personne âgée	1.8
Évaluer le risque de chute et les troubles de la mobilité / syndrome d'immobilisation	1.7
Évaluer et diagnostiquer les troubles du mouvement	1.2
Évaluer et diagnostiquer les troubles de dénutrition	1.6
Évaluer et diagnostiquer les problèmes d'élimination (incontinence urinaire et constipation)	1.8
Évaluer et diagnostiquer les troubles cognitifs	1.8
Évaluer et diagnostiquer les troubles de comportement	1.7
Reconnaître et évaluer les personnes âgées subissant de la maltraitance	1.7
Pharmacothérapie	
- Révision et ajustement des médicaments	1.7
- Cessation d'une ou de plusieurs médications	1.8
- Gestion des problèmes reliés à la polymédication	1.5
- Troubles du sommeil	1.8
Connaissance des ressources professionnelles	
- Déclin fonctionnel / fragilité	1.8
- Chutes et troubles de la mobilité / syndrome d'immobilisation	1.7
- Dénutrition	1.6
- Troubles cognitifs	1.7
Connaissance des ressources communautaires	
- Déclin fonctionnel / fragilité	1.3
- Chutes et troubles de la mobilité / syndrome d'immobilisation	1.3
- Dénutrition	1.3
- Troubles cognitifs	1.5

6. Appréciation de la formation en bureau

Question	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Inadéquate	Nombre total de réponses
Nombre de patients	0	3	4	3	0	10
Variété des cas	0	1	5	4	0	10
Complexité des cas	0	1	5	4	0	10
Équilibre entre la clinique et l'enseignement	1	1	4	4	0	10
Ratio résidents / superviseurs	3	2	5	0	0	10
Disponibilité des superviseurs	3	3	4	0	0	10
Expertise des superviseurs	1	4	4	1	0	10
Pertinence des activités cliniques	0	1	7	2	0	10

7. Points forts de la résidence dans la formation aux personnes âgées

- Excellente supervision des soins à domicile; quelques excellents cours sur la personnes agée; visite d'une ressource intermédiaire intéressante
- Compétence des superviseurs de l'UMF en domicile.
- Cours donnés par nos enseignants (Dr Landry)
- 1 semaine en CHSLD était bien (à noter que ce n'est pas tous les R2 qui ont eu cette semaine, le stage étant en changement) ; visite à domicile ; nos semaines d'hospitalisation à Notre-Dame était comme des semaine d'hospitalisation en gériatrie, avec une moyenne d'âge de 75 ans
- Expertise des superviseurs; cours enseignés ; variété de l'exposition
- L'approche pour l'évaluation et investigation ; gestion de la polypharmacie ; travail interdisciplinaire
- Visites à domicile fréquentes et bien encadrées ; patients âgés en bureau avec problématiques gériatriques ; excellents superviseurs et cours par nos médecins (Dre. Leblanc et Dr. Landry)

8. Points à améliorer en priorité

- Changer les visites à domicile. C de la PERTE DE TEMPS!!! Les patients n'ont rien d'aigu, souvent ne comprennent pas pourquoi on vient les voir, ils sont souvent capables de se déplacer et vont voir régulièrement leurs spécialistes, viennent même parfois au SRV!!!
- Avoir des cours et une formation spécifique à la polypharmacie et la révision systématique de la medication; avoir plus de patients agés dans mes bureau de suivi; être plus exposé au CHSLD
- Changer le stage de gériatrie à l'institut de gériatrie de Montréal pour un autre milieu de formation comme HMR.; nous exposer à des cliniques spécialisées, par ex une clinique de la mémoire; augmenter les cours théoriques
- Changer le format du stage de gériatrie (ce qui est déjà fait ou en cours de l'être); augmenter l'exposition en bureau/ambulatoire.
- Enlever le stage obligatoire de gériatrie de 1 mois à l'IUGM (peu pertinent, centre de réadaptation, c'est comme une semaine d'hospit avec moins de moyen) ; pas assez d'exposition aux troubles cognitifs (des semaines de clinique externe en gériatrie seraient beaucoup plus appropriées) ; faire une semaine en CHSLD pour tous
- Davantage d'exposition clinique à des cas complexes mais supervisés plus étroitement dans ces situations afin de bénéficier de l'enseignement ; davantage d'observation de superviseurs sur la prise en charge; modèle des soins aux personnes âgées
- Inclure des semaines de CHSLD ou des suivis de patient de CHSLD serait pertinent. Il est plus intéressant de suivre un patient en CHSLD, ajuster sa médication et résoudre des problèmes, que de rester au poste à côté des infirmières, de garde pour 40 patients et attendre que les infirmières demandent des interventions ponctuelles (renouveler tel médicament ou évaluer tel patient qui vient de chuter...). Cela est beaucoup moins intéressant que de faire de la prise en charge globale d'un patient, idéalement tout au long des 2 années de résidence, mais peut-être difficile à mettre en place côté logistique ; offrir des visites à domicile chez des patients plus précaires, avec plus grand problème d'autonomie ou en soins de fin de vie ; faire un stage de gériatrie en unité d'hospitalisation de gériatrie pour y cotôyer les syndrômes gériatriques plutôt qu'en réadaptation où il s'agit plutôt de médecine interne.

9. Commentaires et suggestions pour améliorer la formation en soins aux personnes âgées

- Si vous ne rendez pas ça intéressant, ne vous étonnez pas qu'on déteste ça!!! J'espère ne JAMAIS avoir à en faire!