



SOINS PALLIATIFS EN CHSLD

Anne Plante, M.Sc.Inf.

Contexte :

1. Mixité des équipes : Il existe une variation dans le niveau d'expertise des intervenants puisque les soins sont effectués par des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés. (Service d'agence de placement);
2. Les CHSLD accueillent de plus en plus de personnes âgées en très grande perte d'autonomie = complexification des soins et baisse dans la durée de séjour;
3. SP-FV sont majoritairement prodigués par les équipes de soins déjà en place et leurs connaissances sont plus spécifiques en gériatrie et gérontologie;
4. L'approche palliative fait partie de la mission des CHSLD + l'entrée en vigueur de la Loi 2 qui vient soutenir cette évolution de la pratique;
5. Restructuration du réseau + multiples contextes différents dépendamment des gens sur le terrain, des ressources humaines disponibles et des priorités cliniques ou administratives.

Défis :

- Les connaissances et les croyances des intervenants concernant la gestion des symptômes, la surveillance clinique et l'accompagnement du résident et ses proches (malaise, impuissance, manque de formation ou d'outils de travail);
- Les soins complexes pour la clientèle avec problèmes cognitifs;
- Méconnaissance des volontés et des désirs du résident et de ses proches (évaluation initiale sous optimale);
- Intervention à la famille faite avec les connaissances terrain et pas nécessairement avec un modèle d'évaluation et d'intervention structuré et basé sur un cadre théorique.
- Difficulté dans le travail d'équipe : possibilité de confusion des rôles et manque de clarté dans la description de fonctions, différence de vision de tous les membres de l'équipe concernant le plan de traitement du résident.
- Environnement physique peu adapté : aucun espace dédié, la routine des soins actifs gériatriques vs SPFV, le partage des ressources disponibles.
- Communication en silo = bris de communication inter-service et interdisciplinaire, ↓ continuité des soins.
- Manque de temps et de ressources : surcharge de travail, ratio de patient élevé, complexité des soins requis.
- Adaptation à l'AMM et le soutien nécessaire aux équipes



Leviers :

- Identification d'un professionnel ressource dans chaque milieu (reconnaissance du rôle de l'infirmière spécialisée en soins palliatifs, soit assistante, soit consultante);
- Harmonisation des approches cliniques en ce qui concerne le travail d'équipe intra et interdisciplinaire, la gestion des symptômes et les moyens de transmettre l'information psychosociale et clinique pour permettre une continuité de soins et une diminution des complexités;
- Assurer la visibilité et l'accessibilité d'un Programme en soins palliatifs, des protocoles de soins et des ordonnances collectives dans les établissements (intégration vers une pratique probante);
- Séances de formation continue pour tous les membres de l'équipe soignante selon les besoins identifiés en amont (symptômes physiques + accompagnement);
- Outils de compréhension du concept des soins palliatifs et de fin de vie lors de l'embauche pour les préposés et les soins infirmiers;
- Retour sur les situations difficiles et soutien aux intervenants pour un apprentissage et mise en application de nouvelles interventions;
- Utilisation d'outils validés et homogènes dans tous les centres;
- Optimisation de l'emploi du PII et du PTI en tant qu'outils de communication au sein de l'équipe;
- Valorisation et soutien du personnel soignant dans leur approche aux résidents sur de longues périodes de soins et prise en compte de leur deuil lors des décès.



Références

- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., & 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.
doi:10.12968/ijpn.2012.18.2.77.
- Colón-Emeric, C. S., Lekan, D., Utley-Smith, Q., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., ... & Anderson, R. A. (2007). Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1404-1409.
- Kaasalainen S, Williams J, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Whiting S, Neville S, Tremeer J. (2010). Creating bridges between researchers and long term care homes to promote quality of life for residents. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1689–1704.
- Meier, D. E., & Beresford, L. (2010). Health systems find opportunities and challenges in palliative care development. *Journal of Palliative Medicine*, 13(4), 367-370.
doi:10.1089/jpm.2010.9848
- Meier, D. E., Lim, B., & Carlson, M. D. A. (2010). Raising the standard: Palliative care in nursing homes. *Health Affairs*, 29(1), 136-140. doi:10.1377/hlthaff.2009.0912
- Wowchuk, S. M., McClement, S., & Bond, J., Jr. (2007). The challenge of providing palliative care in the nursing home part II: internal factors. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(7), 345-350. doi:10.12968/ijpn.2007.13.7.24346