

SOINS PALLIATIFS EN MILIEU HOSPITALIER

Anne Plante, M.Sc.Inf.

Voici un aperçu de la réalité du milieu hospitalier en lien avec les soins aux personnes avec pronostic réservé et leurs proches.

Défis :

Les patients sont partout sur toutes les étages et tous les secteurs d'activité, et ces secteurs offrent des soins spécialisés, mais pas en soins palliatifs (urgence, cardiologie, médecine interne, chirurgie, soins intensifs, gynécologie, etc.)

Besoins des patients :

- information;
- soutien;
- soulagement des symptômes;
- présence (ex. : bénévoles);
- continuité avec l'équipe médicale et les soins à domicile ou CHSLD.

■ **Besoins des familles/proches :**

- information;
- soulagement des symptômes;
- soutien pour bien vivre cette étape souvent non reconnue en lien avec leur lunette émotionnelle (ils ne voient pas le patient aussi malade qu'il est);
- répits (ex. : bénévoles).

■ **Besoins de l'équipe soignante :**

- formation lors de l'embauche et formation continue;
- pratique d'un travail d'équipe; description de fonctions, critères de références;
- philosophie de soins palliatifs connue et vécue sur le département;

- présence d'un :
 - ratio suffisant de personnel pour donner des soins à une clientèle de soins palliatifs;
 - référent clinique (qualité des soins et indicateurs de performance);
 - référent administratif (qualité du milieu et suivi organisationnel);
 - soutien émotionnel (co-développement) et ne pas sous-estimer la planification et l'impact d'une AMM sur un département.
 - ordonnances collectives en place (ex. nausées/vomissements, soins de bouche, constipation, hoquet, dyspnée, agitation pouvant amener du délirium, râle; bronchique, difficulté urinaire/sonde, etc.)
 - matériel d'enseignement à la famille (ces derniers moments de vie, les adieux, le deuil, le soutien aux enfants de la famille, etc.).
- **Facteurs de réussite :**
- formation des infirmières et des infirmières auxiliaires/préposés aux bénéficiaires;
 - évaluation des symptômes.
 - outils cliniques validés et homogènes dans tout l'établissement.
 - protocole ou ordonnance collective connus et utilisés.
 - formation continue sur les étages selon leurs besoins spécifiques (détection de la détresse respiratoire, soutien aux familles en détresse, interventions lors du décès, etc.).
 - partenariat avec les autres professionnels, ex pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.

■ **Défi inter-institution :**

- donner un pronostic plausible pour permettre une meilleure planification des priorités.
- Transmettre les données cliniques pertinentes en temps opportun.
- Faciliter la continuité de soins.

■ **Soutien administratif :**

- au quotidien... dépistage de cas complexes;
- au quotidien... dépistage ou repérage de patient avec pronostic réservé qui bénéficierait d'une approche palliative intégrée;
- soutien pour une approche éthique et probante (non acharnement, soulagement des symptômes, soutien à la famille, etc.);
- formation pour PTI (psychosocial);
- avoir accès à des outils de référence, et des outils de partage d'information pour une pratique probante (ex. : sites et articles).

■ **Opportunité :**

- loi 2;
- 3 volets de formation;
- implication du GIS.

■ **Défi du lieu de décès :**

- difficulté pour le retour à domicile (pathologie, proche âgé, etc.);
- difficultés pour trouver un lit en soins palliatifs;
- difficultés pour transférer un patient en maison de soins palliatifs (surcapacité d'occupation).

Références

- Bolster D., Manias E. (2010), Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting, *International journal of nursing studies*, 47, 154-165
- Curtis J.R. (2004) Communicating about end of life care with patients and families in the intensive care unit, *Critical care Clinicians*, 20,(3), 363-380
- Brighton L.J. et coll. (2017) End of life could be on any ward really: A qualitative study of hospital volunteers' end of life care training needs and learning preferences, *Palliative medicine*,
- Garcimartin C., et coll (2016), Concepts and measures' of patient empowerment: a comprehensive review, *Journal of school of nursing*, 50,(4), 664-671
- Goldsmith J. et coll. (2013) Palliative car communication in oncology nursing, *Clinical journal of Oncology Nursing*, 17, (2), 163-167
- Kawasaki Y.(2014) Consultation techniques using shared decision making for patients with cancer and their families, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18, (6), 701-706
- Kvale K., Bondevik, M. (2008) What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of the patient with cancer, *Journal Compilation*
- Ouellet, N. et coll.(2017) Des soins de confort chez soi, *Perspectives Nursing*, 14, (2), 48-51
- Rietze L. Stajduhar K. (2015) Registered nurses involvement in advance care planning : an integrative review, *International Journal of Palliative Nursing*, 27, (10), 495-503
- Yang G.M.et coll. (2012) What is the role of a specialist palliative care in an acute hospital setting? A qualitative study exploring views of patients and carers, *Palliative medicine*, 26, (8), 1011-1017