



Canadian Hospice Palliative Care Association
Association canadienne de soins palliatifs



Scénarios pour les tournées de soins de confort

**Huit scénarios pédagogiques pour le
personnel en soins de longue durée**



Directives

Raison d'être de cette ressource : accroître l'assurance et les connaissances du personnel qui prend soin des résidents qui vivent et meurent dans des établissements de soins de longue durée.

Auditoire ciblé : le personnel qui participe à la prise de décisions en matière de fin de vie dans les établissements de soins de longue durée. Veuillez encourager tout le personnel (personnel d'entretien ménager, des loisirs, etc.) à participer à la formation. Le fait d'encourager une approche d'équipe multidisciplinaire dans l'apprentissage renforcera l'esprit d'équipe, la sensibilisation et la qualité générale des soins aux résidents.

Plan pédagogique :

1. Matériel visuel : distribuez un exemplaire du document *Scénarios pour les tournées de soins de confort* pour que chacun puisse voir le guide d'apprentissage visuel (sous forme électronique ou physique).
[OU, s'il n'est pas possible de distribuer le guide, affichez les scénarios de soins dans une présentation PowerPoint ou créez une carte conceptuelle des principaux éléments des scénarios sur un tableau.]
2. Introduction : présentez la raison d'être de cette ressource à l'auditoire et encouragez une attitude d'apprentissage optimiste.
3. Présentez le scénario : lisez chaque scénario de soins en groupe (encouragez l'auditoire à participer à la lecture des scénarios).
4. Questions de discussion/d'animation : lorsque vous posez des questions, notez les mots clés sur un tableau (comme des idées communes, ou différentes, etc.) pour aider les participants à reconnaître les expériences soulevées au cours de la discussion.
5. Pratique éclairée : passez en revue les descriptions énumérées lorsque des occasions d'éclairer la pratique en rapport avec le scénario exploré se présentent. Reliez la pratique éclairée discutée dans le scénario aux pratiques actuelles que connaît le personnel.
6. Jeux de rôles : dans cette section, vous ferez les exercices tout comme si le scénario se produisait réellement dans votre contexte de soins. Encouragez le groupe à collaborer ouvertement et à jouer ensemble le rôle de l'intervenant qui prendra part à la démarche décisionnelle du scénario. Vous pouvez également demander à un des membres du groupe de jouer le rôle du résident ou du proche; les participants pourront alors mieux comprendre les approches abordées.
7. Rétroaction : offrez de la rétroaction au groupe tout au long de l'exploration des scénarios. Les commentaires constructifs et positifs favorisent l'apprentissage. Encouragez toujours l'apprentissage continu et le soutien entre les participants.
8. Suivi : à la fin de la formation, revenez sur les points que les membres du groupe aimeraient revoir. Assurez qu'un soutien émotionnel est fourni tout au long des scénarios puisque les sujets explorés peuvent être difficiles pour certaines personnes.

Remarques :

1. Encouragez les participants à discuter ouvertement de chaque scénario et à ne pas s'inquiéter s'ils ne savent pas quoi dire. Rappelez-leur qu'il s'agit d'une expérience d'apprentissage.
2. Essayez de créer un climat dans lequel les participants se sentiront à l'aise de s'exprimer. Parfois, les gens ne savent pas comment aborder une question. L'animateur peut les encourager de façon optimiste en disant quelque chose comme : « Ceci est une merveilleuse occasion de croissance, et si vous ne connaissez pas une réponse, commencez par explorer ce que vous savez déjà ou ce que vous avez déjà vu dans votre pratique, le tout dans un contexte de groupe sécuritaire et soutenant ».

Références :

Pour d'autres activités d'apprentissage ou des conseils, visitez le :

<https://www.palliativealliance.ca/>

Ou consultez la publication suivante :

Wickson-Griffiths A., Kaasalainen S., Brazil K., McAiney C., Crawshaw D., Turner M. et Kelley, M. L. (2015). *Comfort care rounds: A staff capacity-building initiative in long-term care homes. Journal of Gerontological Nursing*, 41(1), 42-48.

Scénario 1

Catégorie : réflexion et éducation

Description du scénario

LB est une femme de 80 ans. Elle souffre de démence avancée et a des antécédents de cancer du sein, d'hypertension et de diabète. Un lève-personne Hoyer est utilisé pour aider LB à sortir du lit et à s'installer dans son fauteuil roulant. Au cours des dernières semaines, le personnel a remarqué que LB est moins engagée verbalement et qu'elle veut passer la plupart de ses journées à dormir au lit. LB a perdu une quantité importante de poids au cours des dernières semaines, et manger ne l'intéresse plus. LB n'est plus en mesure de prendre des décisions concernant ses objectifs en matière de soins de fin de vie. Son mandataire insiste maintenant pour que LB reçoive toutes les investigations et interventions nécessaires au maintien de la vie (comme des analyses de sang, des transfusions sanguines, des solutés intraveineux, etc.).

Objectif des soins de confort

Aider le mandataire (souvent un membre de la famille) à se renseigner sur les différentes options concernant les objectifs de soins de fin de vie, y compris l'approche palliative intégrée.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidents et des proches que vous soignez présentement?
 - Quels réussites ou défis avez-vous déjà rencontrés?
- Quels sont les conflits ou les tensions que ressent le personnel lorsqu'il doit administrer toutes les interventions de maintien en vie?

Questions de discussion complémentaires

- Quels changements le personnel a-t-il remarqués chez la résidente pour susciter une discussion avec le mandataire sur les objectifs de soins?

- Comment le personnel doit-il aborder le mandataire pour discuter des objectifs de soins?
- Quelles questions les résidants ou les mandataires peuvent-ils poser à propos des objectifs de soins?
 - Comment le personnel devrait-il y répondre? Comment le personnel a-t-il répondu dans le passé?
- Comment le personnel peut-il communiquer efficacement au mandataire l'importance ou les conséquences d'un changement dans les objectifs de soins (p. ex., pour s'aligner sur l'approche palliative intégrée)?
- Comment l'équipe interdisciplinaire peut-elle participer à une discussion sur les objectifs de soins? (Exemple : le médecin ou le personnel infirmier peut discuter du pronostic de fin de vie ou de la manifestation de signes particuliers, et le pharmacien peut discuter de la déprescription des médicaments qui n'apportent plus de bienfaits.)

Pratique éclairée – le résidant au centre de la discussion sur les objectifs de soins

Les membres de la famille qui jouent le rôle de mandataire doivent prendre des décisions fondées sur ce qu'ils croient être les volontés du résidant. En tant que fournisseurs de soins de santé, nous pouvons poser des questions pour les inciter à réfléchir, par exemple :

- « Qu'est-ce qui est important pour votre [parent]...? »
- « Qu'est-ce que [il ou elle] ferait ou voudrait dans ces circonstances...? »
- « Étant donné l'état de santé actuel de votre [parent], nous pensons que [il ou elle] bénéficierait de l'approche palliative intégrée... est-ce que cela correspond à votre compréhension de ce que votre [parent] voudrait dans cette situation...? »

Pratique éclairée – question de réflexion

- Comment poser des questions centrées sur le résidant/patient pour explorer ses volontés en matière de soins?

Pratique éclairée – approches en matière de soins

Il est important que les mandataires comprennent les approches en matière de soins. En général, le résidant (lorsqu'il en est capable) et son mandataire (qui est la voix du résidant) peuvent choisir l'orientation des soins parmi les deux approches suivantes :

- **L'approche palliative intégrée, où les interventions visent à procurer un confort maximal, le contrôle des symptômes et le maintien de la qualité de vie**, ce qui exclut toute tentative de réanimation. L'approche palliative :
 - est axée sur le traitement des symptômes;
 - exclut toute investigation, à moins qu'elle soit dans le but d'améliorer le confort.
- Une approche de soins axée sur la recherche des causes ou le traitement des processus pathologiques, où les interventions sont destinées à soigner et à contrôler l'état de santé de la personne. Il doit y avoir un consensus sur le fait que la personne peut bénéficier de toutes les investigations/interventions appropriées qui pourraient lui être proposées et qu'elle accepte. Cette approche peut être axée sur :
 - des investigations et des traitements comme des transfusions sanguines, des antibiotiques par intraveineuse, des radiographies, des analyses de sang;
 - la réanimation (peut être proposée ou non).

Pratique éclairée – réanimation

- De nombreux mandataires ne savent pas ce que cela implique lorsqu'un plan de soins comprend une ordonnance de réanimation.
- Les mandataires pensent souvent à tort que si des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) arrivent à réanimer une personne, celle-ci retrouvera le même état qu'avant l'événement qui a fait en sorte qu'il a fallu la réanimer.
 - Dans le scénario, LB est une résidante de 80 ans qui est fragilisée et qui a un lourd historique de maladie. La probabilité que LB ou tout autre résidant ayant le même état de santé retrouve la même qualité de vie après une réanimation est

extrêmement faible. Par conséquent, il est essentiel d'informer les mandataires des résultats probables de la RCR et de discuter des objectifs de soins, et de ce que tout cela signifie pour la qualité de vie de la patiente.

- Exemple : « La réanimation cardiorespiratoire consiste à pousser sur la poitrine, à une profondeur d'au moins 2 pouces, à un rythme de 100 à 120 fois par minute. L'air est souvent forcé dans les poumons et un choc électrique est souvent envoyé au cœur. Même si la réanimation permet de ranimer la personne, celle-ci aura probablement subi des traumatismes physiques importants, notamment des côtes cassées, des lésions aux poumons et aux organes internes, une hémorragie interne et des lésions cérébrales dues au manque d'oxygène. »

Pratique éclairée – jeu de rôles

- Comment expliqueriez-vous les procédures de réanimation et les conséquences probables à un résidant ou un mandataire? Exercez-vous!

Références

ActionCancer Manitoba (2018). *Advance care planning and goals of care*.

https://www.cancercare.mb.ca/export/sites/default/About-Us/.galleries/files/policy-files/patients/10.004-Advance-Care-Planning-and-Goals-of-Care_June-1-2018_final.pdf

Scénario 2

Catégorie : réflexion et action

Description du scénario

Hier soir, EB, un homme de 70 ans souffrant d'une maladie cardiaque en phase terminale et ayant des antécédents de dépression et d'anxiété, est décédé. Pendant les trois derniers jours de sa vie, EB obtenait 10 % sur l'échelle de performance pour soins palliatifs. L'infirmière de l'équipe du soir avait indiqué que la respiration d'EB était faible mais régulière, et sa famille était à son chevet au moment de son décès. L'infirmière a indiqué qu'EB semblait être confortable et qu'il recevait 0,5 mg d'hydromorphone par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures.

Objectif des soins de confort

Réfléchissons à la « bonne mort » du résidant.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidants et des proches que vous soignez présentement?
- À quoi ressemble une « bonne mort » dans votre pratique?

Questions de discussion complémentaires

- Quels sont les principaux objectifs pour une personne dont la mort est imminente?
 - Changeons les rôles! Réfléchissez à cette question du point de vue du résidant, de la famille et du personnel.
- Quelle est votre définition d'une « bonne mort »?
- Comment s'est passée une mort « positive » à laquelle vous avez assisté (hors du travail)?
- Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise d'offrir vos condoléances ou de reconforter la famille lorsqu'elle est présente au moment du décès?

- Saisissez cette occasion d'explorer vos sentiments d'aise ou de malaise avec vos pairs (p. ex., qu'est-ce qui entraîne ces sentiments?).

Pratique éclairée – « bonne mort »

Comment définit-on une « bonne mort »? Cette définition change d'une personne à l'autre, mais une communication efficace est essentielle pour assurer que les résidents (et leurs mandataires) définissent des objectifs réalisables et significatifs en matière de soins de fin de vie.

L'essence d'une « bonne mort » et ce qui y contribue ne sont pas bien décrits dans la littérature. Dans le cadre d'une étude, on a demandé à des patients, des soignants, des médecins et des infirmières de décrire leur expérience de « bonnes morts ». Quelques thèmes communs sont ressortis de leurs descriptions d'une « bonne mort » :

- une mort sans douleur;
- le sentiment d'une vie bien vécue;
- un sentiment de communauté (De Jong et Clarke, 2009).

Selon un rapport de l'Institute of Medicine (Meier et coll., 2016), une « bonne mort » est une mort qui est « exempte de détresse et de souffrance évitables pour le patient, la famille et les soignants, en accord général avec les volontés du patient et de la famille, et raisonnablement conforme aux normes cliniques, culturelles et éthiques ».

De nombreux participants à l'étude ont parlé d'une « bonne mort » en racontant des histoires de proches, d'amis et de membres de l'équipe de soins palliatifs entourant et soutenant la personne mourante jusqu'à sa mort. Les participants ont dit que l'élément le plus important d'une « bonne mort » est que la personne n'est pas seule au moment de sa mort. De nombreux participants ont également parlé de morts exemptes de douleur et de souffrance, et de personnes qui s'éteignent paisiblement ou meurent dans leur sommeil (De Jong et Clarke, 2009).

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Ce scénario correspond-il à vos expériences de « bonnes morts » de résidents ou de proches?

- Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de parler aux résidents et aux familles d'objectifs en matière de fin de vie?
- Des familles vous ont-elles déjà parlé d'une « bonne mort » parce que les objectifs de soins ont été atteints (ex. : une mort sans douleur ou anxiété)? Qu'avez-vous pensé de cela?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées en voulant favoriser une « bonne mort » pour des résidents? Si c'est le cas, comment avez-vous surmonté ces difficultés au fil du temps?
 - Quelles stratégies doivent être mises en place pour vous aider à favoriser une « bonne mort » pour des résidents?

Pratique éclairée – soins spirituels

Il est important de tenir compte du fait que beaucoup de gens sont des êtres spirituels et qu'ils souhaitent souvent que leurs pratiques religieuses ou spirituelles soient respectées. Il peut être approprié de consulter un conseiller en soins spirituels ou le clergé pour combler les besoins des gens.

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Quel est votre niveau de confort en ce qui concerne les soins spirituels?
- Quelles ressources sont à votre disposition pour soutenir les soins spirituels dans le cadre de l'approche palliative?

Références

De Jong, J. D. et Clarke, L. E. (2009). *What is A Good Death? Stories from Palliative Care*. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 61-67. DOI : 10.1177/082585970902500107

Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A. et Jeste, D. V. (2016). *Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 261-271. DOI : 10.1016/j.jagp.2016.01.135

Scénario 3

Catégorie : réflexion et action

Description du scénario

Hier est décédé BL, un homme de 68 ans atteint d'un cancer du poumon de stade IV et ayant des antécédents d'hypertension artérielle. Depuis 30 jours, il obtenait une cote de 40 % sur l'échelle de performance pour soins palliatifs. Il avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pour ses transferts mais il pouvait s'orienter et était alerte, bavard et très agréable. BL ne se plaignait d'aucune douleur et ne prenait aucun médicament contre la douleur. Mais soudainement, une infirmière a entendu BL haleter. Il avait un stridor inspiratoire grave (sifflement aigu causé par l'obstruction des voies respiratoires) : il était incapable de parler et avait les yeux écarquillés. BL est décédé alors que l'infirmière était au téléphone pour faire venir la famille d'urgence.

Objectif des soins de confort

Réfléchissons à la « mauvaise » mort du résident.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidents et des proches que vous soignez présentement?
- Selon vous, qu'est-ce qu'une « mauvaise » mort?
- Les morts soudaines ou inattendues sont-elles considérées comme des « mauvaises morts »?

Questions de discussion complémentaires

- Comment composez-vous avec vos sentiments après une « mauvaise mort »?
- Avez-vous déjà pris soin d'un résident qui est décédé subitement?
 - Qu'avez-vous ressenti suivant cette expérience?

- Qu'est-ce qui aurait dû se passer autrement?
- Comment percevez-vous les morts soudaines ou inattendues?
- Comment composez-vous avec les morts soudaines ou inattendues?
 - Peut-on dire catégoriquement qu'il s'agit de « bonnes » ou de « mauvaises » morts?

Pratique éclairée – « mauvaise mort »

Annoncer la nouvelle d'un décès est une des tâches les plus stressantes et les plus délicates qu'un prestataire de soins de santé peut accomplir, surtout si le personnel et la famille ne s'y attendaient pas. Les éléments essentiels qui donnent lieu à une « mauvaise mort » ne sont pas bien décrits dans la littérature. Dans le cadre d'une étude, on a demandé à des patients, des soignants, des médecins et des infirmières de décrire leur expérience de « mauvaises morts ». Les facteurs communs des « mauvaises morts » comprennent une mort douloureuse et une perte de contrôle et d'autonomie. La plupart des patients craignent une mort inattendue ainsi que de la douleur, qu'il s'agisse de douleur physique, de détresse spirituelle, de bouleversement émotionnel ou de maladie mentale. Les infirmières décrivent les « mauvaises morts » comme étant celles où les patients meurent dans la douleur ou avec des symptômes non soulagés. De telles expériences laissent les infirmières avec un sentiment de culpabilité pour n'avoir pas été en mesure de soulager la souffrance. Par exemple, une infirmière a déclaré :

J'aurais aimé qu'on en fasse plus en ce qui concerne la sédation et le soulagement de la douleur. La famille a vu son proche mourir dans l'agonie. C'est honteux, on aurait tellement dû en faire plus... Il souffrait et on n'a pas réagi assez vite – c'était une mort vraiment horrible. (Karen, infirmière) (Costello, 2006).

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Comment ces descriptions de « mauvaises morts » résonnent-elles chez vous?
 - Douleur non soulagée ou symptômes éprouvants.
 - Détresse spirituelle ou émotionnelle.

- Avez-vous déjà eu la même impression que Karen : « on aurait tellement dû en faire plus »?
- Avez-vous ressenti de la culpabilité ou un bouleversement prolongé à la suite d'un décès semblable? Comment les choses se sont-elles passées?
- Y a-t-il des sujets sur lesquels vous devez en savoir davantage pour favoriser des « bonnes morts »?

Pratique éclairée – communication

Une « mauvaise mort » se caractérise par un contrôle limité sur les événements qui précèdent et qui suivent le décès (Costello, 2006). Lors d'une « mauvaise mort », les infirmières ne se sentent pas bien préparées et ont parfois l'impression de ne pas avoir assez de temps pour apprendre à connaître les familles. Une « mauvaise mort » signifie également que les infirmières ne sont pas en mesure d'aider à coordonner les rites religieux (sacrement des malades, etc.) des patients qui en souhaitent. Tout cela peut entraîner une mauvaise communication avec les familles, comme l'illustrent les témoignages suivants :

- *Joe est mort trop vite. Nous n'étions pas prêts du tout. C'était une très mauvaise mort pour lui, pour nous et pour la famille.*
- *La famille de Joe aurait dû être mieux informée. Les proches ont dit qu'ils ne savaient pas qu'il était mourant, mais nous pensions qu'ils le savaient. Ils nous ont fait sentir tellement coupables – la communication a été très mauvaise.*
- *Prendre le temps de connaître nos patients, dites-vous? David est arrivé à 16 h, et il est mort cinq heures plus tard. Nous avons à peine eu le temps de remplir les documents. La plupart des collègues n'ont même pas eu le temps de lui dire bonjour.*
- *Nous n'avons aucune idée que Denis allait mourir – sinon, nous aurions planifié des choses, comme demander au prêtre d'appeler et parler à la famille pour la préparer.*

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Que pensez-vous de ces expériences?

- Quelles stratégies peuvent être utilisées pour favoriser une communication et une relation efficaces avec les familles?
- Comment vous assurez-vous que le résidant et sa famille sont préparés à l'éventualité de la mort?

Pratique éclairée – conseils pour communiquer avec les familles en deuil

1. Reconnaissez que vous ne pouvez pas vous imaginer ce qu'ils ressentent.
2. **Posez des questions sur l'être cher.** Mais n'insistez pas. Faites-le seulement si cela vous semble naturel.
3. **Demandez-leur ce dont ils ont besoin.** Il peut également être approprié de leur faire des suggestions, par exemple : « Puis-je appeler d'autres membres de votre famille pour vous? ». Ou encore : « Voulez-vous que je vous laisse un peu de temps? ».
4. **Demandez aux gens s'ils veulent parler à un médecin pour répondre à leurs questions, si c'est possible.**
5. **Demandez-leur s'ils souhaitent parler avec le travailleur social ou le service de pastorale, si c'est possible.**
6. **Répondez à leurs questions sur la suite des choses.** Lorsqu'une famille est sous le choc, il lui est difficile de prendre des décisions. Passez en revue l'information sur le salon funéraire (numéro, quand appeler, etc.). Dites-leur s'ils doivent rester à la morgue ou plutôt se rendre directement au salon funéraire.
7. Reconnaissez que vous ne savez pas quoi dire aux gens. Si vous peinez à trouver quoi dire, soyez simplement honnêtes. Les familles savent qu'il n'y a rien que vous pouvez dire pour « arranger les choses ».
8. **Donnez-leur de l'espace et du temps s'ils en ont besoin.**
9. **Ne jugez pas.** Chacun gère la mort différemment. Certaines familles pleurent, d'autres rient ou plaisantent, d'autres encore ne montrent aucune émotion. Certains membres de la famille peuvent ne pas vouloir entrer dans la chambre ou même faire leurs adieux. La compréhension de tout le personnel est nécessaire puisque les familles vivent leur deuil de la façon qui leur convient le mieux (Williams, 2014).

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Comment communiquez-vous avec les familles en deuil?
 - De quelle façon ces suggestions s'intègrent-elles dans votre pratique?
 - Avez-vous de la difficulté à communiquer avec les familles en deuil?
 - Qu'est-ce qui fonctionne?
 - Quelles stratégies n'ont pas donné de bons résultats?
-

Références

Costello, J. (2006). *Dying well: Nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. Issues and Innovations in Nursing Practice*. 594-601. <http://www.brown.uk.com/palliative/costello.pdf>

Williams, L. (2014, March 31). *Supporting grieving families: tips for RNs and others on the front line*. « What's your grief? » <https://whatsyourgrief.com/supporting-grieving-families-tips-rns-nurses/>

Scénario 4

Catégorie : débriefage

Remarque pour les animateurs

Pour en savoir davantage sur le débriefage dirigé par un pair, voyez la vidéo *Reflective debriefing: Supporting people and practice in long-term care* :

<https://www.youtube.com/watch?v=DuoOrYXX8MI&t=2s> (en anglais seulement).

Objectif des soins de confort

Il est recommandé d'organiser une séance de débriefage dirigé par un pair pour discuter des mécanismes d'adaptation au deuil lorsqu'on travaille avec des personnes mourantes et leurs proches.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Comment l'expérience du décès du résidant a-t-elle influencé vos sentiments à l'égard de la mort?
- Avez-vous trouvé un sens dans le fait d'être capables de rendre le résidant confortable dans ses derniers jours ou moments?
- Avez-vous ressenti de la gratitude ou de l'inspiration après avoir côtoyé ce décès?
- Avez-vous été affectés par des décès multiples ou plus fréquents en raison d'une éclosion de COVID-19 ou d'une autre maladie? En quoi cette expérience a-t-elle été différente des autres deuils?

Pratique éclairée – deuil

Le deuil est une réaction naturelle et saine à la mort. En contexte de soins de longue durée, le personnel établit de solides relations de type familial avec les résidants et les familles. Après le décès d'un résidant, il est souvent attendu que les membres du personnel poursuivent leur travail

sans qu'on reconnaisse leurs émotions et leurs sentiments face à ce deuil. Chaque employé peut avoir une réaction différente au deuil puisque chaque expérience de deuil est unique.

Pratique éclairée – débriefage dirigé par un pair

Qu'est-ce que le débriefage dirigé par un pair?

Les séances de débriefage permettent aux gens de prendre du recul par rapport à un événement émotionnellement stressant. Par une démarche guidée impliquant des questions et des discussions particulières, les gens peuvent parler de leurs expériences et de leurs sentiments.

Pourquoi s'engager dans cette démarche?

L'intervention de débriefage dirigée par un pair doit être intégrée aux contextes de soins de longue durée. Il a été démontré que le débriefage est efficace pour améliorer le bien-être général en milieu de travail, réduire le stress du personnel et diminuer l'absentéisme.

Le débriefage permet aux membres du personnel de s'exprimer et de parler de leurs expériences dans le cadre de petits groupes où les gens se sentent soutenus et en sécurité. Le débriefage est thérapeutique et permet aux membres du personnel de reconnaître leur chagrin et leur deuil, à leur propre façon.

Pour commencer

Voici les étapes de notre modèle de débriefage dirigé par un pair :

Introduction

Besoin de parler

Besoin de faire

Planifier

Comprendre les répercussions

Remercier

Introduction

Discutez de l'expérience.

Exemple : « Je veux simplement vous dire que je réalise que la mort de (...) peut être difficile pour vous, et même si vous éprouvez de forts sentiments au sujet de sa mort, vous devez toutefois continuer et terminer votre quart de travail en prenant soin des autres résidents. »

Besoin de parler

Demandez aux membres du personnel ce qu'ils ont besoin de dire.

Dans cette portion, il est important que les membres du personnel discutent du résident et de son décès. La personne qui dirige la discussion parmi les pairs peut poser des questions pour faciliter la discussion au sein du groupe :

- « Est-ce que quelqu'un aimerait partager des souvenirs ou des pensées à propos du résident? »
- « Est-ce que quelqu'un a des questions sans réponse sur sa mort ou sur les événements qui ont précédé son décès? »

Besoin de faire

Demandez aux participants ce dont ils ont besoin, individuellement ou en groupe, pour continuer de travailler pendant leur quart de travail.

- « Accepteriez-vous que je fasse le tour de la salle pour vérifier ce dont vous pourriez avoir besoin pour vous aider à gérer le reste de votre quart de travail et les 24 prochaines heures d'ici votre retour au travail demain? »
- « Lorsqu'une personne que vous soigniez meurt, il est tout à fait normal de ressentir de nombreuses émotions. La chose la plus importante à faire est de prendre soin de vous-même au cours des prochains jours. »

Planifier

Cette portion peut sembler répétitive; toutefois, il est important de définir des plans et des mesures pour prendre soin de soi.

- « Certains d'entre vous peuvent avoir besoin ou envie de retourner dans la chambre de (...) et d'y passer quelques minutes pour faire leurs adieux. D'autres voudront peut-être rester seuls pour le reste du service, ou encore passer du temps avec d'autres personnes pendant leur pause. »

Ce peut être le moment de demander aux participants comment ils aiment gérer le décès d'un résidant. Si quelqu'un ne se sent pas à l'aise de participer à la discussion, ce n'est pas grave!

Comprendre les répercussions

Aidez les membres du personnel à formuler un plan de soins et à normaliser leurs réactions :

- « Par souci de clarté, voici certaines des choses que vous allez faire pour prendre soin de vous pour le reste de votre quart d'aujourd'hui et dans les prochains jours. » (Répétez les exemples donnés.)
- « Le chagrin que vous éprouvez aujourd'hui est normal étant donné votre relation avec (...). »
- « J'espère que vous vous souviendrez de la façon dont vous avez été soutenus aujourd'hui par vos collègues et des excellents exemples que chacun d'entre vous a donnés sur la façon de prendre soin de soi. »

Remercier

Exemple : « Je tiens à vous remercier tous pour votre temps. Nous savons tous que la fin de ce quart de travail sera difficile, mais vous avez tous mentionné de bonnes idées pour vous aider à traverser cette épreuve. »

Stratégies qui peuvent aider le personnel à composer avec le décès d'un résidant :

- Prenez soin de vous : le deuil affecte le corps physiquement et il est donc important de prendre soin de soi en dormant suffisamment, en faisant de l'exercice et en mangeant sainement.
- Laissez-vous aller au deuil : il est OK de montrer ses émotions et ses sentiments, que ce soit seul, avec ses collègues de travail ou avec sa famille et ses amis. Si vous ne vous autorisez pas à traverser les étapes du deuil, cela pourrait avoir un impact sur votre capacité d'établir des relations avec d'autres patients.

- Parlez avec vos collègues : que ce soit dans le cadre d'une discussion formelle, comme une séance de débriefage, ou informelle, comme après le travail, seuls ceux qui travaillent dans le domaine médical peuvent comprendre la douleur du décès d'un patient. Il est thérapeutique de parler de ce que vous vivez avec ceux qui ont vécu la même expérience ou une expérience semblable.
- Guérissez comme vous le pouvez : chaque situation est unique et il n'existe pas de formule universelle pour composer avec le décès de quelqu'un. Chaque personne doit prendre le temps de faire une introspection et de gérer ses propres émotions, à sa façon. La recherche montre que les travailleurs de la santé qui prennent soin de patients mourants trouvent souvent un sens et une satisfaction à leur travail.

Références

Quality Palliative Care in Long Term Care Alliance. (2013). *Peer led debriefing toolkit: Guidelines for promoting effective grief support among front line staff.*

http://www.palliativealliance.ca/assets/files/Alliance_Resources/Org_Change/Peer_Led_Debriefing_-_Final.pdf

Scénario 5

Catégorie : réflexion et éducation

Description du scénario

AM est une femme de 60 ans qui a des antécédents de sclérose en plaques, de diabète et d'infections chroniques des plaies. Elle est confinée à son lit et a des fonctions limitées en ce qui concerne ses extrémités supérieures. En raison d'un manque de nutrition et de circulation, AM a une plaie sur le coccyx qui n'a pas guéri depuis 6 mois. Elle doit être transférée à l'hôpital pour recevoir des antibiotiques par intraveineuse. Elle décrit sa qualité de vie comme étant médiocre et exprime souvent sa volonté de mourir. Elle décide qu'elle ne veut plus être transférée à l'hôpital et qu'elle souhaite arrêter tous ses traitements, y compris les antibiotiques par voie orale.

AM vient de réviser ses objectifs de soins pour les aligner sur l'approche palliative. Le personnel est d'avis que cela accélérera la mort d'AM, et n'est pas d'accord avec cette décision.

Objectif des soins de confort

Discutez de l'approche palliative dans les situations où les valeurs des résidents et du personnel sont conflictuelles.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidents et des proches que vous soignez présentement?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées?
- Que pensez-vous de la décision d'AM (ou d'un résident réel) d'arrêter tous les traitements?

Questions de discussion complémentaires

- Pensez-vous qu'AM abandonne tout espoir?
 - Comment explorer cette question avec AM?

- Avez-vous l'impression que vous pourriez faire quelque chose de plus pour qu'AM change d'avis?
 - Cela serait-il approprié? Remarque : que nous soyons d'accord ou non, nous devons respecter les volontés de la personne dans de telles circonstances, tout en étant à sa disposition si elle souhaite explorer davantage ses choix et sentiments.
- Comment pouvons-nous, en tant que prestataires de soins, soutenir la décision d'AM d'arrêter ses traitements?
 - Est-ce que choisir l'approche palliative signifie choisir la mort?

Pratique éclairée – approche palliative

Il arrive que le personnel soignant, les patients ou les membres de la famille refusent l'approche palliative parce qu'ils pensent que cela signifie « abandonner » ou perdre tout espoir. Les soins palliatifs n'accélèrent ni ne retardent la mort. L'objectif de l'approche palliative est d'améliorer la qualité de vie. Dans certaines circonstances, l'approche palliative peut même prolonger la vie parce qu'elle permet de soulager les symptômes traitables.

Dans ce scénario, AM est probablement épuisée d'avoir été soignée par des visages inconnus lors de ses nombreuses visites à l'hôpital, d'être bien loin du confort de son foyer de soins de longue durée et de continuellement recevoir des antibiotiques. Il peut arriver un moment – en raison d'une affection, d'une maladie ou d'une infection – où un résidant ne bénéficie plus des traitements médicaux. C'est alors que le traitement des symptômes (comme la douleur) devient le principal objectif des soins. Dans ce scénario, AM n'a plus le contrôle de l'infection qui ronge son corps en raison de ses antécédents médicaux, mais elle peut décider d'arrêter le traitement et de vivre le reste de ses jours aussi confortablement et sans douleur que possible. Lorsqu'une résidante comme AM reçoit un traitement curatif continu qui est inconfortable et douloureux pour une maladie incurable, il est souvent préférable de ne traiter que ses symptômes.

Pratique éclairée – questions de réflexion

- Que pensez-vous de l'affirmation suivante : « Peut-être qu'AM ne prend pas la décision d'arrêter ses traitements, et qu'au contraire, c'est l'infection qui a pris cette décision à sa place? »

- Quels modes de soutien ou ressources humaines supplémentaires pourraient aider la résidente à prendre cette décision?
- Comment l'équipe interdisciplinaire devrait-elle réagir compte tenu des nouveaux objectifs de soins?
 - Il serait peut-être convenable de penser à la planification des soins, aux médicaments nécessaires pour soutenir les soins de fin de vie, à du soutien psychosocial ou spirituel, au soutien à la famille, etc.

Scénario 6

Catégorie : réflexion et action

Description du scénario

BL est une femme de 75 ans qui souffre d'une maladie cardiaque en phase terminale. Elle est souvent essoufflée, souffre d'une toux chronique et présente un œdème important dans ses membres inférieurs. Elle remarque que son état a progressé et que ses symptômes se sont aggravés au cours des dernières semaines. Elle est alerte et capable de s'orienter, mais est consciente qu'elle n'a plus beaucoup de temps à vivre. Lors d'une rencontre sur les soins palliatifs, elle exprime à l'équipe interprofessionnelle sa volonté de vivre le reste de ses jours de la manière la plus confortable et la moins douloureuse que possible. L'équipe respecte son choix de recevoir l'approche palliative.

BL a un fils et une fille qui ne s'entendent plus depuis un certain temps. Lorsque BL dit à son fils qu'elle a demandé l'approche palliative, l'homme n'est pas content. Il veut que sa mère soit transférée à l'hôpital pour que les médecins puissent « réparer » ce qui ne va pas. Il crie au personnel : « Vous allez la laisser mourir? » Le fils ne souhaite pas avoir de discussion avec le personnel et déclare qu'il ne fait plus du tout confiance à l'équipe soignante parce qu'elle accepte la décision de BL.

La fille de la dame, de son côté, est d'accord avec l'idée de l'approche palliative pour sa mère, disant qu'elle la voit souffrir depuis trop longtemps. Le personnel entend souvent le fils et la fille se disputer bruyamment au sujet de ce qui est le mieux pour leur mère. BL a confié à de nombreux soignants à quel point tout cela la bouleversait. Elle souhaite seulement que sa famille puisse s'entendre afin que chacun puisse profiter du temps qu'il lui reste à vivre.

Objectif des soins de confort

Examinez les répercussions d'une difficile dynamique familiale sur les résidants qui approchent de la fin de leur vie.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidents et des proches que vous soignez présentement?
 - Quels réussites ou défis avez-vous déjà rencontrés?

Pratique éclairée – composer avec une dynamique familiale difficile

Il n'est pas rare que les membres de la famille aient des opinions différentes sur ce qu'ils pensent être le mieux pour le résident. Certains membres de la famille croient que leur parent devrait recevoir des traitements agressifs pour prolonger sa vie, tandis que d'autres comprennent et croient que ces traitements ne procurent pas assez de bienfaits pour favoriser une bonne qualité de vie.

Les sources courantes de conflits familiaux comprennent :

- Penser qu'un autre membre de la famille fournit du soutien ou des soins inadéquats.
- Désaccord (entre les membres de la famille, le patient et sa famille, ou les prestataires de soins et la famille) concernant la maladie et le pronostic du patient, le traitement ou le plan de soins.
- De trop nombreux membres de la famille participent aux décisions cliniques.
- Certains membres de la famille ne fournissent qu'une quantité limitée de soins ou ne sont pas toujours disponibles pour participer aux soins.
- Manque de confiance envers le système de soins de santé ou les prestataires de soins.
- Problèmes familiaux de longue date n'ayant pas rapport avec l'état de santé du résident mais qui s'intensifient en raison des circonstances.
- Différentes trajectoires de deuil : certains membres de la famille acceptent mieux et d'autres moins bien l'approche de la mort ou autres répercussions négatives potentielles.

Pratique éclairée – questions à discuter

- Avez-vous déjà vécu des situations semblables dans votre pratique?
 - Si oui, comment avez-vous agi?
- Quelles sont les meilleures stratégies pour aborder le fils de BL?
- En quoi cette situation serait-elle différente si BL n'avait pas la capacité de prendre des décisions?

Pratique éclairée – communication avec les familles

Les considérations qui suivent sont recommandées lorsqu'il y a des désaccords entre les membres de la famille ou avec l'équipe soignante :

- Il est important de reconnaître vos propres sentiments de colère, de peur ou de frustration afin que ces émotions n'influencent pas votre communication avec les membres de la famille.
- Lorsqu'il s'agit de discuter de l'arrêt des traitements de maintien en vie, explorez les sentiments des membres de la famille. Les membres de la famille sont souvent confrontés à des sentiments de culpabilité ou de remords lorsqu'ils prennent des décisions difficiles pour leur proche. Par exemple, si un membre de la famille dit : « Même si je sais que mon père ne voudrait pas ça, je ne peux pas le laisser partir. » ou « Je ne peux pas être celui qui prend une décision qui va entraîner sa mort. », le fournisseur de soins peut répondre en disant : « Je ne peux pas imaginer à quel point il doit être difficile de prendre ce genre de décisions de fin de vie. Ce n'est pas seulement votre décision, c'est une décision partagée, tout comme ce serait le cas si votre père était là pour en discuter avec nous. »
- Les membres du personnel peuvent explorer la relation du patient avec son proche (ex. : « Parlez-moi de votre mère... »). Lorsque les membres de la famille du patient sont en détresse, il est approprié de leur permettre de montrer leurs émotions.
- Visez la cohérence en ce qui concerne les attentes et les traitements, afin d'établir et de maintenir une relation de confiance.

- Il est important que les prestataires de soins soient sensibles aux différents antécédents et expériences des patients et des familles.

Références

Rosenstein, D.L. et Park, E. (2020). *Challenging interactions with patients and families in palliative care*. <https://www.uptodate.com/contents/challenging-interactions-with-patients-and-families-in-palliative-care#H2870945119>

Scénario 7

Catégorie : réflexion et éducation

Description du scénario

KM est un homme de 71 ans qui a reçu un diagnostic de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) en phase terminale et de démence légère à modérée. La BPCO lui demande plus d'énergie pour respirer que les personnes non atteintes de ce trouble. KM a perdu une quantité importante de poids et de masse musculaire au cours des deux derniers mois. L'homme a du mal à manger car il est souvent essoufflé et doit souvent tousser. Il déclare qu'il n'a pas faim et boit souvent une boisson nutritive à l'heure des repas. La fille de KM craint que le personnel soit en train de « faire mourir de faim » son père et veut explorer l'option d'une sonde d'alimentation.

Objectif des soins de confort

Examinez les besoins en matière de nutrition dans le contexte de l'approche palliative.

Questions de l'animateur pour amorcer la discussion

- Ce scénario reflète-t-il l'expérience des résidents et des proches que vous soignez présentement?
 - Quels réussites ou défis avez-vous déjà rencontrés?

Questions de discussion complémentaires

- Que feriez-vous pour soutenir les besoins nutritionnels de KM?
 - Quels membres de l'équipe interdisciplinaire devraient participer à la planification des soins en ce qui concerne les besoins nutritionnels?
- KM est-il vraiment en train de « mourir de faim »?
- Comment répondriez-vous à la fille de KM?

- Quels sont certains des risques associés à la pose d'une sonde d'alimentation?
 - Comment éduquer les résidants et les familles sur ce sujet, afin qu'ils prennent une décision éclairée?
- Avec un changement dans l'alimentation du patient, faudrait-il revoir les objectifs de soins?

Pratique éclairée – nutrition en fin de vie

Le recours à la nutrition artificielle par sonde alimentaire semble être utile chez les patients atteints de maladies chroniques comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA), où la vie peut être prolongée de plusieurs mois ou années. Toutefois, il n'y a pas de preuve que les sondes alimentaires sont bénéfiques pour les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale et dont le décès est prévu dans les six mois (Danis, 2021). Lorsque les membres de la famille remarquent qu'un proche diminue son alimentation ou arrête de manger ou de boire, cela peut être éprouvant. La nourriture est un des besoins humains les plus fondamentaux, et les membres de la famille pensent souvent que leur proche va « mourir de faim » s'il n'a plus envie de manger ou de boire (Portail palliatif canadien, sans date). La nourriture est souvent associée à la vie de famille, au bonheur, à l'amour et aux souvenirs. Lorsqu'un résidant mange moins ou arrête de manger, les membres de la famille ont souvent des sentiments ou des réactions négatives (Hospice of Huntington, sans date). Il est important d'éduquer les familles sur les changements digestifs en fin de vie afin de les aider à prendre des décisions éclairées concernant ce qui est le mieux pour leur proche (Hospice of Huntington, sans date).

Pratique éclairée – question à discuter

Comment expliqueriez-vous les changements digestifs qui surviennent en fin de vie?

Pratique éclairée – faim en fin de vie

Il faut savoir que les personnes affamées veulent de la nourriture, et que les personnes en fin de vie n'en veulent plus.

Vers la fin de la vie, le corps se prépare à la mort et les gens ne ressentent généralement plus la faim. Et ceux qui ont faim n'ont besoin que d'une petite quantité de nourriture pour se sentir

satisfaits. Le corps préfère conserver son énergie pour d'autres fonctions corporelles importantes plutôt que pour manger et boire (qui, dans le scénario, demande beaucoup d'énergie au résident). Il est important d'expliquer aux résidents et aux familles que l'utilisation d'une sonde alimentaire en fin de vie n'aide pas à atténuer ou à guérir la maladie. Il est important que les résidents et les familles sachent que la déshydratation et la faim ne sont pas douloureuses en fin de vie (Hospice of Huntington, sans date). Lorsque les gens comme KM sont en fin de vie, leur métabolisme change et le fonctionnement de leurs organes ralentit. Il en résulte des niveaux élevés de cétones (molécules hydrosolubles produites par le foie) qui produisent un léger sentiment d'euphorie ou de bonheur (Brown, 2007). Lorsque les patients en fin de vie n'ont plus envie de manger ou de boire, c'est généralement leur façon de dire « il est temps pour moi de me reposer » (Hospice of Huntington, sans date).

Dans le scénario, KM est également atteint de démence. Il peut être difficile pour lui de comprendre pourquoi un tube a été inséré dans son abdomen, et il y a un risque qu'il le retire. Une étude a montré que chez les personnes atteintes de démence grave, la pose d'une sonde d'alimentation peut en fait augmenter le taux de mortalité, accroître le nombre de nouveaux problèmes médicaux et réduire la qualité de vie. Une autre étude sur les résidents en foyers de soins atteints de démence a révélé que les sondes alimentaires n'augmentaient pas le taux de survie. De plus, la pose d'une sonde d'alimentation chez ces personnes n'améliore pas le poids, et n'a pas d'incidence sur le risque de pneumonie par aspiration ou la cicatrisation des plaies de pression.

Ce qu'il faut retenir

Personne ne devrait jamais être forcé de manger ou de boire, surtout s'il n'est pas en mesure de prendre la décision lui-même. Si KM a faim ou soif, il faut lui proposer des aliments et des boissons réconfortants. Pour atténuer les symptômes de sécheresse buccale et de soif, des soins de la bouche doivent toujours être prodigués (nettoyage buccal, glaçons, utilisation de salive artificielle, hydratants pour les lèvres, etc.)

La première question que les membres de la famille doivent se poser lorsqu'ils prennent des décisions concernant l'installation d'une sonde alimentaire ou toute autre décision relative à un traitement médical est la suivante : que veut ou voudrait vraiment la personne?

Références

Portail palliatif canadien (sans date). *When is the right time to stop tube feeding?*

https://www.virtualhospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/Support/Support/Asked+and+Answered/Decision+Making/When+is+the+right+time+to+stop+tube+feeding_.aspx

Hospice of Huntington (sans date). *End of life nutrition*. <https://hospiceofhuntington.org/get-help/tips-from-the-dietitian/end-of-life-nutrition/>

Fuhrman, M.P. (2008). *Nutrition support at the end of life: A critical decision*. *Today's Dietician*.

<https://www.todaysdietitian.com/newarchives/082508p68.shtml>

Danis, M. (2021). *Stopping nutrition and hydration at the end of life*.

<https://www.uptodate.com/contents/stopping-nutrition-and-hydration-at-the-end-of-life#H691577442>

Brown, A. J. (2007). *Low-carb diets, fasting and euphoria: Is there a link between ketosis and γ -hydroxybutyrate (GHB)?*. *Medical Hypotheses*, 68(2), 268-271.

<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.07.043>

Scénario 8

Catégorie : réflexion

Objectif des soins de confort

Explorez les défis liés à la prestation de soins de fin de vie de qualité dans les établissements de soins de longue durée.

Discussion Questions

- À votre avis, quels sont les obstacles courants qui nuisent aux soins de fin de vie?
- De quelles façons pourrait-on améliorer les soins de fin de vie dans les foyers de soins de longue durée?
- Quels sont certains des défis auxquels les résidents en soins de longue durée sont confrontés en fin de vie?

Pratique éclairée – état des soins palliatifs

Un récent rapport canadien de 2018 a révélé que seulement 6 % des résidents en soins de longue durée reçoivent des soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie, selon ce qui est indiqué dans leurs dossiers. De nombreux résidents meurent ainsi avec des symptômes non traités, souvent après de multiples hospitalisations et des traitements prolongés. Il existe de nombreux obstacles qui nuisent à la prestation de soins de fin de vie de qualité dans les foyers de soins de longue durée. En voici quelques exemples :

- Une rotation élevée du personnel.
- Des ressources humaines limitées – une infirmière qui s’occupe d’un résident mourant peut également s’occuper de 30 autres résidents le jour, et jusqu’à 80 résidents la nuit.
- De nombreux médecins traitants ne sont souvent disponibles en personne qu’une fois par semaine, voire une fois par mois.

- Les infirmières et les médecins des établissements de soins de longue durée ne sont pas toujours spécialement formés pour traiter le mieux possible les symptômes des patients en fin de vie (essoufflement, douleur, agitation, délire). Même si les professionnels de la santé sont formés en soins palliatifs, ils n'ont pas toujours le temps ou les ressources nécessaires pour bien soutenir les patients.

Mais que pouvons-nous faire pour améliorer la situation pour les résidants en fin de vie?

- Changement de culture : les soins palliatifs sont souvent strictement associés à la fin de vie. Or, les soins palliatifs du XXI^e siècle mettent l'accent sur la qualité de vie, le traitement des symptômes en temps opportun et le maintien du bien-être de la personne le plus longtemps possible. Des séances de formation (comme ces tournées de soins de confort) sont une stratégie qui permet au personnel en soins de longue durée de se familiariser avec l'approche palliative et de la comprendre.
- Éducation : il peut être étonnant d'apprendre que de nombreux professionnels de la santé n'ont pas reçu de formation formelle en soins palliatifs même s'ils travaillent en gériatrie. Il importe que l'équipe interprofessionnelle reçoive une formation et des mises à jour sur les dernières tendances en soins palliatifs, comme les plus récents médicaments et traitements, pour pouvoir mieux défendre les intérêts des résidants. Par exemple, la présentation de contenu (comme ces tournées de soins de confort) quelques fois par mois peut aider à accroître les connaissances du personnel en ce qui concerne les stratégies fondées sur des données probantes en matière de soins palliatifs.
- Augmentation des effectifs : les ratios de personnel dans les établissements de soins de longue durée doivent être améliorés pour permettre de surveiller de près les symptômes des résidants et de fournir des traitements appropriés.

La sensibilisation et l'éducation sont des facteurs clés lorsqu'il s'agit de fournir de bons soins de fin de vie aux résidants. Il importe de surveiller étroitement la douleur et les symptômes, d'assurer la planification préalable des soins et la planification des objectifs de soins, et de combler les besoins psychologiques et émotionnels des résidants et des familles. Il est également important de défendre les intérêts des résidants, que ce soit pour obtenir un soulagement adéquat de la douleur ou pour communiquer leurs volontés au personnel médical ou aux membres de la famille.

Nos résidants méritent de recevoir les meilleurs soins palliatifs que nous pouvons leur offrir. Voilà pourquoi la formation est si importante : pour que nous puissions intégrer l'approche palliative dans les établissements de soins de longue durée, afin que les résidants puissent vivre avec le moins de souffrance possible jusqu'à leur dernier souffle.

Références

Arya, A. (2020). *Palliative care has been lacking for decades in long-term care. Policy options.* <https://policyoptions.irpp.org/magazines/july-2020/palliative-care-has-been-lacking-for-decades-in-long-term-care/>

Remerciements



Health
Canada

Santé
Canada

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.