

PROJET COLLABORATIF DE DIFFUSION DE L'INTÉGRATION D'UNE DÉMARCHE PALLIATIVE DANS LES SOINS

Résumé des résultats de l'évaluation

L'intégration d'une démarche palliative dans les soins (IDPS) est un modèle éprouvé adaptable visant à aider le personnel des établissements de soins de longue durée (SLD) à appuyer les résidents préférant recevoir des soins de fin de vie à domicile et leur famille.¹ Le modèle IDPS comprend les éléments suivants : identification précoce des résidents qui pourraient bénéficier d'une approche palliative, discussions sur les objectifs de vie et de soins, et mise en œuvre de plans de soins complets centrés sur les résidents. Il a pour objectif d'entraîner un changement de culture où des discussions sur les désirs des résidents concernant leur fin de vie ont lieu, où ces désirs sont respectés, et où les personnes affectées par le décès d'un proche ont accès à de l'aide.

En collaboration avec la créatrice de l'approche IDPS, Jane Webley (ancienne responsable régionale des soins de fin de vie pour Vancouver Coastal Health), la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a épaulé entre août 2018 et septembre 2019 sept équipes de cinq provinces et d'un territoire dans le cadre du projet collaboratif de diffusion de l'IDPS. Plus de 200 membres du personnel de 22 établissements de SLD ont reçu de la formation, des outils, de l'accompagnement et du soutien pour appliquer le modèle IDPS. Pour en savoir plus sur ce modèle et sur les équipes du projet, visitez le [site Web de la FCASS](#).

Les équipes du projet collaboratif IDPS ont accepté de mettre à l'épreuve des méthodologies d'amélioration et de changement. Elles ont constaté des améliorations quant à la qualité de l'expérience de soins, à la fréquence et aux moments choisis pour les discussions sur les objectifs de soins, et au décès des résidents à l'endroit de leur choix. Le tableau 1 présente les résultats du projet collaboratif d'IDPS.

Objectifs	Principaux résultats
Discussions précoces et fréquentes sur les objectifs de soins (n=409 résidents)	<ul style="list-style-type: none"> Les tendances concernant les moments choisis pour les discussions sur les objectifs de soins indiquent que le personnel ciblait efficacement les résidents particulièrement à risque de voir leurs besoins en soins palliatifs non satisfaits et priorisait ces discussions, ainsi le pourcentage de résidents avec une discussion sur leurs objectifs de soins plus de 26 semaines précédant leur décès a diminué progressivement au cours du projet collaboratif. Pour 89 % des résidents, la discussion à ce sujet était consignée au moment de leur décès, et une revue des discussions a été effectuée pour 62 % d'entre eux.
Respect du lieu choisi par le résident pour la prestation des soins (n=409 résidents)	<ul style="list-style-type: none"> Au cours du projet collaboratif, 81 % des résidents sont décédés chez eux. Pour les 19 % des résidents décédés à l'hôpital, le temps écoulé entre la dernière discussion sur les objectifs de soins et le décès était de deux fois supérieur à celui des résidents décédés chez eux. Au cours du projet collaboratif, on a compté 120 visites à l'hôpital par 91 résidents. Dans 72 % des cas, la personne est rentrée chez elle sans être hospitalisée.
Amélioration de la qualité de vie des résidents (n=409 résidents)	<ul style="list-style-type: none"> Les sept équipes ont relevé une amélioration de la qualité de vie des résidents grâce à une meilleure communication sur les objectifs de soins, la mort et le mourir. Les résidents et leur famille avaient des commentaires positifs quant à l'approche compassionnelle des équipes en matière de soins palliatifs. Ils ont dit se sentir libres de poser des questions et de prendre des décisions à propos des soins du résident, et trouvé l'environnement rassurant et bienveillant.
Amélioration de la qualité (n=27 membres du personnel)	<ul style="list-style-type: none"> Les équipes ont introduit les soins palliatifs aux pratiques régulières grâce à la création de nouveaux outils d'orientation, à l'intégration des discussions sur les soins palliatifs aux processus en vigueur, à l'utilisation de listes de vérification et d'outils d'évaluation communs, et à l'adoption d'ensembles de modèles d'ordonnances pour les médecins. Au cours du projet collaboratif, 74 % des objectifs d'amélioration fixés par les équipes ont été atteints (22 % partiellement). Les équipes ont établi des stratégies de pérennisation des progrès, notamment par le maintien des formations à propos des discussions sur les objectifs de soins, la révision des politiques organisationnelles selon les constats tirés du projet collaboratif, et la participation aux soins des résidents et de leur famille.

Tableau 1 Résumé des résultats du projet collaboratif d'IDPS

Prochaines étapes

Sur les 22 équipes du projet, 10 participent au [Défi Momentum](#) de la FCASS, un programme réunissant les équipes ayant terminé un projet collaboratif de la FCASS et visant à stimuler la pérennisation et la diffusion de leur projet d'amélioration.

Les équipes ont par ailleurs été invitées à participer à un programme de la FCASS et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, [SLD+ et pandémie : apprendre ensemble](#), qui vise à aider les établissements de SLD et les résidences pour personnes âgées à apprendre les unes des autres durant la pandémie de COVID-19 et à renforcer leurs plans de préparation à la pandémie.

¹ Dans certains cas, on peut considérer un centre de SLD comme étant le domicile d'une personne, y compris chez les résidents d'établissements ayant participé au projet collaboratif d'IDPS.