

**ATTITUDES DES INTERVENANTS  
EN  
SOINS DE LONGUE DURÉE À  
L'ÉGARD  
DE LA MORT, DES SOINS  
PALLIATIFS ET  
DE LA PRATIQUE  
INTERDISCIPLINAIRE**

Centre de santé et de services sociaux  
de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent



**InterActions**  
Centre de recherche et de partage des savoirs  
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent • CAU

Bernard-Simon Leclerc et Sabrina Lessard  
Midi InterActions, 23 avril 2014

# Équipe de réalisation

**Bernard-Simon Leclerc<sup>1-3</sup>, Sabrina Lessard<sup>1</sup>, Coralie Bechennec<sup>4</sup>, Emma Le Gal<sup>4</sup>, Sylvie Benoit<sup>5</sup>, Lyne Bellerose<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Centre de recherche, Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, centre affilié universitaire, Montréal

<sup>2</sup> Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal

<sup>3</sup> Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal

<sup>4</sup> Département de politiques sociales et de santé publique, Université de Bretagne-Sud, France

<sup>5</sup> Centre d'hébergement Saint-Joseph-de-la-Providence, Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, centre affilié universitaire, Montréal



# Présentation de l'étude



## □ Objectifs du sondage

- Connaître les **attitudes** et **croyances** des intervenants envers les soins de fin de vie et de la **pratique interdisciplinaire** en contexte de soins de longue durée
- Explorer l'**état actuel** dans nos CHSLD pour souligner le **besoin en formation**
- Comparer les croyances et attitudes selon la **catégorie professionnelle** et le lieu de travail
- Développer une **culture organisationnelle** en soins de fin de vie en contexte de soins de longue durée

# Présentation de l'étude

- Sondage
- Tous les professionnels (jour/nuit) + bénévoles, 5 CHSLD
- Participation sur une base volontaire, anonyme et sans compensation
- Questionnaire auto-administré sur le temps de travail (~15 min.)
- Version papier
- Version électronique pour les professionnels ayant une adresse institutionnelle (via Lime Survey)
- Administration du sondage du 15 mai au 15 juin 2013



# Questionnaire



## Sondage sur les attitudes et les croyances en matière de soins palliatifs des intervenants des milieux d'hébergement

Sachant qu'au Québec, près d'un tiers des résidents de CHSLD décèdent chaque année, la Direction de la qualité, performance et mission universitaire s'est intéressée à ce phénomène dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins. À la suite de l'initiative de deux de vos collègues infirmières concernant la formation sur les soins palliatifs, ce sondage sur les attitudes et les croyances est mis en place dans les cinq centres d'hébergement de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent afin de savoir si une formation sur ce sujet destinée à tous les professionnels serait intéressante à envisager et à généraliser.

Nous sollicitons la participation de tous les intervenants des centres d'hébergement du territoire dans le but de nous assurer d'une représentativité des sites, des quarts de travail et des titres d'emploi concernés.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre 15 minutes environ. Soyez assurés que les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et prises en considération. **Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.**

Merci à l'avance de votre participation et du temps que vous accorderez à ce sondage.

### Où travaillez-vous ?

- Centre d'hébergement de Cartierville
- Centre d'hébergement de Saint-Laurent
- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
- Centre d'hébergement Saint-Joseph-de-la-Providence
- Pavillon des Bâtisseurs

### Quelle est votre fonction ?

- Infirmière
- Infirmière auxiliaire
- Préposée aux bénéficiaires
- Médecin
- Bénévole
- Professionnels psycho-sociaux
- Professionnels de réadaptation
- Gestionnaire
- Autres Précisez : .....

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous souhaitons simplement connaître votre point de vue sur les énoncés suivants. Pour ce faire, veuillez indiquer votre degré d'accord en cochant la réponse qui vous convient.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
1. Il y a peu d'interventions qui peuvent être faites pour soulager la souffrance du deuil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. L'équipe de soins a la responsabilité d'offrir un soutien aux proches à la suite de la perte d'un être cher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Le plan d'intervention doit se construire en ralliant tous les intervenants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Il est impossible de faire sentir qu'il y a de l'espoir au résident et/ou à ses proches lorsqu'on les informe du pronostic terminal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La souffrance psychologique peut être aussi sévère que la souffrance physique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. À la demande du résident et/ou des proches, les résidents en fin de vie devraient pouvoir recevoir la médication nécessaire pour soulager la douleur, et ce, même si cette médication hâte la mort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La communication entre les membres de l'équipe de soins est assez présente pour permettre un vrai travail d'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Parler de la mort avec les résidents en fin de vie et/ou les proches tend à les décourager.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La dépression n'est pas traitable chez un résident en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les proches ont tendance à interférer dans les soins offerts au résident en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Le fonctionnement en équipe permet de clarifier et de mieux cibler les différents besoins du résident et/ou de sa famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. L'équipe de soins a la responsabilité d'aider le résident à se préparer pour la mort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Il est plus facile de discuter de la mort avec une personne partageant les mêmes origines culturelles ou croyances que soi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. La prise en charge des résidents en fin de vie est déprimante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je me sens coupable après le décès d'un résident.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Une vision claire des objectifs de l'équipe contribue à assurer une meilleure prestation de soins et de services.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je redoute d'avoir à gérer avec la détresse émotionnelle des proches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous souhaitons simplement connaître votre point de vue sur les énoncés suivants. Pour ce faire, veuillez indiquer votre degré d'accord en cochant la réponse qui vous convient.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
18. Lorsqu'un des résidents dont je m'occupe décède, je pleure en pensant à lui.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Je me sens à l'aise de partager les difficultés que rencontre le résident et/ou ses proches en fin de vie avec mes collègues OU d'inscrire des notes au dossier à cet effet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Les procédures ou les traitements proposés donnent parfois de faux espoirs aux résidents et aux proches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Quand un résident décède, je me sens comme si j'avais échoué en tant qu'intervenant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Le travail d'équipe apporte un réel bénéfice aux résidents en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. La dépression est normale chez un résident en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. L'équipe de soins est dans l'obligation d'informer le résident et/ou ses proches lorsque la mort est imminente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sources : Questionnaire sur les services en soins palliatifs : attitudes envers les soins de fin de vie (Zupka, 2006) traduit et adapté par Sabrina Lessard et Bernard-Simon Leclerc, avec la collaboration de Coralie Bachennec et Emma Le Gal. Questionnaire « IPC65 » sur le degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire (Bédard, Roder, Lamyère, 2013) adapté par Sabrina Lessard et Bernard-Simon Leclerc, avec la collaboration de Coralie Bachennec et Emma Le Gal.

Merci de remettre ce questionnaire complété à votre chef d'unité de vie avant le lundi 3 juin 2013.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

# Analyse

## □ 3 catégories

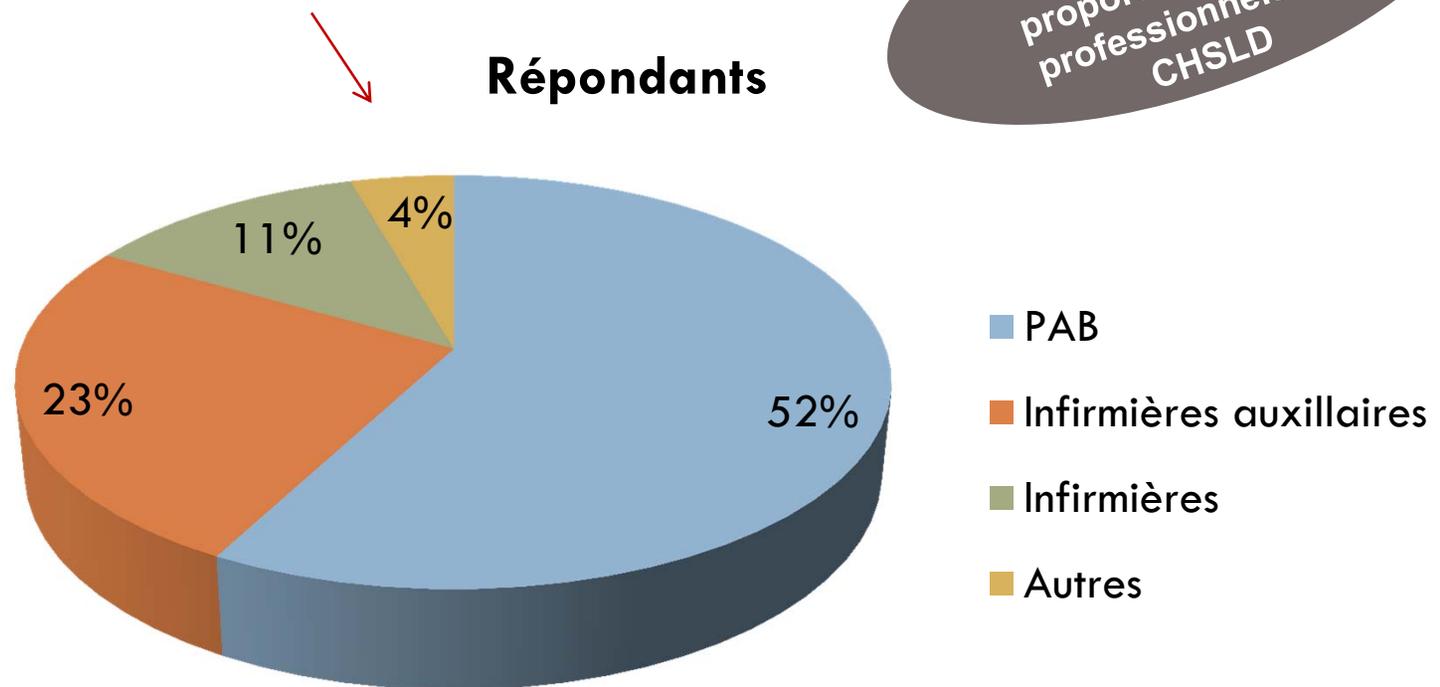
- **Réponses polarisées** (75 % des répondants en accord ou en désaccord,  $\geq 50\%$  totalement en accord ou en désaccord)
- **Réponses à fort consensus** ( $\geq 75\%$  en accord ou en désaccord)
- **Réponses partagées** ( $\geq 20\%$  dans au moins 3 catégories de réponse)

## □ 5 sous-catégories d'énoncés

- Interdisciplinarité
- Soins aux proches
- Mort et soins de fin de vie
- Détresse psychologique
- Sentiments des professionnels (« feelings »)

# Résultats

- 629 répondants sur 1170 professionnels sollicités (54%)
  - ▣ Version papier = 580/1050
  - ▣ Version électronique = 49/120



# Résultats



- **De façon générale**
  - ▣ Réponses diversifiées (polarisées, fort consensus, controversées)
  - ▣ Attitudes généralement positives
  
- **Pratique interdisciplinaire** → valeur intégrée mais :
  - ▣ 15 % → communication fait défaut
  - ▣ 25 % → pas confortable de partager les difficultés du résident avec leurs collègues
  
- **Soins aux proches**
  - ▣ 72 % → proches interfèrent dans les soins au résident

# Résultats

## □ Mort et soins de fin de vie

- 82 % → responsabilité de préparer les résidents et leurs proches à la fin de vie
- 32 % → parler de la mort tend à décourager les résidents et leurs proches
- 61 % → + facile d'aborder le sujet de la mort avec une personne partageant les mêmes croyances ou origines culturelles
- 83 % → aviser le résident et ses proches lorsque la mort est imminente (17 % = non)

**Fort consensus** sur l'administration de médicaments pour soulager la douleur même si ces médicaments hâtent la mort.

# Résultats

- **Détresse psychologique**
  - 63 % → dépression est normale en fin de vie
  - 73 % → dépression est traitable
  - 30 % → soins de fin de vie sont déprimants



Et 22 % d'entre eux, rapportent être en deuil  
lorsqu'un résident décède

# Résultats

- Différence selon la catégorie de professionnels

Infirmières, médecins,  
professionnels de  
réadaptation et chef  
d'unité

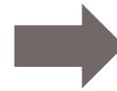
Infirmières auxiliaires

PAB et bénévoles

- Temps passé avec résident vs niveau de scolarité/responsabilité

# Limites de l'étude

Plusieurs variables non-  
considérées pouvant  
influencer les attitudes



Éducation  
Genre  
Âge  
Origine ethnique  
Expérience

- Polarisation simpliste → Positif vs négatif
  - Situation complexe
  - Nécessiterait d'explorer plus en profondeur

# Enjeux

- **Besoins en formation**
  - ▣ Accompagnement en fin de vie
  - ▣ Aborder la mort
  - ▣ Implication du proche
  - ▣ Aspects culturelles de l'accompagnement
- **Travail interdisciplinaire**
  - ▣ Organisation
  - ▣ Communication
- **Groupes de soutien, de discussion**
- **Approche, programme de soins de fin de vie**



**Discussion !**

**Merci de votre attention!!!**

# Annexe

## Réponses polarisées

5. La souffrance psychologique peut être aussi sévère que la souffrance physique.

22. Le travail d'équipe apporte un réel bénéfice aux résidents en fin de vie.

16. Une vision claire des objectifs de l'équipe contribue à assurer une meilleure prestation de soins et de services.

15. Je me sens coupable après le décès d'un résident.

11. Le fonctionnement en équipe permet de clarifier et de mieux cibler les différents besoins du résident et/ou de sa famille.

3. Le plan d'intervention doit se construire en ralliant tous les intervenants.

21. Quand un résident décède, je me sens comme si j'avais échoué en tant qu'intervenant.

24. L'équipe de soins est dans l'obligation d'informer le résident et/ou ses proches lorsque la mort est imminente.

6. À la demande du résident et/ou des proches, les résidents en fin de vie devraient pouvoir recevoir la médication nécessaire pour soulager la douleur, et ce, même si cette médication hâte la mort.

# Annexe

## Réponses à fort consensus

7. La communication entre les membres de l'équipe de soins est assez présente pour permettre un vrai travail d'équipe.

2. L'équipe de soins a la responsabilité d'offrir un soutien aux proches à la suite de la perte d'un être cher.

12. L'équipe de soins a la responsabilité d'aider le résident à se préparer pour la mort.

18. Lorsqu'un des résidents dont je m'occupe décède, je pleure en pensant à lui.

19. Je me sens à l'aise de partager les difficultés que rencontre le résident et/ou ses proches en fin de vie avec mes collègues OU d'inscrire des notes au dossier à cet effet.

# Annexe

## Réponses partagées

14. La prise en charge des résidents en fin de vie est déprimante.

1. Il y a peu d'interventions qui peuvent être faites pour soulager la souffrance du deuil.

8. Parler de la mort avec les résidents en fin de vie et/ou les proches tend à les décourager.

17. Je redoute d'avoir à gérer avec la détresse émotionnelle des proches.

4. Il est impossible de faire sentir qu'il y a de l'espoir au résident et/ou à ses proches lorsqu'on les informe du pronostic terminal.

13. Il est plus facile de discuter de la mort avec une personne partageant les mêmes origines culturelles ou croyances que soi.

23. La dépression est normale chez un résident en fin de vie.

10. Les proches ont tendance à interférer dans les soins offerts au résident en fin de vie.

9. La dépression n'est pas traitable chez un résident en fin de vie.