

LE **CISSS** DES LAURENTIDES  
complice de votre bien-être

# L'IMPORTANCE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE



Par  
**Martine Desjardins, infirmière clinicienne**  
**Julie Larivière, infirmière clinicienne**  
**Alain Nadeau, médecin**  
**Valérie Gauthier, ergothérapeute**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec 

# Conflit d'intérêt

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt en regard de la présentation qui suivra.



## Présentation des conférenciers

- **Martine Desjardins**, infirmière clinicienne
- **Julie Larivière**, infirmière clinicienne
- **Alain Nadeau**, médecin
- **Valérie Gauthier**, ergothérapeute

## Objectifs de la présentation

- **Définir** les éléments à mettre en place pour avoir une équipe qui pourra optimiser l'offre de service en soins palliatifs à domicile.
- **Sensibiliser** aux diverses réalités du domicile comme milieu de pratique.
- Comment **évaluer** de façon réaliste le travail fait par l'équipe au-delà des statistiques.



## Selon Larouche, C., (2018):

« Pour qu'une **équipe** atteigne son **plein potentiel**, chacun des membres doit non seulement comprendre son propre **rôle**, mais également celui de ses coéquipières et coéquipiers »



## Définitions importantes



### La pratique collaborative :

- Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prise de décisions.
- Pratique qui interpelle toute l'équipe clinique, le patient partenaire et ses proches.
- Cette pratique est engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrée et continue dont les objectifs sont :
  - D'orienter l'organisation des soins et des services pour répondre aux besoins de la personne en soins palliatifs et ses proches
  - De favoriser la meilleure qualité de vie possible pour la personne et ses proches

Selon le MSSS (2017)

## Conditions favorables pour une pratique collaborative efficace

- Volonté de s'engager
- Objectif commun
- Travailler avec les besoins de la personne/ses proches
- Partage d'informations
- Communication efficace

- Écouter les autres
- Exprimer son point de vue avec respect
- Clarifier les rôles
- Jouer un rôle attendu
- Mettre ses compétences à profit dans l'équipe

## L'interdisciplinarité, c'est :

- Développer une capacité d'analyse et de synthèse à partir de **perspectives de plusieurs disciplines**.
- Une **association de compétences** face à une problématique commune.
- **Harmoniser nos interventions** vers des objectifs communs.

VS

## La multidisciplinarité :

- Chaque spécialiste conserve la spécificité de ses concepts et de ses méthodes.





## Les membres de notre équipe interdisciplinaire

**Médecin :** Alain Nadeau

**Infirmières :** Édith Archambault

Mélanie Blanchette

Martine Desjardins

Julie Larivière

**Inhalothérapeute :** Marie-Josée Couture

**Travailleur social :** Emil Ghioltan

**Ergothérapeute :** Valérie Gauthier

**Physiothérapeute, nutritionniste et auxiliaire familiale**

## Rôles du médecin en soins palliatifs à domicile

- Évaluation, suivi médical et plan de traitement
- Garde médicale 24 heures/7 jours via volet Info-Santé
- Renseigner le client et la famille sur la maladie et son évolution.
- Participer aux réunions de l'équipe interdisciplinaire.
- Offrir de la formation et apporter son expertise médicale aux membres de l'équipe.
- Établir et instaurer protocole de traitement pour situation d'urgence.



## Rôles de l'infirmière en soins palliatifs à domicile



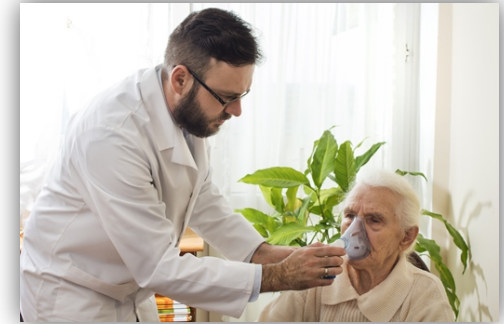
- Évaluer et identifier les besoins de la personne et de la famille.
- Intervenir à l'intérieur de son champ d'expertise pour répondre aux besoins de l'utilisateur.
- Intervenir de façon plus autonome en appliquant les protocoles.
- Prodiguer des soins selon l'ordonnance médicale.
- Accompagner la personne et ses proches dans leur cheminement.
- Utiliser le potentiel, les forces et les ressources de l'utilisateur et de ses proches.
- Enseigner aux proches à participer aux soins du malade.
- Assurer l'accessibilité 24 heures/7 jours via volet Info-Santé et infirmière de garde.
- Participer aux réunions de l'équipe interdisciplinaire.

## Rôles de l'ergothérapeute en soins palliatifs à domicile

- Soulager les inconforts et la douleur.
- Assurer la sécurité de la personne et de ses proches.
- Adapter l'environnement et recommander des aides techniques.
- Prévenir et traiter les plaies de pression.
- Adresser la diminution de la mobilité et la gestion de l'énergie.
- Favoriser la participation et l'engagement dans des activités significatives.

## Rôles de l'inhalothérapeute en soins palliatifs à domicile

- Évaluer l'état respiratoire et les besoins d'oxygénothérapie
- Apporter de l'aide pour le soulagement des symptômes respiratoires et de l'anxiété.
- Assurer l'accessibilité 24 heures/7jours via le volet Info- Santé et garde inhalo.
- Participer à l'équipe interdisciplinaire.



## Rôles du travailleur social en soins palliatifs à domicile



- Évaluer les besoins psychosociaux.
- Accompagner l'usager en fin de vie et ses proches.
- Informer sur les démarches légales.
- Référer aux ressources communautaires ou du réseau.
- Organiser les services de soutien à domicile.
- Dépister les deuils pathologiques et s'assurer que la personne reçoive l'aide nécessaire.
- Participer aux réunions de l'équipe interdisciplinaire.
- Supporter la personne et les proches en situation de crise.

## Rôles de la physiothérapeute en soins palliatifs à domicile

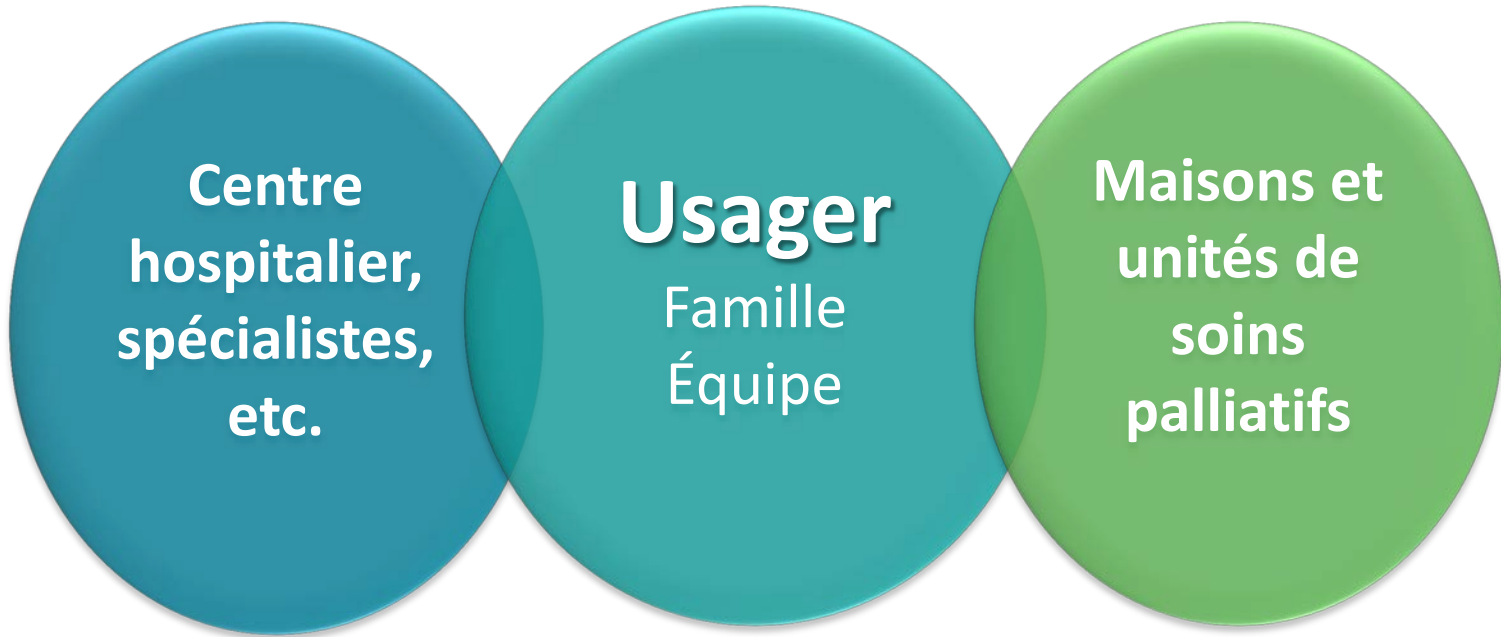
- Aide dans le contrôle de la douleur
- Enseigner divers programmes  
(mobilisation, exercices massage)
- Évaluer la sécurité à la marche ou aux escaliers.
- Enseigner les techniques de transfert.
- Participer à l'équipe interdisciplinaire sur demande.



## Rôles des auxiliaires familiales en soins palliatifs à domicile



- Assurer les soins d'hygiène en utilisant des techniques de mobilisation et de transferts.
- Observer et aviser des problématiques particulières.
- Participer aux réunions de l'équipe interdisciplinaire lorsqu'impliqué dans un dossier complexe.
- Évaluer le soin d'hygiène et le prêt d'équipement nécessaire à la salle de bain.
- Intervenir à la demande de l'infirmière pour les actes autorisés par la Loi 90.



## Les partenaires

- Centres hospitaliers
- Info-Santé
- Médecins, infirmières et inhalo de garde
- Mécanisme d'accès à l'hébergement
- Pharmacies communautaires
- Maison de soins palliatifs et/ou unités de soins palliatifs
- Services publics

## Importance des partenaires dans le continuum de soins

- Faire connaître les services offerts par l'équipe à domicile aux CH/spécialistes/médecins de la région afin que les références soient faites en « temps opportun » et non trop tardivement.
- Maintenir des corridors de communication fonctionnels avec les CH afin de limiter les déplacements des patients.



## Importance des partenaires dans le continuum de soins

- Développer une collaboration efficace avec les unités de soins palliatifs et les maisons de soins palliatifs du territoire.



## Particularités des soins palliatifs à domicile

- **Complexité de la clientèle** (co-morbidité importante, isolement, âges variés, langage)
- **Environnement** (accessibilité, insalubrité)
- **Aidants** (épuisement, pauvreté du réseau)
- **Complexité des soins**
- **Milieu socio-économique**
- **Disponibilité des services** (heures atypiques, offre de service)
- **Volontés des patients** (niveau de soins, variables dans le temps)
- **Croyances et approches alternatives** (shaman, homéopathie, morphine, marijuana)

# HISTOIRE DE CAS # 1 MONSIEUR TI-MÉ

## Histoire de cas M. Ti-Mé



### Informations cliniques :

- Homme de 88 ans, néo pulmonaire avec métastases osseuses, hépatiques et surrénales.
- Dyspnée à l'effort, amaigri et équilibre précaire.
- M. Ti-Mé refuse toute autre investigation et ne souhaite pas de traitement de chimio.

### Antécédents :

- M. vit avec un syndrome de Diogène, non diagnostiqué, depuis plusieurs années.
- Hygiène corporelle absente depuis plusieurs mois.



## Histoire de cas M. Ti-Mé

### Contexte de la demande :

- La police a fait un signalement, car des agents étaient inquiets. Ils sont intervenus suite à un appel de la ville mentionnant que la maison de M. était insalubre. Les agents se questionnaient concernant l'état de santé physique et mentale de ce M.
- Il a également consulté un centre hospitalier quelques jours avant, suite à une chute. Le diagnostic de cancer est alors prononcé.
- M. Ti-Mé vit seul, il est veuf depuis plusieurs années. Père de trois enfants avec qui il a un lien à l'occasion.

## Histoire de cas M. Ti-Mé



### Souhaits de M. Ti-Mé :

- Désir rester chez lui.
- Il accepte que des intervenants du CLSC viennent le visiter, à condition que l'on respecte son mode de vie et son désir de ne pas avoir d'autre investigation.

## Histoire de cas M. Ti-Mé

### Défis pour l'équipe interdisciplinaire :

- Créer un lien de confiance avec M.
- Travailler dans un milieu sécuritaire, étant donné l'encombrement de la maison (accumulation compulsive de métaux et de ferrailles).
- Impossibilité d'adapter le milieu avec des équipements
- Faire cheminer M. Ti-Mé face à son désir de rester chez lui jusqu'à son décès afin qu'il réalise les limites de son milieu.

## Histoire de cas M. Ti-Mé

### Objectifs de l'équipe :

- Offrir des soins de confort dans le but de soulager les symptômes.
- Trouver un milieu sécuritaire pour M. afin que celui-ci puisse terminer sa vie paisiblement.
- Aider M. à atteindre ses objectifs ou l'aider à cheminer face à l'évolution de sa maladie.
- Rencontrer la famille de M. afin de déterminer leur souhaits et leur niveau d'implication dans les soins de M. Ti-Mé.

## Histoire de cas M. Ti-Mé

### Intervenants impliqués et leurs rôles :

- Infirmières
  - Médecin à domicile
  - Ergothérapeute
  - Travailleur social
  - Auxiliaires familiales
  - Inhalothérapeute
- + Équipe de soins de l'unité de soins palliatifs

## Histoire de cas M. Ti-Mé

### Résultats :

- La famille a accepté de s'engager à faire un peu de ménage afin de dégager la cuisine.
- M. a accepté d'aller prendre des bains au CHSLD.
- Il a accepté d'aller faire des séjours à l'USP (soulagement de symptômes) avec retour à domicile.
- Il a réussi à demeurer chez lui le plus longtemps possible.
- Il est décédé à l'USP.

# HISTOIRE DE CAS # 2 MONSIEUR B.

## Histoire de cas de M. B.

### Informations cliniques :

- Homme de 36 ans opéré à de multiples reprises pour un astrocytome pariéto-occipital droit.
- Glioblastome grade 2 diagnostiqué en 2006, récurrence en 2009 et 2016.
- Il présente une hémiparésie gauche et il est alité x 3 mois. Les céphalées sont relativement bien contrôlées avec hydromorphone PRN.
- Plus de traitement envisagé par les spécialistes, pronostic de moins de 3 mois.
- Langue maternelle russe, il parlait français, mais a perdu l'usage de cette langue dû à son atteinte cérébrale.



## Histoire de cas de M. B.

### Contexte de la demande :

- M. et sa famille désirent un retour à domicile pour un décès prévu à court terme.
- M. habite avec ses parents, son épouse et ses trois enfants.
- Maison avec ascenseur et salle de bain adaptée.
- Une demande a été faite également dans une unité de soins palliatifs par le CH dans le cas où le retour à domicile serait difficile.

## Histoire de cas de M. B.

### Souhaits de monsieur et de la famille :

- Effectuer un retour à domicile auprès de sa famille;
- Ne plus retourner au CH si possible;
- Être capable de marcher à nouveau;
- Décéder à la maison.

## Histoire de cas de M. B.

### Défis :

- Barrière linguistique / culture;
- Présence de jeunes enfants;
- Les attentes de la famille et leurs croyances face à la médecine;
- Divergence dans les attentes et le rôle de la mère vs de la conjointe de M. B.

## Histoire de cas de M. B.

### Objectifs de l'équipe :

- Offrir des soins de confort dans le but de soulager les symptômes;
- Aider monsieur à atteindre ses objectifs ou à cheminer face à l'évolution de sa maladie;
- Adapter le domicile;
- Supporter la famille.

## Histoire de cas de M. B.

### Intervenants impliqués et leurs rôles :

- Infirmières
- Médecin à domicile
- Ergothérapeute et physiothérapeute
- Travailleur social
- Auxiliaires familiales
- Personnes ressources

## Histoire de cas de M. B.

### Résultats :

#### Déjouant les pronostics

- Monsieur est demeuré à domicile pendant presque deux ans dans un environnement adapté à ses besoins.
- Il a réussi à marcher quelques pas.
- Il a profité de la présence de ses enfants à tous les jours et la famille a reçu support et écoute.
- Gestion de conflits suite à certaines interventions d'un intervenant « externe » i.e. pas un membre régulier de l'équipe.
- Monsieur est finalement décédé à domicile selon son désir.



## Forces de l'équipe interdisciplinaire

- Intérêt vis-à-vis des soins palliatifs
- Vision commune
- Communication
- Respect de chacun et de leurs limites
- Stabilité au niveau des individus (vs poste)
- Capacité d'adaptation
- Rapidité de prise en charge

### Notre côté givré :

- Complicité
- Lien de confiance
- Ouverture
- Humour
- Place à ventiler les émotions
- Gestion de l'impuissance

# Les réunions interdisciplinaires

## Pour une « jeune » équipe

- Des réunions régulières avec un temps réservé et structuré permettent :
  - Un échange de connaissances et d'expériences;
  - De connaître les autres membres de l'équipe, leur vision ainsi que certaines de leurs limites;
  - De clarifier les objectifs pour un patient;
  - D'échanger les informations recueillies par chacun;
  - De faire de la formation sur un sujet précis.



## Les réunions interdisciplinaires

### Pour une « vieille » équipe :

- Les réunions sont remplacées par de brèves discussions « quotidiennes » avec les membres de l'équipe impliqués dans le dossier d'un patient particulier.
- Dans le cas de situations plus complexes, l'équipe se rencontre de façon plus formelle afin d'établir un **plan d'intervention** en lien avec cette problématique.

## « L'évaluation » de notre travail.

### Questions quiz...

- Quel pourcentage de décès à domicile devrions-nous obtenir?
- « But » de l'équipe, volonté politique, objectif de l'établissement...



## « L'évaluation » de notre travail

**Nous n'avons aucun objectif  
de pourcentage à atteindre.**

Nos statistiques nous donnent les informations sur ce qui a été fait (le passé), mais ne sont pas une cible à atteindre (le futur).

Nous devons rester centrés sur le contexte du patient  
et non sur les statistiques...



### **Attention à l'utilisation faite des statistiques...**

- Quel pourcentage de « citoyens » disent vouloir décéder à domicile? (lorsqu'ils ne sont pas malades)
- Quel pourcentage de « patients » désirent décéder à domicile? (lorsqu'ils sont malades)

## « L'évaluation » de notre travail

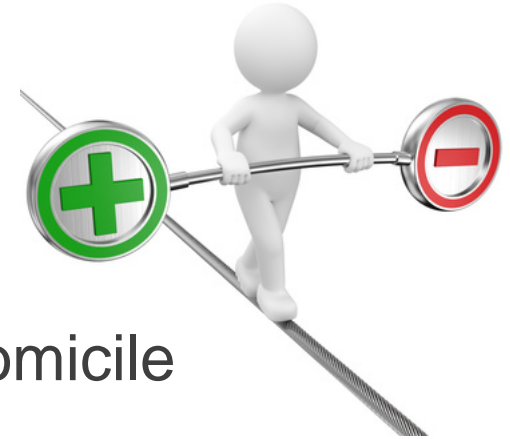
### Question quiz...

Peut-on évaluer « le mourir » en terme  
de **productivité et d'efficacité?**

(budgétaire, ressources humaines,  
impacts sur les familles...)



## « L'évaluation » de notre travail



### Question :

- L'équipe A obtient 11 % de décès à domicile en 2017.
- L'équipe B en obtient 25 % pour la même période.

**Laquelle des équipes est la « meilleure »  
ou la plus « performante » ?**

## « L'évaluation » de notre travail



### Réflexion...

- Pourcentage de combien!?
- Quel était la volonté de ces patients?  
Et de leur famille?
- Dans quelles conditions étaient-ils à domicile?
- Quelles sont les traces laissées  
par cette expérience?
- Ne pas oublier que ce sont des familles que  
nous prenons en charge et non seulement « un  
patient ».

## « L'évaluation » de notre travail

L'objectif que nous visons est  
que chaque patient puisse décéder  
dans un milieu qui convient à **sa situation**.

Ici, nous devrions viser le

**100%**

## Le but ultime : notre mission

- Optimiser **la qualité de vie** du patient dans son quotidien.
- Que chaque patient décède dans un « confort optimal » et dans un lieu « convenable » pour lui et pour sa famille.
- Ne pas oublier que le patient décède et la famille va survivre avec les souvenirs de cette expérience.





## En conclusion

- Avoir une équipe stable en terme d'individus et non seulement en terme de postes.
- Le travail à domicile, en plus de ses particularités, sera aussi influencé par ce qui se passe en amont et en aval.
- Centrer nos interventions sur le patient et sa famille en faisant très attention aux statistiques.

MERCI  
POUR VOTRE ATTENTION!



Juste un petit mot pour vous exprimer toute notre reconnaissance pour votre soutien, votre efficacité exceptionnelle durant l'accompagnement de Jeannette qui fut parfois difficile et en d'autres temps enchanteant de valeurs humaines. Jeannette a été choyée et privilégiée de pouvoir bénéficier d'une équipe comme la vôtre pour lui permettre d'exercer ses vœux de rester à la maison jusqu'à la fin.

Un gros merci !!



Sté Thérèse  
9 mars 2008

Merci reconnaissant à toute l'équipe de soutien à domicile.

Merci pour vos bontés, vos douces paroles, vos sourires, votre disponibilité. Merci pour votre ingéniosité à trouver les moyens pour agrémentez les derniers moments. Enfin, merci pour tout ce que vous avez fait pour mon enfant Paul, pour les jardins.

Que la vie prenne son cours, qu'elle illumine votre chemin et permette à tous vos besoins. Très sincèrement



Harmonieusement qu'il y a des gens comme toi qui nous aident à traverser ces moments très épreuves.

Merci d'avoir été la merci de ton soutien

Un Merci tout Spécial



à toute l'équipe des soins Palliatifs  
Sincères remerciements pour le support physique et moral apporté à moi-même et à la famille de Jeanne Samard Josephine Fêtes à vous et à vos familles  
Jean Paul Foyed



de Nadine  
Roland était bien réticent à vous voir arriver chez lui, mais au fil des jours, il s'est peu à peu habitué et il vous faisait confiance.  
Briée à vous, nous avons profité de la Maison des soins palliatifs et ce fut un beau cadeau.  
Nous avons pu partager des moments privilégiés et nous vous en remercions grandement. Continuons ce beau travail qui vous va si bien.  
Merci en core  
Annette Guéhen  
Collet Plouffe

vous êtes une équipe fantastique. Merci pour votre soutien et votre présence, de m'avoir aidé à la garder avec moi jusqu'à la fin  
Merci Merci Merci



Pour être humain, il faut essayer de vivre chaque minute en pensant au bonheur que nous fait rencontrer chaque être au cours plus qu'un moment.



## Références

- Programmation soins palliatifs CSSS de Thérèse-De Blainville (2011) Révisée par l'équipe de soins palliatifs septembre 2011.
- Larouche, C., (2018). Le travail d'équipe –VII Expérience Sherbrookoise sur le partage des rôles et responsabilités. *Le médecin du Québec, La revue de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, vol 53 (3).
- MSSS (2017). Développer les compétences en soins palliatifs et de fin de vie des intervenants du réseau. *Formation reçue au CLSC de Thérèse-De Blainville.*