

InterActions

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

**INTERDISCIPLINARITÉ EN PRATIQUE
CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS
DE FIN DE VIE : EFFICACITÉ ET
DEGRÉ D'INTÉGRATION**

BERNARD-SIMON LECLERC, PH. D.

SABRINA LESSARD, MSHA

LAURENCE BLANCHARD, M.P.H.

MICHAEL CANTINOTTI, PH. D.

YVES COUTURIER, PH. D.

DENIS GERVAIS, B. SC., D.E.S.G.

SUZANNE MONGEAU, PH. D.

**MARS 2014
ETMI**

L'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux vise à soutenir et à conseiller les gestionnaires, les cliniciens et les autres professionnels dans leur prise de décision en précisant les enjeux liés à l'introduction d'une nouvelle technologie ou l'implantation d'un nouveau mode d'intervention dans leur milieu. L'ETMI repose sur la synthèse systématique des preuves scientifiques dans le but de résumer l'état de connaissance sur une problématique donnée à partir d'études originales recensées selon des exigences méthodologiques bien définies. Elle inclut également une analyse du contexte local pour apprécier l'applicabilité, la faisabilité et l'acceptabilité de la pratique souhaitée au milieu ciblé.

AUTEURS

Bernard-Simon Leclerc, Ph. D., centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU; Institut universitaire de gériatrie de Montréal et Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Sabrina Lessard, MSHA, centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

Laurence Blanchard, M.P.H., centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

Michael Cantinotti, Ph. D., centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU; et Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Yves Couturier, Ph. D. centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU; Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; département de service social, et Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie, Université de Sherbrooke; et Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Denis Gervais, B. Sc., D.E.S.G., Pavillon Florence et Charles-Albert Poissant, Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

Suzanne Mongeau, Ph. D., École de travail social, Université du Québec à Montréal

COORDINATION DE L'ÉDITION

Geneviève Reed, centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

GRAPHISME

Le Zeste Graphique

DIFFUSION

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU : www.centreinteractions.ca

REPRODUCTION

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom de l'auteur original et de la source soient clairement indiqués.

© Centre InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

ISBN 978-2-923842-26-4 (version imprimée)

ISBN 978-2-923842-36-3 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU. Une partie des résultats a été présentée lors du 2^e Congrès international francophone de soins palliatifs et de la 23^e Conférence annuelle du Réseau de soins palliatifs du Québec, qui ont eu lieu en même temps à Montréal en mai 2013ⁱ. La revue systématique a par ailleurs été publiée dans le numéro de printemps 2014 de *Journal of palliative care* (volume 30, numéro 1). Nous remercions Thomas Nkosi Matukala pour l'évaluation du risque de biais dans les études individuelles et Daniel Desrochers pour la révision linguistique du manuscrit. Nous remercions également toutes les personnes (familles, intervenants et gestionnaires) qui ont participé à ce travail et accepté de répondre à nos questions.

i. Leclerc BS, Mongeau S, Couturier Y, Cantinotti M, Lessard S, Gervais D. (2013). Évaluation du degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique de soins palliatifs et bénéfices attendus : perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. *Revue internationale de soins palliatifs*, 1 2013; 28:15.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	4
RÉSUMÉ.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. MÉTHODES.....	9
1.1 Questions d'évaluation.....	9
1.2 Définition des concepts.....	9
1.3 Types d'évaluation.....	9
1.4 Méthodes de recherche et d'analyse.....	9
1.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
1.4.2 Stratégies de recherche documentaire.....	10
1.4.3 Sélection des études.....	12
1.4.4 Extraction des données.....	12
1.4.5 Évaluation de la qualité des études et du risque de biais.....	12
1.4.6 Synthèse des données des résultats des études.....	12
1.4.7 Évaluation terrain.....	12
2. RÉSULTATS.....	15
2.1 Études incluses et exclues.....	15
2.2 Caractéristiques des patients.....	18
2.3 Environnement.....	19
2.4 Intervention et contrôle.....	19
2.5 Résultats.....	19
2.6 Qualité des études et risque de biais.....	19
2.7 Effets des interventions.....	20
2.8 Contexte et degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire.....	25
2.8.1 Organisation programmée des soins sur le territoire.....	25
2.8.2 Résultats sur l'intégration de l'interdisciplinarité à l'unité spécialisée.....	25
2.8.3 Résultats sur l'intégration de l'interdisciplinarité dans les soins à domicile.....	30
3. DISCUSSION.....	32
3.1 Données probantes sur l'efficacité.....	32
3.2 Degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique.....	33
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXE I. Résumé des critères d'inclusion et d'exclusion.....	43
ANNEXE II. Description détaillée de la stratégie de recherche documentaire.....	45
ANNEXE III. Résumé des risques d'évaluation biaisée (éléments de l'outil EPHPP*).....	49
ANNEXE IV. Études exclues (n = 79).....	51

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Caractéristiques d'une équipe interdisciplinaire*	10
Tableau 2. Sites Web et conférences consultés	11
Tableau 3. Caractéristiques des études incluses	16
Tableau 4. Sommaire des résultats des études	22
Tableau 5. Résultats de l'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité, par dimension et sous-dimension (n = 11)	26
Tableau 6. Résultats de l'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité, par item et ordre décroissant d'importance	27
Figure 1. Organigramme pour la recherche bibliographique	15

Résumé

La mise en place d'équipes interdisciplinaires au sein des services de soins palliatifs de fin de vie est habituellement recommandée en raison des avantages pressentis pour les patients, les proches aidants, les médecins ainsi que pour l'organisation des soins. Il semble toutefois que les preuves soient insuffisantes pour appuyer cette présomption largement partagée. La présente évaluation, réalisée selon les principes méthodologiques de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, permet une analyse critique rigoureuse des pratiques organisationnelles et cliniques de soins palliatifs dans le but de soutenir la prise de décision. Elle vise deux grands objectifs : 1) Évaluer, sur la base des données probantes disponibles, l'efficacité et les effets négatifs des équipes interdisciplinaires sur les soins palliatifs de fin de vie comparativement à d'autres approches; 2) Évaluer, d'après le point de vue d'acteurs clés, le contexte et le degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire dans les équipes de soins offerts à domicile et en unité spécialisée du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, centre affilié universitaire.

Les soins de fin de vie ont été définis comme les soins palliatifs fournis en fin de vie à une personne dont le pronostic est d'un an ou moins. Nous avons procédé à la recherche d'essais cliniques randomisés et d'autres études avec groupe contrôle publiés entre 1995 et 2013. Pour ce faire, nous avons consulté huit bases de données électroniques, cinq conférences, 15 sites web, de la littérature grise et les listes de références des études incluses de 1995 à 2013. La qualité méthodologique des études qui ont satisfait les critères d'inclusion a été indépendamment évaluée et notée à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité « *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* ». Les données pertinentes ont été extraites en fonction des lignes directrices recommandées et résumées de façon narrative.

Pour mieux saisir le contexte dans lequel s'inscrit le travail en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie, l'analyse documentaire a été enrichie de données recueillies dans le cadre de consultations faites auprès de proches aidants et d'intervenants clés des équipes de soins. Le degré d'intégration des concepts illustrant l'interdisciplinarité a d'abord été mesuré anonymement auprès des intervenants des équipes de soins palliatifs au moyen du questionnaire auto-administré IPC65. Une entrevue individuelle ainsi qu'une entrevue de groupe auprès d'intervenants des équipes de soins à domicile du CLSC de Saint-Laurent et du CLSC de Bordeaux-Cartierville ont ensuite été réalisées. Des proches aidants de patients ayant bénéficié des services de soins palliatifs à domicile ou à l'unité spécialisée ont également été rencontrés individuellement de trois à six mois après le décès de leur proche.

Au total, 6999 documents uniques ont été trouvés, desquels nous avons retenu cinq articles en texte intégral provenant de revues avec comité de lecture. Ces cinq articles représentent quatre études qui satisfaisaient nos critères d'inclusion et d'exclusion et elles ont en conséquence été évaluées. Les données probantes témoignent de preuves moyennes à importantes à l'effet que les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs peuvent améliorer la satisfaction envers les soins reçus à domicile des patients adultes soignés à la maison, la satisfaction envers les soins reçus dans un milieu hospitalier, la communication des fournisseurs avec les patients en milieu hospitalier et la probabilité de mourir à la maison, la communication concernant la continuité des soins à la sortie de l'hôpital et l'utilisation de services variés. Par ailleurs, les résultats obtenus de l'évaluation terrain permettent de conclure que de nombreux éléments de l'intégration des concepts de l'interdisciplinarité ont été adoptés à l'unité spécialisée de soins palliatifs du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent. Par ailleurs, l'évaluation permet de constater sans équivoque que la composition et le fonctionnement des équipes de soins à domicile des CLSC ne répondent pas aux critères définissant l'interdisciplinarité et qu'elles ne peuvent en conséquence être qualifiées de la sorte. Des disparités quant aux modalités de fonctionnement des équipes des deux CLSC sont par ailleurs ressorties.

En conclusion, la présente revue systématique rappelle le manque de données probantes fiables sur le sujet. Des études supplémentaires sont requises pour clarifier les avantages et les risques potentiels des équipes interdisciplinaires lors des soins palliatifs de fin de vie chez les patients adultes hospitalisés ou soignés à la maison. Malgré la rareté de données probantes disponibles, l'évaluation des constatations préliminaires démontre des bénéfices quant à une amélioration de plusieurs aspects. Les auteurs considèrent que le fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie procure des bénéfices notables pour le système de soins et les usagers. Ils sont d'avis qu'il existe suffisamment de bouts de preuve pour avancer prudemment dans ce sens, même si le modèle unique d'équipe interdisciplinaire n'a pas été trouvé. Le fait que les études répertoriées concernaient toutes des patients atteints de cancer révèle avec éloquence qu'encore aujourd'hui, les soins palliatifs offerts aux personnes souffrant de pathologies autres que le cancer, telles que les maladies chroniques dégénératives qui affligent les personnes âgées, sont insuffisants.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services et de mise en œuvre de la Politique québécoise de soins palliatifs de fin de vie, les auteurs de la présente évaluation recommandent la mise en place d'un comité consultatif au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent responsable d'élaborer un programme global de soins palliatifs à l'échelle du CSSS. Tout en tenant compte des contraintes financières et organisationnelles existantes, ce programme devrait définir les grandes orientations en la matière, favoriser une vision commune des soins à offrir, harmoniser les pratiques actuelles, offrir des possibilités d'intégration des principes de l'interdisciplinarité, combler les besoins de développement des compétences de chaque catégorie d'intervenants œuvrant auprès de patients qui reçoivent des soins palliatifs et assurer une prestation de soins palliatifs de qualité à l'ensemble des clientèles du territoire.

Introduction

Les soins de fin de vie ont été au cœur de la consultation générale tenue par la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité¹. Le rapport, rendu public en mars 2012, est venu rappeler les problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services soulevés en 2004 par la Politique sur les soins palliatifs en fin de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec² ainsi que l'urgence de développer les soins palliatifs sur l'ensemble du territoire québécois et de promouvoir la culture qui les inspire. Avec le vieillissement de la population, la demande de soins palliatifs de fin de vie se fera encore davantage sentir dans les pays industrialisés^{1,2}.

Les soins palliatifs sont définis comme « une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles qui doivent affronter une maladie mortelle, grâce à la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur et des autres problèmes d'ordre physique, psychosocial et spirituel »³. Il s'agit d'un terme générique qui inclut les soins de fin de vie. Il n'existe cependant pas de définition précise de la fin de vie. D'un point de vue professionnel, le terme désigne habituellement la période pendant laquelle la personne est dans la dernière phase de sa vie, dans un état de déclin progressif, et lorsque la plupart des traitements curatifs ont déjà été abandonnés². Les patients et leurs familles sont plus portés à utiliser les termes *phase terminale* et *soins terminaux*.

Au Québec, l'accès à des services de soins palliatifs demeure limité et l'écart entre les services existants et les besoins de la population est notable^{1,2,4}. Les soins palliatifs de fin de vie sont surtout intégrés dans une organisation de services curatifs et on retrouve insuffisamment d'unités spécialisées de soins palliatifs et très peu d'équipes spécialisées en soins palliatifs à domicile⁴. Les services à domicile sont chapeautés par les programmes de soins à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS). De plus, l'accès et l'organisation de ces services en soutien à domicile ou en centres hospitaliers varient d'un CSSS à l'autre^{1,2}. Plusieurs de ces établissements n'ont ni programme, ni service organisé dans ce secteur et limitent les soins palliatifs de fin de vie à des soins de base aux mourants, dispensés sous l'appellation *soins de confort*⁴. Que ce soit à domicile ou en centre hospitalier, la majorité du personnel soignant pratique des soins palliatifs de fin de vie sans formation ou soutien et selon une approche mixte, c'est-à-dire en donnant à la fois des soins curatifs et des soins de base aux mourants⁴.

Les soins palliatifs doivent être offerts sans égard à l'âge, au pronostic vital et au type de maladie qui affecte le patient. Ils doivent également être dispensés dans divers milieux : à domicile, dans les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les centres de soins de longue durée^{1,2}. Ils peuvent être offerts progressivement à compter du moment où la guérison devient improbable jusqu'à la fin de la vie². L'approche palliative vise à assurer le confort et la dignité des patients au seuil de la mort, tout en maximisant leur qualité de vie et celle de leurs proches¹⁻⁵. Elle vise la mise en commun, par les intervenants, des connaissances sur les aspects physiques, psychologiques, émotionnels, sociaux et spirituels de l'usager. Cette mise en commun suppose l'interdisciplinarité entre acteurs et l'intégration des diverses composantes structurelles du service.

Le monde qui nous entoure est de plus en plus complexe et les disciplines, de plus en plus spécialisées. L'hyperspécialisation des disciplines n'aide pas à la construction d'une vision globale des phénomènes et des problèmes complexes, qui rendent de plus en plus nécessaire l'établissement de relations entre les disciplines. Pour que le travail d'équipe soit possible, il est important que tous les intervenants soient formés à une même philosophie, une même approche, mais que chacun conserve et développe le champ d'expertise qui lui est propre^{6,7}. À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Réseau de soins palliatifs du Québec a établi les profils de compétences minimales que les intervenants des 18 disciplinesⁱⁱ les plus souvent rencontrées dans les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs devraient posséder pour accomplir leur travail et assurer aux personnes malades et à leur famille des services de qualité. Certaines compétences sont de nature spécifique, c'est-à-dire qu'elles sont propres à chacun des intervenants, alors que d'autres, de nature transversale, peuvent être partagées à divers degrés par différents membres de l'équipe interdisciplinaire.

ii En voici la liste : animateur de pastorale, psychologue, travailleur social, diététiste, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, médecin, pharmacien, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, bénévole, art — thérapeute, auxiliaire en milieu de vie et à domicile ou auxiliaire sociale de santé et de services sociaux, inhalothérapeute, massothérapeute, musicothérapeute et technologue en radio-oncologie.

La collaboration interprofessionnelle, une présomption forte à l'égard de ses effets sur la qualité des soins

Un certain nombre de travaux théoriques ont étudié les équipes interdisciplinaires et ont souligné les avantages potentiels non seulement pour les patients et les aidants à domicile, mais également pour les praticiens et pour l'organisation des soins⁸⁻¹². On s'attend à ce que l'approche interdisciplinaire soit encore plus avantageuse, car il s'agirait de la seule façon de donner des soins holistiques et complets qui tiennent compte des besoins physiques, psychosociaux et spirituels du patient et de sa famille¹¹. Plusieurs experts recommandent la mise en place d'équipes interdisciplinaires dans les soins palliatifs^{2, 13-15}. Les normes de pratique de l'Association québécoise des soins palliatifs (AQSP) précisent que « pour répondre aux multiples besoins du patient et de ses proches, les soins sont prodigués par les intervenants appropriés, dans une approche interdisciplinaire faite d'interrelation et de concertation » (p. 13)¹⁶. La Politique sur les soins palliatifs en fin de vie² et les normes d'Agrément Canada¹⁴ reconnaissent également la nécessité de l'interdisciplinarité comme mode de prestation des services et de prise en charge de la clientèle. D'autres sources mentionnent les équipes multidisciplinaires^{1, 3, 17-19}, sans vraiment préciser si elles sont plus pour une équipe « multidisciplinaire » qu'une équipe « interdisciplinaire ». La confusion provient du manque de définition des termes et du manque de clarification des différences.

Malgré la présomption positive à l'égard de la collaboration interprofessionnelle, les preuves en sa faveur, comparativement à d'autres façons de fonctionner, sont insuffisantes. Aucune revue systématique des études comparatives n'a évalué l'efficacité d'une approche d'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs. Certaines des revues systématiques effectuées par le passé portaient sur différentes équipes et professions, mais aucune ne faisait une distinction entre une équipe interdisciplinaire et les autres types d'équipes²⁰⁻²⁷. Afin de baser la prestation des services en soins palliatifs sur les meilleures connaissances disponibles, nous avons effectué une revue systématique des études publiées afin d'établir les preuves concernant l'efficacité et les effets négatifs des équipes interdisciplinaires en matière de soins palliatifs de fin de vie pour les patients adultes et les aidants à domicile comparativement à d'autres approches, ainsi que les répercussions chez les praticiens de soins de santé et sur l'organisation des soins.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, la Direction générale et la Direction de la qualité, performance et mission universitaire du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU, avec la participation du chef d'administration du programme de soins palliatifs, ont confié à l'unité d'évaluation de son centre de recherche et de partage des savoirs InterActions le mandat d'évaluer le degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire dans ses équipes de soins offerts à domicile et en unité spécialisée et d'en déterminer les bénéfices potentiels pour le système de soins et les usagers.

Le présent document constitue une évaluation réalisée selon les principes méthodologiques de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux²⁸. Ce type d'évaluation permet une analyse critique rigoureuse des pratiques organisationnelles et cliniques et, en fin de compte, de soutenir la prise de décision. Le rapport se divise en trois sections. La première présente les données probantes d'une revue systématique des études publiées sur l'efficacité, pour les patients et leurs proches aidants, des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs de fin de vie par rapport à d'autres approches de soins palliatifs ainsi que leurs effets sur les praticiens de la santé et l'organisation des soins. Les risques potentiels de cette pratique ont également été analysés. La deuxième section expose les résultats de l'évaluation terrain sur le contexte et le degré d'intégration des concepts de l'interdisciplinarité dans le milieu de pratique local d'après le point de vue d'acteurs clés. Finalement, la troisième intègre les résultats de la revue systématique et de l'évaluation terrain et présente l'applicabilité et des retombées. Une brève conclusion et des recommandations qui découlent des travaux réalisés terminent le document.

Ce document s'adresse d'abord aux décideurs de CSSS et aux gestionnaires des milieux où de tels soins sont offerts puis à toutes les personnes qui offrent des soins palliatifs.

1. Méthodes

1.1 Questions d'évaluation :

Le présent rapport vise à répondre aux questions d'évaluation suivantes :

- Quels sont les bénéfices et les effets négatifs potentiels pour le système de soins et les usagers du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie?
- Quels sont le contexte et le degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire dans les équipes de soins offerts à domicile et en unité spécialisée au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU?

1.2 Définition des concepts

L'interdisciplinarité se définit comme « le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches »²⁹. L'interdisciplinarité est donc un mode d'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines dans le but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes³⁰. Les praticiens de plusieurs disciplines différentes travaillent alors en collaboration et partagent l'information dans un processus de prises de décisions conjuguées, ce qui mène à un plan de soins centré sur le patient^{8-10, 31-33}.

En comparaison, une équipe multidisciplinaire consiste plutôt en un « regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il décide seul de ce qui est bon pour le client. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité »³⁴. Dans pareille situation, les praticiens de disciplines différentes ont chacun établi leur propre plan de traitement, interviennent indépendamment et partagent ensuite l'information avec les autres membres de l'équipe^{8, 31}.

Un plan d'intervention interdisciplinaire consiste par ailleurs en un « ensemble d'interventions planifiées conjointement par les membres de l'équipe interdisciplinaire en vue de satisfaire les besoins de soins et d'assistance du client au cours d'un épisode de soins intra-établissement ou inter-établissements »³⁵.

1.3 Types d'évaluation

L'évaluation des bénéfices et des effets négatifs potentiels sera présentée sous la forme d'une revue systématique des écrits scientifiques sans méta-analyse. La procédure est présentée conformément aux normes du programme PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)^{36,37}. L'analyse documentaire sera enrichie de données recueillies dans le cadre de consultations faites auprès de proches aidants et d'intervenants clés des équipes de soins.

1.4 Méthodes de recherche et d'analyse

1.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont détaillés à l'Annexe I. Les articles ont été inclus si :

- ils ont été publiés en version intégrale dans une revue avec comité de lecture ou dans une documentation grise, de 1995 et au-delà, en anglais, en français ou en espagnol;
- il s'agissait d'études comparatives utilisant une approche méthodologique quantitative (données probantes de grande qualité) ou qualitative (pour des connaissances détaillées supplémentaires);
- ils faisaient état de résultats concernant des patients hospitalisés ou vivant dans la communauté, âgés de 18 ans et plus, qui avaient un pronostic d'un an et moins, un cancer de stade III ou IV ou qui étaient en phase terminale, et qui avaient reçu des soins dans n'importe quel environnement;
- ils portaient sur des patients qui avaient reçu des soins palliatifs d'une équipe incluant au moins trois professions (les consultants, les associés, les membres d'une équipe élargie et les bénévoles n'ont pas été comptés comme membres d'une équipe; les docteurs, médecins,

- résidents et spécialistes ont tous été considérés comme faisant partie d'une seule discipline);
- ils décrivaient une équipe « interdisciplinaire » ou satisfaisaient à au moins deux des critères indiqués dans le Tableau 1;
- ils comparaient un groupe qui avait reçu des soins par une équipe interdisciplinaire à un groupe qui avait reçu des soins qui n'étaient pas fournis par une telle équipe;
- ils incluaient des données sur les résultats concernant les patients, les membres de leur famille et les proches aidants, les fournisseurs ou le système de soins de santé, ainsi que les effets négatifs de quelque aspect que ce soit.

Tableau 1. Caractéristiques d'une équipe interdisciplinaire*

- Ses membres se rencontrent régulièrement et ont un chef ou un coordonnateur désigné
- Établit un plan interdisciplinaire commun pour chaque patient
- Évalue le patient et lui procure des soins qui satisfont à ses besoins physiques, psychosociaux et spirituels (approche holistique)
- Identifie les objectifs de soins des patients
- Intègre le patient et sa famille dans la prise de décisions et dans le plan de soins
- Possède des règles de fonctionnement ou une politique opérationnelle
- Utilise des outils d'évaluation communs

* Basées sur les publications et les opinions de professionnels spécialisés dans les soins palliatifs

1.4.2 Stratégies de recherche documentaire

Des recherches ont été effectuées sur les études potentiellement admissibles entre le 28 décembre 2012 et le 8 février 2013 sur MEDLINE (Ovid), EMBASE (Ovid), PsychInfo (Ovid), The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Ovid), CINAHL (EBSCO), Dissertations and theses (ProQuest), Francis (ProQuest), Social care Online, 15 sites web

et cinq conférences (Tableau 2) à l'aide de l'équivalent anglais des termes de recherche suivants : palliatifs, terminale, hospice, fin de vie, équipe de soins aux patients, équipe de soins interdisciplinaire, multidisciplinaire, pluridisciplinaire, transdisciplinaire, interprofessionnelle, multiprofessionnelle, pluriprofessionnelle, transprofessionnelle et de soins palliatifs. La stratégie de recherche complète est fournie à l'Annexe II.

Tableau 2. Sites Web et conférences consultés

SITES WEB (N = 15)	CONFÉRENCES (N = 5)
<p>Sites québécois :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fondation québécoise du cancer• Institut national d'excellence en santé et en services sociaux• Maison Michel-Sarrazin• Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec• Palli-Science• Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal <p>Autres sites canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none">• Association canadienne de soins palliatifs• Santé Canada• Portail canadien en soins palliatifs• Société canadienne du cancer (pour l'ensemble du Canada) <p>Sites internationaux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Centre for Reviews and Dissemination• International Association for Hospice and Palliative Care• International Network of Agencies for Health Technology Assessment• NIRH Health Technology Assessment Programme• Soins palliatif : Centre national de ressources	<p>Congrès international francophone de soins palliatifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• 1^{re} Conférence (Montréal, Canada), 2011, résumés.• 2^e Conférence (Lyon, France), 2013, programme. <p>22^e Congrès du réseau de soins palliatifs du Québec (St-Hyacinthe, Canada), 2012, PowerPoint.</p> <p>19^e Congrès international sur les soins palliatifs (Montréal, Canada), 2012, programme.</p> <p>7th World Research Conference of the European Association for Palliative Care (Trondheim, Norvège), 2012, résumés.</p>

Les listes de références des études incluses ont été examinées manuellement ainsi qu'une liste de citations mise à jour^{38, 39} disponible sur le site www.liebertpub.com. Nous avons aussi contacté quelques auteurs des publications pour obtenir des précisions, mais peu d'entre eux nous ont répondu.

1.4.3 Sélection des études

L'évaluation de l'admissibilité a été réalisée par deux professionnels travaillant indépendamment. La décision de présélectionner un article était basée sur les renseignements disponibles dans les titres et les résumés. Les articles retenus ont été lus au complet et la décision finale quant à son inclusion a été prise par consensus. Nous avons également évalué des études publiées dans d'autres langues que l'anglais, le français et l'espagnol afin de déterminer si leur exclusion risquait d'influencer les résultats de la revue.

1.4.4 Extraction des données

Un formulaire d'extraction des données a été conçu conformément aux lignes directrices recommandées^{40, 41} et mis à l'essai sur une sélection aléatoire d'études qui avaient été retenues. Les données suivantes ont été extraites par un évaluateur et vérifiées par un autre :

- **Renseignements concernant la publication :** auteur principal, date, revue, protocole, publications connexes
- **Renseignements généraux :** pays, objectif, environnement, période, approbation éthique, consentement, sources de financement
- **Structure des études :** conception, génération de séquences aléatoires, dissimulation de l'allocation des traitements, insu
- **Participants :** taille de l'échantillon, critères d'inclusion/exclusion, caractéristiques (p. ex. âge, sexe, maladie)
- **Intervention :** disciplines, caractéristiques de l'équipe (p. ex. réunions), intervention de contrôle
- **Participation :** nombre et raisons de refus, retraits, abandons, exclusions, absence de suivi
- **Résultats :** outils et information au sujet de leur validité/fiabilité, mesures, contrôle pour les facteurs de confusion, degré de signification statistique
- **Principales conclusions et remarques :** de la part des auteurs des études et des extracteurs de données

1.4.5 Évaluation de la qualité des études et du risque de biais

La qualité des recherches a été évaluée sur le plan de l'étude par trois professionnels indépendants qui ont travaillé à l'aveugle (deux auteurs et un épidémiologiste collaborateur externe) à l'aide de l'outil d'évaluation de la

qualité appelé « *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* » (EPHPP)⁴². L'échelle validée de six éléments et de trois degrés d'appréciation⁴³⁻⁴⁵ a mené à une cote globale (élevée, modérée ou faible) basée sur le biais de sélection, la conception de l'étude, les facteurs de confusion, l'examen à l'aveugle, les méthodes de collecte de données et les retraits et les abandons. Les désaccords ont fait l'objet de discussions jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Finalement, les biais de déclaration sélective ont été évalués par un enquêteur à l'aide de l'outil d'appréciation du risque de biais de la Collaboration Cochrane^{40, 46}.

1.4.6 Synthèse des données des résultats des études

Les résultats sont décrits de façon narrative au lieu d'être présentés comme une méta-analyse en raison des variations considérables de structures des études, d'environnements et d'issues mesurées. Les données ont été synthétisées selon les trois étapes proposées dans le cadre élaboré par Petticrew et Roberts⁴⁷ : l'organisation des études par catégories logiques, une analyse des résultats de chaque étude et une synthèse d'ensemble en tenant compte des variations de la qualité des études.

1.4.7 Évaluation terrain

Pour mieux saisir le contexte dans lequel s'inscrit le travail en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie, des proches aidants endeuillés et des intervenants des soins à domicile des CLSC de Bordeaux-Cartierville et de Saint-Laurent ainsi que de l'unité spécialisée de soins palliatifs du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci ont été interrogés et des documents administratifs ont été consultés.

Le degré d'intégration des concepts illustrant l'interdisciplinarité a été mesuré anonymement auprès des intervenants des équipes de soins palliatifs au moyen du questionnaire IPC65, développé et validé par Bédard, Poder et Larivière⁴⁸. L'objectif de ce questionnaire auto-administré est de mesurer le degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique par rapport aux standards établis dans les écrits scientifiques. Le score global obtenu aux dimensions et sous-dimensions de l'intégration est la somme des scores de chacun des items concernés (en tenant compte des quatre questions inversées) cotés sur une échelle de Likert. Les quatre choix de réponse offerts ont permis aux répondants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés (4 signifiants totalement

en accord; 3, plutôt en accord; 2, plutôt en désaccord; 1, totalement en désaccord). La cote « ne s'applique pas » n'a pas été considérée dans le calcul du score global. Aucune pondération entre les items n'a été réalisée, ce qui leur accorde ainsi une importance égale entre eux. Les intervenants des équipes de soins palliatifs offerts en unité spécialisée ont été sollicités, desquels nous avons reçu 11 questionnaires dûment remplis.

Une entrevue individuelle auprès de quatre intervenants des équipes de soins à domicile des CLSC a été réalisée entre avril et juin 2013 ainsi qu'une entrevue de groupe

auprès d'intervenants des mêmes équipes et de leur chef de programme le 23 mai 2013. Des proches aidants de patients ayant bénéficié des services de soins palliatifs à domicile ou à l'unité spécialisée ont également été rencontrés individuellement entre décembre 2012 et février 2013, à savoir trois à six mois après le décès de leur proche. Les rencontres enregistrées avec l'accord des participants exploraient leur expérience de soins sous différents angles. Les schémas d'entrevue peuvent être obtenus sur demande auprès de l'auteur principal.

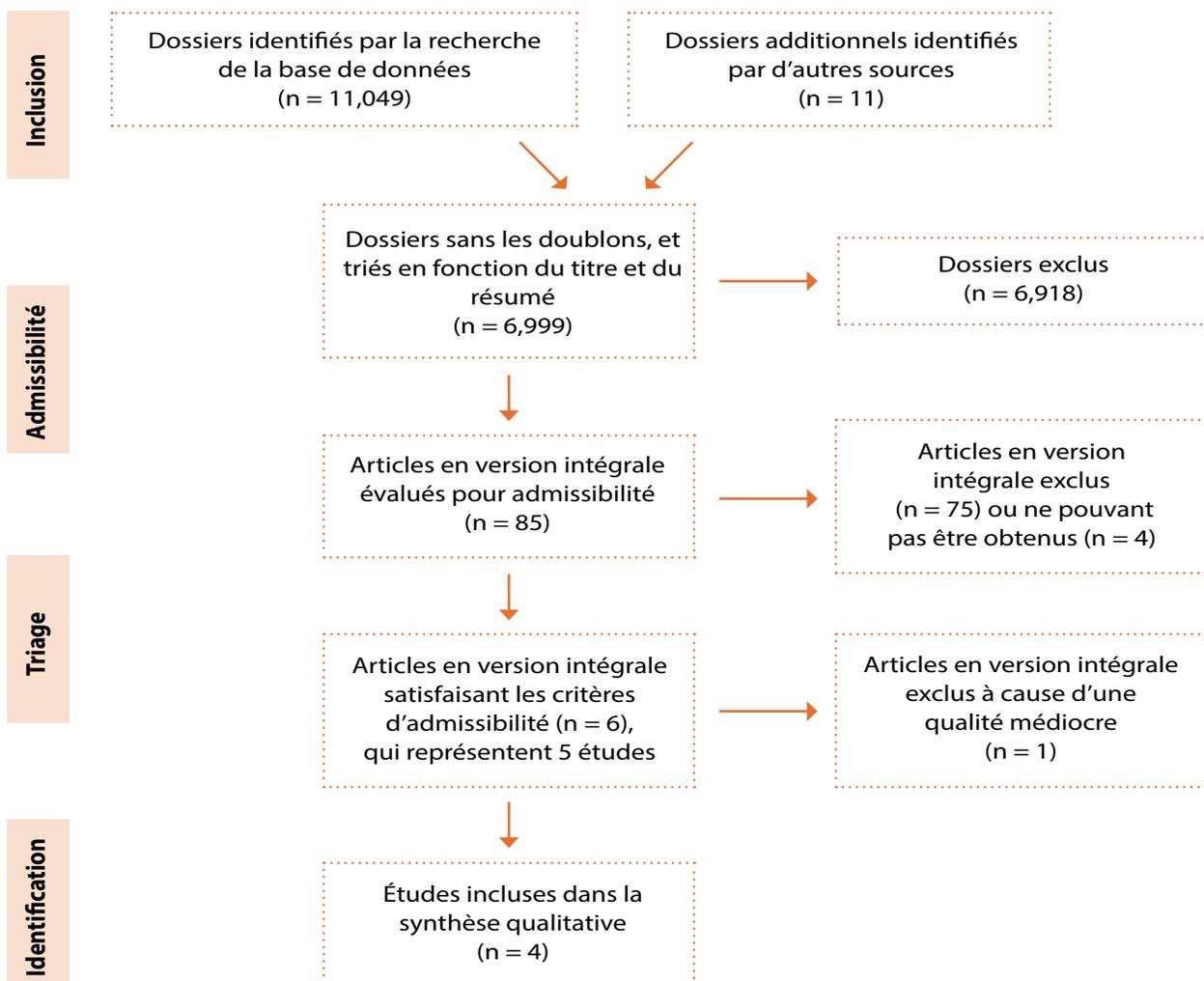
2. Résultats

2.1 Études incluses et exclues

La Figure 1 présente l'organigramme de la recherche. La recherche des articles dans les bases de données électroniques a permis d'obtenir un total de 11 049 citations. Une fois les doublons enlevés, il en est resté 6988. De plus, 11 résumés admissibles ont été identifiés lors des recherches sur les sites web ($n = 2$), les conférences ($n = 1$) et les listes de référence ($n = 8$), pour un total de 6999 documents. Parmi ces derniers, 6918 ont été exclus à cause

de leur titre ou de leur résumé qui ne satisfaisait pas aux critères d'inclusion. Par conséquent, l'admissibilité de 85 articles en texte intégral a été évaluée, dont quatre qui ont été rejetés, car le texte intégral n'était pas disponible, et 75 documents complets ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion, ce qui laissait six articles à évaluer. Parmi ceux-ci, une étude multidimensionnelle³⁹ présentant l'analyse d'un groupe apparié a été exclue à cause de sa qualité jugée médiocre et d'un manque d'information. Les caractéristiques des études exclues sont décrites à l'Annexe IV.

Figure 1. Organigramme pour la recherche bibliographique



Cinq articles représentant quatre études ont été inclus pour l'analyse^{38, 49-52}. L'étude d'Enguidanos et de ses collaborateurs⁵¹ complétait l'article concernant l'étude de Brumley et de ses collaborateurs³⁸ en analysant également le lieu du décès et le coût des soins. Toutes les études ont été publiées en anglais entre 2003 et 2013. Trois études traitant de l'efficacité des équipes interdisciplinaires sur les patients^{38, 49-51} se sont déroulées aux États-Unis, et une étude⁵² réalisée à Taiwan évaluaient l'efficacité des soins sur les patients, mais uniquement du point de vue des professionnels de la santé. Les caractéristiques et les niveaux de risque de biais sont indiqués dans le Tableau 3 et résumés ci-dessous. Une étude qualitative dont l'admissibilité avait été évaluée a été exclue parce qu'elle n'avait pas de groupe de comparaison⁵³.

Tableau 3. Caractéristiques des études incluses

Caractéristiques de l'étude	Brumley et coll., 2003 ³⁸ et Enguidanos et coll., 2005 ⁵¹	Brumley et coll., 2007 ⁴⁹	Gade et coll., 2008 ⁵⁰	Cheng et coll., 2013 ⁵²
Lieu d'intervention	Californie, É.-U.	Hawaii et Colorado, É.-U.	Colorado, Californie et Oregon, É.-U.	Taiwan
Structure de l'étude	Étude de cohorte	ECR	ECR	Étude transversale contrôlée appariée
Environnement	1 système de soins de santé intégrés (Kaiser Permanente)	2 systèmes de soins de santé intégrés/ organisations de soins de santé intégrés (Kaiser Permanente)	3 hôpitaux dans un système de soins de santé intégrés/ organisation de soins de santé intégrés (Kaiser Permanente)	1 hôpital universitaire
Taille de l'échantillon pour l'analyse	B : 300/E : 298 Intervention = B : 161/E:159 Contrôle = 139	297 Intervention = 145 Contrôle = 152	512 Intervention = 275 Contrôle = 237	212 Intervention = 128 Contrôle = 84 40 patients appariés dans chaque groupe
Critères d'inclusion	Intervention : Membres (pts) qui avaient reçu un diagnostic principal de MPOC, d'ICC ou de cancer ainsi qu'un pronostic de ≤ 1 an Contrôle : identique, sauf pour un pronostic de ≤ 2 ans (B), et les patients qui se sont rendus aux urgences ou à l'hôpital au moins deux fois au cours de la dernière année (B, E)	Intervention et contrôle : Membres (pts) qui avaient reçu un diagnostic principal de MPOC, d'ICC ou de cancer, un pronostic de ≤ 1 an, qui se sont rendus aux urgences ou à l'hôpital au moins une fois au cours de la dernière année, et qui ont obtenu un score de ≤ 70 % sur l'échelle de performance pour soins palliatifs indiquant la gravité de la maladie du patient	Intervention et contrôle : Membres (pts) âgés de 18+ ans qui ont reçu un diagnostic limitant l'espérance de vie et un pronostic de ≤ 1 an. (Parmi les diagnostics, on retrouve le cancer, l'ICC et les autres maladies du cœur, la MPOC et d'autres maladies pulmonaires, l'insuffisance rénale et organique, l'AVC et la démence)	Intervention : Cancer en phase terminale ou avancé, patients qui ont reçu un pronostic de ≤ 6 mois sans traitements anticancer prévus, qui sont en grave détresse physique, psychosociale ou spirituelle, patients ou familles qui ont signé une ordonnance de non- réanimation Contrôle : identique, et qui ont des symptômes physiques nécessitant une hospitalisation

Critères d'exclusion	Patients dans le groupe témoin admis dans le groupe d'intervention au cours de l'étude	Patients recrutés pour une autre étude ou qui ont quitté la région	Patients qui sont dans un état de déficience cognitive sans substitut, patients recrutés pour une étude en centre de soins palliatifs ou autre	Patients qui sont décédés dans les 24 heures suivant l'admission et patients atteints d'un cancer hématologique
Âge moyen des participants (années)	Intervention = 70 Contrôle = B:74/E:73	Intervention = 73,9 Contrôle = 73,7	Intervention = 73,6 Contrôle = 73,1	% < 35; 36-64; > 65 ans Intervention = 4,7; 43,8; 51,6 Contrôle = 1,2; 77,4; 21,4
Sexe des résidents (% femmes)	Intervention = 50,9 Contrôle = 55,4	Intervention = 45 Contrôle = 53	Intervention = 59 Contrôle = 51	Intervention = 46,9 Contrôle = 46,4
Intervention expérimentale Description générale et durée/ Disciplines/ Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Soins habituels et programme de soins palliatifs à domicile • Médecin, infirmière, travailleur social, autres professionnels au besoin • Approche holistique, intégration des pts et de la famille dans les décisions et les plans 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins habituels et programme de soins palliatifs à domicile jusqu'au décès, transfert vers un hospice ou la fin de l'étude • Médecin, infirmière, travailleur social, autres professionnels au besoin • Approche holistique, identification des objectifs de soins, évaluation des besoins des pts et des familles, intégration des pts et de la famille dans les décisions et les plans communs 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de soins palliatifs en milieu hospitalier jusqu'au décès ou hospice • Médecin, infirmière, travailleur social, aumônier • Approche holistique, identification des objectifs de soins, réunion d'équipe avant chaque consultation, plan commun, intégration des pts et de la famille dans les décisions et les plans 	<ul style="list-style-type: none"> • Unité de soins palliatifs en milieu hospitalier jusqu'au décès • Médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, personnel spirituel • Approche holistique, patients décident des soins, familles invitées à des activités de deuil jusqu'à un an après le décès
Intervention de contrôle	Soins palliatifs habituels : services de soins à domicile, de soins de courte durée et de soins primaires, soins palliatifs. Soins à domicile fournis en fonction des directives de l'assurance-maladie	Soins palliatifs habituels, services de soins de courte durée et de soins primaires, soins palliatifs. Soins à domicile fournis en fonction des directives de l'assurance-maladie	Soins hospitaliers habituels : inclus les médecins, travailleurs sociaux en soins et aumôniers	Soins de soutien habituels dans le département d'oncologie de l'hôpital

Moments des mesures	7 jours après l'inscription, tous les 60 et 120 jours, après le décès	Dans les 48 heures suivant l'inscription, tous les 30, 60, 90 et 120 jours	Lors de l'inscription et dans les 2 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital	Après le décès (pour les mesures de référence et lors du décès)
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients envers les soins (B) • Site du décès (domicile) (E) • Services médicaux utilisés : urgences, hôpital, visites chez le médecin, visites de soins d'une infirmière spécialisée, total des visites santé à domicile (B) N. B. : seuls les patients décédés ont été évalués.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients envers les soins • Site du décès (domicile) • Services médicaux utilisés : urgences, hôpital, hospice 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients envers les soins • Symptômes physiques des patients • Soutien émotionnel des patients • Soutien spirituel des patients • Accès aux services : hospice • Service médical utilisé : hospice • Continuité des services : directives préalables 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients envers les soins • Symptômes physiques des patients • Symptômes psychosociaux des patients • Processus de soins et qualité de la mort du point de vue du fournisseur. N. B. seuls les dossiers des patients décédés ont été évalués.
Financement	Garfield Memorial Fund	Garfield Memorial Fund	Garfield Memorial Fund	Aucun organisme déclaré
Échelle EPHPP	Modérée	Solide	Modérée	Faible
Communication sélective et partialité	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

B = Brumley; Dept = Département; E = Enguidanos; ECR = Essai clinique randomisé; ICC = Insuffisance cardiaque congestive; MPOC = Maladie pulmonaire obstructive chronique; Pts = Patients; EPHPP = Outil d'évaluation de la qualité appelé « *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* » développé par le Effective Public Health Practice Project (EPHPP).

2.2 Caractéristiques des patients

Les quatre études incluses comportaient un total de 1321 participants. Les principaux critères d'inclusion étaient un pronostic estimé d'un an ou moins^{38, 49-51} ou des symptômes graves⁵². Toutes les études portaient sur des patients atteints de cancer. Brumley^{38, 49} et Enguidanos⁵¹ ont également inclu des patients souffrant de mala-

die pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque congestive. Les patients qui ont participé à l'étude de Gade⁵⁰ souffraient d'une plus grande diversité de maladies. Brumley⁴⁹ et Gade⁵⁰ ont analysé les données de tous les participants tandis que Brumley³⁸, Enguidanos⁵¹ et Cheng⁵² ont uniquement utilisé les données des participants décédés.

2.3 Environnement

Trois études^{38, 49-51} se sont déroulées dans les établissements de *Kaiser Permanente* aux États-Unis, un système de soins de santé intégrés qui offre des services exclusifs à ses membres incluant des hôpitaux, des hospices et des programmes de soins à domicile⁵⁴. L'étude de Cheng⁵² s'est déroulée dans un hôpital universitaire public à Taiwan.

2.4 Intervention et contrôle

Les interventions de tous les articles potentiellement analysables étaient qualifiées d'*interdisciplinaires* par leurs auteurs et satisfaisaient à plus de deux des critères minimaux requis. Deux interventions ont eu lieu à domicile^{38, 49,51} et deux autres en milieu hospitalier^{50,52}. Les deux programmes de soins palliatifs interdisciplinaires à domicile ont été fournis par *Kaiser Permanente*, en plus des soins palliatifs habituels fournis par l'organisme. Les soins habituels comprenaient des soins de courte durée, des soins primaires et des soins palliatifs et, pour les patients qui possédaient une assurance *Medicare*, des soins à domicile. Les participants des groupes témoins ont uniquement reçu les soins habituels. Quant aux études en milieu hospitalier, les participants qui recevaient des soins interdisciplinaires n'ont pas reçu en même temps l'intervention du groupe témoin. Lors de l'étude de Gade⁵⁰, l'intervention du groupe témoin comportait des soins habituels fournis aux patients hospitalisés par des médecins, des travailleurs sociaux et des aumôniers. Lors de l'étude de Cheng⁵², les soins étaient fournis par l'unité d'oncologie de l'hôpital. Les quatre équipes interdisciplinaires évaluées incluaient un médecin, une infirmière et un travailleur social. Un aumônier ou un membre du personnel spirituel faisait partie de l'équipe dans les études de Gade⁵⁰ et de Cheng⁵², et cette dernière incluait également un psychologue. Quant aux caractéristiques interdisciplinaires, toutes les équipes affirmaient travailler avec une approche holistique, trois équipes^{49, 50,52} ont indiqué qu'elles identifiaient les objectifs ou les préférences de soins des patients et qu'elles incluaient ces derniers dans la prise de décisions ou les réunions, trois équipes^{38, 49-51} ont indiqué qu'elles incluaient la famille dans la prise de décision et les plans de traitement, et deux équipes^{49,50} ont mentionné l'utilisation d'un plan commun.

2.5 Résultats

Toutes les études ont évalué la satisfaction des patients envers les soins. Deux études ont évalué les symptômes physiques et psychosociaux des patients^{50, 52} et une étude a mesuré le soutien spirituel⁵⁰. Deux études^{38, 49,51} se sont intéressées au lieu du décès. Quant aux services de soins de santé, une étude⁵⁰ a mesuré l'accès à un hospice, trois études^{38, 49-51} ont comparé l'utilisation des services (urgences, hôpital, hospice et visites à domicile), et une étude⁵⁰ a analysé la continuité des services en matière de directives préalables lors de la sortie de l'hôpital. Certains articles mentionnaient des résultats supplémentaires qui n'ont pas été pris en considération pour cette revue, comme les coûts^{38, 49-51}.

2.6 Qualité des études et risque de biais

Une étude a été cotée comme étant solide⁴⁹, deux modérées^{38, 50,51} et une faible⁵² (voir le Tableau 3 et le Tableau récapitulatif dans l'Annexe III). Toutes les études présentaient un risque élevé de communication sélective des résultats (tendance des chercheurs à rendre compte des résultats qui sont statistiquement significatifs, positifs ou «surprenants»). Les détails concernant les composantes de l'outil d'évaluation de la qualité EPHPP, la communication sélective et d'autres sources potentielles de partialité sont décrits ci-dessous.

Biais de sélection. Trois études ont recruté des participants référés par d'autres^{38, 49-51} et la quatrième n'a pas mentionné sa stratégie de recrutement⁵². Deux études avaient un taux élevé de consentement à participer (80–100 %) ^{49,50} et deux autres n'ont pas mentionné les taux de participation^{38, 51,52}.

Conception des études. Deux études étaient des essais cliniques randomisés^{49, 50}, une autre était une étude de cohorte^{38, 51} et une autre était une étude transversale⁵². Les deux essais cliniques randomisés ont utilisé une attribution aléatoire des séquences et n'ont pas mentionné la dissimulation de la répartition.

Facteurs de confusion. Trois études ont mesuré les facteurs de confusion les plus pertinents^{38, 49,51, 52}, y compris une étude qui a utilisé l'appariement⁵². Une étude n'a pas ajusté ses résultats en fonction des facteurs de confusion. Par contre, les groupes étaient semblables au départ⁵⁰.

Examen à l'aveugle. Deux études ont mentionné de façon explicite l'ignorance des évaluateurs concernant les résultats recherchés^{38, 49, 51}. Aucune étude n'a indiqué si les participants étaient au courant de la question de la recherche, mais la connaissance de la nature de l'intervention et de l'environnement ainsi que le consentement éclairé des participants et des praticiens auraient nui à leur neutralité.

Méthodes de collecte des données. Trois études ont utilisé des outils valides et fiables^{38, 49, 51, 52}. Une étude a utilisé des outils dont la validité n'a pas été démontrée, et d'autres qui étaient fiables⁵⁰. L'information concernant la validité et la fiabilité était souvent négligée ou parfois mentionnée dans un rapport distinct.

Retraits et abandons. Trois études ont mentionné des taux faibles de retrait et d'abandon (< 20 %) ^{38, 49-51} et une étude n'a pas mentionné ces taux⁵². Une seule étude a mentionné les raisons des retraits et des abandons⁵⁰.

Intégrité des interventions. Aucune étude n'a mentionné le pourcentage de participants ayant reçu l'intervention allouée. Une étude a mentionné la tenue de réunions hebdomadaires pour assurer l'uniformité des interventions, mais aucune étude n'a mesuré cette dernière⁵⁰. Une étude a indiqué que certains participants identifiés au départ comme sujets du groupe de comparaison et qui ont été admis plus tard dans le groupe d'intervention ont été expressément exclus de l'analyse³⁸. Aucune étude n'a spécifié si certains participants avaient reçu une intervention non intentionnelle.

Analyse. Toutes les études ont utilisé des méthodes statistiques appropriées à la structure de l'étude. Les deux essais cliniques randomisés^{49, 50} semblent avoir été réalisés dans le cadre d'une « analyse de l'intention de traiter », qui consiste à analyser tous les patients dans leur groupe de randomisation initial. Deux études ont présenté des calculs de la taille des échantillons^{49, 52}.

Rapport sélectif des résultats. Le protocole de l'étude d'un seul article était disponible⁵⁰. Parmi les cinq articles examinés, quatre ont indiqué des résultats qui n'étaient pas présélectionnés dans la section des méthodes^{38, 49, 50, 52}. Deux études n'ont pas mentionné de données sur tous les résultats spécifiés dans les méthodes^{38, 49}.

Autres sources potentielles de biais. Les trois études qui se sont déroulées dans les établissements de Kaiser Perma-

nente ont été financées par le *KP Garfield Memorial Fund*^{38, 49-51}. De plus, un auteur a participé au développement et à la mise en place de l'intervention évaluée, et plusieurs auteurs étaient employés directement ou indirectement par l'organisme de financement. Quant à l'étude de Cheng⁵², il est possible qu'il y ait un biais du rappel différentiel par statut d'intervention puisque l'échelle Good Death Scale a été appliquée après le décès des participants.

2.7 Effets des interventions

Les résultats sont résumés dans le Tableau 4. Aucune étude n'a mentionné de résultats concernant la famille, les proches aidants, les amis ou les collègues, les professionnels de la santé, la disponibilité des services, les temps d'attente, l'exhaustivité des services, les torts et les effets néfastes. L'étude de Gade⁵⁰ a présenté des données sur la qualité de vie des patients, mais comme aucune information n'a été fournie, elle n'a pas été prise en considération. Dans les essais comparatifs non randomisés^{38, 51, 52}, les groupes d'intervention et de comparaison n'étaient pas comparables.

Résultats concernant les patients. La satisfaction des patients envers les soins a été directement mesurée dans trois études à différents moments dans le temps^{38, 49, 50}. Trois échelles ont été utilisées, dont une qui l'a été dans deux études, mais une des études a fourni un score global³⁸, tandis que l'autre n'a seulement indiqué que les scores très élevés⁴⁹. Aucune des deux études n'a précisé la taille de l'échantillon pour l'analyse. Quant aux deux autres outils, leur validité n'a pas été mentionnée ailleurs. Les trois études ont démontré une amélioration statistiquement significative de la satisfaction dans les groupes d'intervention comparativement aux groupes témoins, sauf après 60 jours dans le cas de l'étude de Brumley de 2007⁴⁹, où il n'y avait pas de différence. Quant à l'étude de Cheng⁵², elle mentionnait la satisfaction (combinée) du patient et de la famille envers les soins physiques chez 212 patients (80 lorsqu'appariés) et elle était plus importante dans le groupe d'intervention ($p < 0,001$). Les échelles étaient valides et fiables, mais les résultats ont été évalués par des médecins après le décès du patient. De plus, il n'y avait aucune mention indiquant si le médecin investigateur connaissait le résultat du tirage au sort de l'affectation de l'intervention.

Deux études ont mentionné des données concernant les symptômes physiques, psychosociaux et spirituels des patients. L'étude de Gade⁵⁰ ne rapporte aucune différence

dans la gravité des symptômes, le fardeau émotionnel et le soutien spirituel ($p = 0,91, 0,07$ et $0,55$, respectivement), mais elle a utilisé des échelles dont la validité sur le plan psychométrique n'avait pas été testée. L'échelle concernant les aspects émotionnels/relationnels était également peu fiable. Au contraire, l'étude de Cheng⁵² faisait état d'une amélioration du confort physique entre l'admission en milieu hospitalier et le décès ($p < 0,001$) chez les participants du groupe d'intervention. Elle mentionnait également un meilleur contrôle des soins physiques, un soulagement de l'anxiété et la résolution de la dépression (tous $p < 0,001$), tous ces facteurs ayant été mesurés après le décès des participants avec des échelles valides et fiables du point de vue des fournisseurs. Finalement, deux études évaluant des équipes interdisciplinaires de soins à domicile ont mentionné des chances plus élevées de mourir à la maison pour les patients du groupe d'intervention (Enguidanos⁵¹ : OR = 7,5, $p < 0,01$; Brumley⁴⁹ : OR = 2,20, $p < 0,001$).

Résultats concernant le système de soins de santé : l'accès aux services. L'étude de Gade⁵⁰ a comparé le nombre de jours à partir de l'inscription à l'étude jusqu'à l'admission dans un centre de soins palliatifs et n'a rapporté aucune différence entre les groupes.

Utilisation des services. Deux études^{38, 49} ont indiqué que les patients dans les groupes témoins étaient plus susceptibles de se rendre aux urgences et d'être hospitalisés ($p < 0,01$). Toutefois, les résultats de l'étude de Brumley concernant les visites aux urgences n'étaient plus significatifs lorsqu'ils étaient ajustés en fonction des facteurs de confusion⁴⁹. Deux études mentionnaient des données pour la durée d'un séjour à l'hôpital. Selon l'étude de Brumley⁴⁹, les patients qui recevaient des soins à domicile d'une équipe interdisciplinaire passaient moins de temps à l'hôpital comparativement à ceux qui recevaient des soins habituels ($p < 0,001$), tandis que l'étude de Gade⁵⁰ ne mentionne aucune différence pour les patients hospitalisés. Dans ce cas, les soins en milieu hospitalier ont été fournis jusqu'au décès ou à l'admission dans un centre de soins palliatifs. Quant à l'utilisation des hospices, deux études ont indiqué qu'il n'y avait aucune différence dans les taux d'admission^{49, 50}. De plus, l'étude de Gade⁵⁰ mentionne un séjour de plus grande durée dans un centre de soins palliatifs après l'hospitalisation chez les patients du groupe témoin ($p = 0,04$). Selon l'étude de Brumley⁴⁹, il n'y aurait aucune différence entre les soins fournis à

domicile par une équipe interdisciplinaire et les soins habituels, mais elle ne présente pas de mesure synthétique. Finalement, selon l'étude de Brumley³⁸, le nombre de médecins, d'infirmières qualifiées et de visites de santé à domicile était beaucoup plus élevé chez les patients du groupe d'intervention ($p < 0,001$).

Continuité des soins. L'étude de Gade⁵⁰ mentionnait un nombre beaucoup plus élevé de directives préalables à la sortie de l'hôpital chez les patients du groupe d'intervention comparativement à ceux du groupe témoin ($p < 0,001$).

Tableau 4. Sommaire des résultats des études

Résultats	Brumley et coll., 2003 ³⁸ et Enguidanos et coll., 2005 ⁵¹	Brumley et coll., 2007 ⁴⁹	Gade et coll., 2008 ⁵⁰	Cheng et coll., 2013 ⁵²
Satisfaction des patients envers les soins	<i>Instrument Reid-Gunlach de satisfaction envers les services (score moyen)</i> Intervention : au départ vs. 60 jours* contrôle : au départ vs 60 jours : NS	<i>Instrument Reid-Gunlach de satisfaction envers les services (RC et 95 % CI)</i> À 30 jours : 3,37 (1,42-8,10)** À 60 jours : 1,79 (0,65-4,96), NS À 90 jours : 3,37 (0,65-4,96)*	<i>MCOHPQ échelle du lieu de traitement (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 6,8 (1,0)** Contrôle : 6,4 (1,1) <i>Échelle de communication pour les médecins, infirmières, et autres fournisseurs de soins (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 8,0 (1,4)** Contrôle : 7,4 (1,7)	<i>Satisfaction du patient/famille envers les soins physiques, fait partie de l'ÉV (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 4,5 (0,6)** Contrôle : 3,4 (0,7)
Symptômes physiques du patient			<i>MCOHPQ échelle des symptômes physiques (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 4,0 (1,7), NS Contrôle : 4,1 (1,8)	<i>Soins physiques – contrôle des symptômes, fait partie de l'ÉV (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 4,4 (0,6)*** Contrôle : 3,3 (0,8) <i>Confort physique, fait partie de l'ÉMS (moyen et ÉT)</i> Intervention : 2,9 (0,3)*** Contrôle : 1,9 (0,8)

Symptômes psychosociaux du patient			<i>MCOHPQ échelle de la sphère émotionnelle et relationnelle (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 7,0 (1,4), NS Contrôle : 6,7 (1,5)	Soutien émotionnel – soulagement de l'anxiété, fait partie de l'ÉV (score moyen et ÉT) Intervention : 4,4 (0,5)*** Contrôle : 3,4 (0,8) Soutien émotionnel – résolution de la dépression, fait partie de l'ÉV (score moyen et ÉT) Intervention : 4,4 (0,5)*** Contrôle : 3,5 (0,8)
Symptômes spirituels du patient			<i>MCOHPQ échelle de la sphère spirituelle et 2 questions maison (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 6,6 (2,5), NS Contrôle : 6,2 (2,6)	
Site du décès (décès à domicile)	Intervention : 90 % ** Contrôle : 57 %	Intervention : 71 % *** Contrôle : 51 %		
Accès aux services : Hospice			<i>Nbre de jours à partir de l'inscription à l'étude jusqu'à l'admission à l'hospice (score médian et IIQ)</i> Intervention : 2 (0,2), NS Contrôle : 3 (0,4)	
Utilisation des services : service des urgences	<i>Nbre de visites (moyenne et ÉT)</i> Intervention : 0,9 (2,5)** Contrôle : 2,3 (0,9)	<i>Pts qui ont visité le département</i> Intervention : 20 % ** Contrôle : 33 %		
Utilisation des services : Hôpital	<i>Nbre de visites à l'hôpital (moyenne et ÉT)</i> Intervention : 2,4 (11,0)*** Contrôle : 9,4 (10,8)	<i>Pts hospitalisés</i> Intervention : 36 % *** Contrôle : 59 %	<i>Nbre de jours à l'hôpital (score médian et IIQ)</i> Intervention : 7 (4,1), NS Contrôle : 7 (4,1)	
Utilisation des services : Hospice		<i>Pts inscrits à l'hospice</i> Intervention : 25 %, NS Contrôle : 36 % <i>Durée du séjour à l'hospice en jours (pas de mesure fournie) : NS</i>	<i>Pts admis à l'hospice</i> <i>Mesure de l'effet non spécifiée</i> Intervention : 37,1 %, NS Contrôle : 40,7 % <i>Durée du séjour à l'hospice en jours (score médian et IIQ)</i> Intervention : 24 (7,9)* Contrôle : 12 (4,5)	

Utilisation des services : Autres	<p><i>Nbre de jours à l'hôpital (score médian et IIQ) de visites du médecin (moyenne et ÉT)</i> Intervention 5,3 (14,0)*** Contrôle : 11,1 (13,8)</p> <p><i>Nbre de jours à l'hôpital (score médian et IIQ) de visites de l'infirmière (moyenne et ÉT)</i> Intervention 0,9 (11,0)** Contrôle : 4,6 (10,9)</p> <p><i>Nbre de jours à l'hôpital (score médian et IIQ) total de visites de santé à domicile (moyenne et ÉT)</i> Intervention : 35,0 (31,8)*** Contrôle : 13,2 (31,4)</p>		
Continuité des services :		<p><i>Nombre de directives préalables lors de la sortie de l'hôpital</i> Intervention : 224 (91,1)*** Contrôle : 172 (77,8)</p>	
Processus de soins			<p><i>Score total ÉV (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 54,5 (3,6)*** Contrôle : 43,3 (6,8)</p>
Résultat des soins			<p><i>Score total ÉMS (score moyen et ÉT)</i> Intervention : 13,8 (1,6)*** Contrôle : 10,8 (3,5)</p>

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001

Tous les résultats de l'étude de Cheng ont été mesurés par des professionnels de la santé. Les données ont été rapportées pour les groupes appariés (n = 80); ÉV = Échelle de vérification (AS = Audit Scale) en tant que mesure du processus de soins ((score = ↑ satisfaction); ÉMS = Échelle de mort sereine (GDS = Good Death Scale) en tant que mesure du résultat des soins ((score = (satisfaction); IIQ = Intervalle interquartile; Mdn = Médiane; MCOHPQ = Questionnaires modifiés pour les patients de City of Hope (Modified City of Hope Patient Questionnaires); NS = Non significatif; RC = Rapport de cotes; Pts = Patients; ÉT = Écart type.

2.8 Contexte et degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire

2.8.1 Organisation programmée des soins sur le territoire

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années, la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU offre des services de soins palliatifs dans une unité spécialisée et au domicile des patients du territoire. L'unité spécialisée d'une capacité de 10 lits est localisée dans l'un des cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée de l'établissement, en l'occurrence le Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci. Il accueille des personnes âgées de 18 ans et plus en phase terminale d'une maladie incurable. Le programme accueille la population de Montréal et de ses environs en ciblant prioritairement la population du CSSS. La clientèle en provenance du domicile est priorisée. Les services d'accompagnement en fin de vie sont offerts par une équipe soignante dont les intervenants de proximité sont le médecin, les infirmières, les infirmières auxiliaires, la musicothérapeute et des bénévoles. La description des programmes offerts par la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie⁵⁵, de laquelle relève le programme de soins palliatifs, spécifie que les soins et les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire. L'équipe élargie est composée de professionnels amenés à intervenir auprès des patients et de leurs proches. Il s'agit de travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes et intervenants en soins spirituels. Ils relèvent administrativement d'autres gestionnaires du CSSS. L'équipe soignante se rencontre de façon hebdomadaire pour discuter des différents dossiers et de l'évaluation des besoins physiques, psychosociaux et spirituels des usagers. Ces rencontres sont animées par le chef d'administration du programme de soins palliatifs. Au cours de l'année 2012-2013, 184 usagers y ont séjourné pour période moyenne de 18 jours.

Des services de soins palliatifs sont également dispensés à domicile aux personnes en fin de vie et à leurs proches domiciliés sur le territoire de l'un ou l'autre des deux CLSC du CSSS et désirant vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Toute personne, sans égard au diagnostic et au pronostic, ayant une condition pour laquelle il n'y a pas de traitement curatif et nécessitant l'expertise de l'équipe des soins palliatifs, est admissible au programme. La personne doit résider sur le territoire du CSSS. La clientèle rejointe inclut tous les âges de la vie, soit de la

naissance à la mort. Auparavant, le service était réservé à la clientèle adulte, mais la clientèle mineure a été ajoutée depuis peu.

La description des programmes offerts par la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie⁵⁵ ne fait pas référence au caractère interdisciplinaire de l'équipe soignante. Le cadre de référence en soins palliatifs souligne l'apport de la collaboration entre les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les auxiliaires familiaux pour l'offre dispensée par les CLSC. Les services d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition sont également disponibles sous référence de l'équipe immédiate. Toujours selon le cadre de référence en vigueur, l'offre de service intègre une évaluation des besoins du patient et de ses proches dans un délai de 24 à 48 heures suivant la demande d'admission, laquelle doit se faire de façon conjointe par une infirmière et un travailleur social. Les réunions d'équipe mensuelles regroupent les infirmières, les travailleurs sociaux et les médecins des deux CLSC ainsi que le chef d'administration de programme de soins palliatifs. Elles visent à favoriser le partage d'information et d'expertise dans les cas complexes. Pour l'année 2012-2013, 262 usagers ont bénéficié des services de soins palliatifs à domicile par les CLSC.

2.8.2 Résultats sur l'intégration de l'interdisciplinarité à l'unité spécialisée

Vingt-deux proches aidants de patients ayant bénéficié des services de soins palliatifs à l'unité spécialisée ont participé à une entrevue individuelle abordant leur expérience sous différents aspects, dont les services reçus. Les proches aidants ayant bénéficié des services pour une période significative rapportent de façon récurrente avoir reçu les services de l'équipe immédiate, soit du médecin, des infirmiers et des bénévoles. D'autres professionnels, notamment la musicothérapeute, l'aumônier et le psychologue, ont également été identifiés, mais de façon moins fréquente.

Le rapport de la visite de 2013 du programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément⁵⁶ ajoute que les bénévoles font partie intégrante de l'équipe et apportent une valeur ajoutée reconnue à l'équipe soignante. Le rapport précise que depuis quelques mois, la présence d'un pharmacien n'est plus possible en raison de sa charge de travail, mais encourage l'organisation à trouver des aménagements de travail qui lui permettront de participer aux rencontres interdisciplinaires sur l'unité spécialisée de soins palliatifs⁵⁶.

Le degré d'intégration des concepts illustrant l'interdisciplinarité a été mesuré auprès des intervenants des équipes de soins palliatifs au moyen du questionnaire IPC65⁴⁸. L'analyse des réponses a permis de dégager les principaux éléments de la perception des intervenants. La prise en compte des résultats pour chaque dimensions, sous-dimensions et items individuels de l'intégration a conduit à un diagnostic organisationnel des milieux concernés. L'analyse des réponses a été faite à trois niveaux⁵⁷ : 1) les items non répondus indiquent les aspects importants de l'interdisciplinarité qui échappent à

une partie des répondants; 2) les items auxquels on ne peut trouver de réponse convergente indiquent des zones possibles de controverses parmi les acteurs; 3) les items pour lesquels les appréciations sont plus faibles indiquent que le partenariat a un problème autour de ces conditions, ou à l'inverse, les appréciations plus élevées indiquent les forces du partenariat.

Les résultats sont présentés par dimension et sous-dimension au Tableau 5, alors que le Tableau 6 indique les réponses par item.

Tableau 5. Résultats de l'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité, par dimension et sous-dimension (n = 11)

Dimension de l'intégration et sous-dimension	Score sur 4
Intégration normative	3,9
Vision	3,8
Intérêt pour le travail en interdisciplinarité	3,9
Leadership	3,9
Intégration fonctionnelle	3,5
Appui administratif	3,3
Ressources disponibles	3,6
Intégration clinique	3,6
Formalisation explicite des rôles	3,7
Gestion des réunions d'équipe	3,6
Règles de travail	3,6
Fonctionnement de travail et mode de résolution des conflits*	3,4
Intégration des soins	3,6
Résultats relatifs à la structure	3,3
Résultats relatifs à l'équipe	3,5
Résultats relatifs aux patients	3,8

*Cette sous-dimension comprend quatre « items négatifs » dont la valeur de la réponse à l'énoncé varie dans une direction opposée à celle des autres questions. Les valeurs ont donc été inversées préalablement au calcul du score.

Comme le montre le Tableau 5, le plus haut score moyen d'intégration des concepts de l'interdisciplinarité par rapport aux standards établis dans la littérature est obtenu dans le domaine de l'intégration normative (3,9/4), alors que la moyenne la plus faible apparaît pour l'intégration fonctionnelle (3,5/4). Les répondants se sont généralement dits *plutôt* ou *totalemment en accord* avec la majorité des énoncés soumis à leur attention. Certains se sont par contre exprimés plus défavorablement à l'égard de 17 autres aspects de la pratique, en se qualifiant de *plutôt* ou *totalemment en désaccord* avec les énoncés.

Tableau 6. Résultats de l'évaluation du degré d'intégration des concepts menant à l'interdisciplinarité, par item et ordre décroissant d'importance

No de la question	Items	Score sur 4	Minimum	Maximum	Nbre de répondants
8	Leadership. <i>Leadership médical ou clinico-administratif</i>	4,0	4	4	11
1	Vision. <i>Synergie des soins et services</i>	3,9	3	4	11
4	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité. <i>Sentiment de participation dans l'équipe</i>	3,9	3	4	11
65	Résultats relatifs aux patients. <i>Accompagnement du patient et de sa famille</i>	3,9	3	4	11
28	Gestion des réunions. <i>Bonne gestion, préparation et animation</i>	3,9	3	4	11
35	Règles de travail. <i>Fréquence suffisante des réunions</i>	3,9	3	4	11
3	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité. <i>Croyance aux bénéfices</i>	3,9	3	4	10
64	Résultats relatifs aux patients. <i>Engagement du patient et autonomisation</i>	3,9	3	4	7
5	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité. <i>Sentiment d'utilité du rôle de chacun</i>	3,8	3	4	11
6	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité. <i>Motivation du travail en groupe</i>	3,8	3	4	11
10	Leadership. <i>Climat de confiance, communication et transparence</i>	3,8	3	4	11
21	Formalisation explicite des rôles. <i>Soins et services au patient</i>	3,8	3	4	11
22	Formalisation explicite des rôles. <i>Fonctionnement de l'équipe</i>	3,8	3	4	11
7	Intérêt pour le travail en interdisciplinarité. <i>Interactions dans un climat de respect mutuel</i>	3,8	3	4	11
9	Leadership. <i>Permet à l'équipe d'atteindre ses objectifs</i>	3,8	3	4	11
62	Résultats relatifs aux patients. <i>Transmission d'un message cohérent</i>	3,8	3	4	11
18	Ressources disponibles. <i>À l'intégration de stagiaires</i>	3,8	3	4	10
58	Résultats relatifs aux patients. <i>Atteinte des objectifs cliniques</i>	3,8	3	4	8
19	Ressources disponibles. <i>Encouragement de la stabilité de l'équipe</i>	3,8	3	4	8
23	Formalisation explicite des rôles. <i>Reconnaissance de l'autonomie professionnelle</i>	3,7	3	4	11
24	Gestion des réunions. <i>Objectifs communs envers le patient</i>	3,7	3	4	11

25	Gestion des réunions. <i>Coordination des actions des intervenants</i>	3,7	3	4	11
36	Règles de travail. <i>Communication claire et clarification des situations</i>	3,7	3	4	11
37	Fonctionnement interne. <i>Interdépendance des rôles et maturité de la collaboration</i>	3,7	3	4	11
52	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Possibilité de traiter des cas complexes</i>	3,7	3	4	10
29	Règles de travail. <i>Plan d'intervention intégré interdisciplinaire</i>	3,7	3	4	10
32	Règles de travail. <i>Utilisation des canaux de communication formels et informels</i>	3,7	3	4	10
48	Résultats relatifs à la structure. <i>Cohérence, qualité et continuité des soins et des services</i>	3,7	3	4	10
45*	Fonctionnement interne. <i>Sentiment d'être au service des médecins</i>	3,7	3	4	10
16	Ressources disponibles. <i>Au bon fonctionnement administratif</i>	3,7	3	4	10
2	Vision. <i>Contribue à assurer un meilleur continuum de soins et services</i>	3,6	3	4	11
60	Résultats relatifs aux patients. <i>Besoins biopsychosociaux</i>	3,6	1	4	11
61	Résultats relatifs aux patients. <i>Les attentes du patient et de sa famille</i>	3,6	3	4	11
33	Règles de travail. <i>Compréhension des règles de fonctionnement de l'équipe</i>	3,6	3	4	11
31	Règles de travail. <i>Documents sont connus, à jour et disponibles</i>	3,6	3	4	11
17	Ressources disponibles. <i>Ressources à l'intégration des nouvelles recrues</i>	3,6	3	4	10
57	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Pertinence des interventions</i>	3,6	3	4	9
13	Ressources disponibles. <i>Composition adéquate de l'équipe pour fournir des soins et services de qualité</i>	3,5	3	4	11
53	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Le fonctionnement permet le développement des compétences</i>	3,5	3	4	11
11	Appui administratif. <i>Reconnaissance de l'interdisciplinarité par l'établissement</i>	3,5	3	4	10
34	Règles de travail. <i>Utilisation de mécanismes d'amélioration continue</i>	3,5	2	4	10
59	Résultats relatifs aux patients. <i>Amélioration des soins par des services sécuritaires</i>	3,5	3	4	10
30	Règles de travail. <i>Plan d'intervention au dossier patient</i>	3,5	2	4	10
27	Gestion des réunions. <i>Membres présents</i>	3,5	2	4	11

55	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Reconnaissance de la spécificité de chacun</i>	3,5	3	4	11
54	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Soutien mutuel et intégration des débutants</i>	3,5	2	4	11
15	Ressources disponibles. <i>Coaching en interdisciplinarité</i>	3,4	3	4	9
49	Résultats relatifs à la structure. <i>Sentiment d'utilité et d'influence</i>	3,4	3	4	9
20	Formalisation explicite des rôles. <i>Définition et documentation des tâches</i>	3,4	2	4	10
63	Résultats relatifs aux patients. <i>Adhésion du patient au plan d'intervention</i>	3,4	2	4	10
40	Fonctionnement interne. <i>Possibilité de résolution des conflits</i>	3,4	3	4	10
51	Résultats relatifs à la structure. <i>Collaboration des partenaires externes</i>	3,4	3	4	5
56	Résultats relatifs à l'équipe. <i>Préséance des valeurs communes aux valeurs personnelles</i>	3,4	3	4	11
41*	Fonctionnement interne. <i>Conflits fréquents</i>	3,3	2	4	10
46	Résultats relatifs à la structure. <i>Regroupement professionnel et allocation de ressources</i>	3,3	3	4	9
38	Fonctionnement interne. <i>Capacité de remise en question de l'équipe</i>	3,3	2	4	10
42*	Fonctionnement interne. <i>Influence négative de logiques individuelles</i>	3,3	2	4	10
39	Fonctionnement interne. <i>Maturité dans la résolution des différends</i>	3,3	2	4	10
43	Fonctionnement interne. Solidarité à l'égard des décisions d'équipe	3,3	3	4	8
14	Ressources disponibles. <i>Possibilité de formation pour le développement de compétences</i>	3,2	2	4	10
12	Appui administratif. <i>Soutien de l'établissement dans le processus d'amélioration continue de la qualité</i>	3,1	2	4	9
26	Gestion des réunions. <i>Réunions sur les processus de fonctionnement</i>	3,1	2	4	9
44*	Fonctionnement interne. <i>Perception d'être au service des médecins</i>	3,1	2	4	10
47	Résultats relatifs à la structure. <i>Réduction des épisodes de soins</i>	3,0	2	4	5
50	Résultats relatifs à la structure. <i>Recours à des outils d'évaluation des besoins des patients et de leurs familles</i>	2,9	2	3	9

* Les items marqués d'un astérisque correspondent à des énoncés formulés de façon négative dont la valeur de la réponse varie dans une direction opposée à celle des autres. Les valeurs ont donc été inversées préalablement au calcul du score.

2.8.3 Résultats sur l'intégration de l'interdisciplinarité dans les soins à domicile

Les intervenants des équipes de soins palliatifs à domicile des deux CLSC ont également été sollicités pour remplir le questionnaire IPC65 sur l'intégration des concepts de l'interdisciplinarité dans le but de connaître leur point de vue sur le sujet. Seulement deux intervenants ont répondu à notre appel et ont accepté de répondre au questionnaire, et ce, malgré plusieurs efforts de la part de l'équipe d'évaluation pour encourager ou faciliter la participation.

En gardant en perspective que les réponses obtenues représentent uniquement le point de vue de deux intervenants parmi d'autres travaillant dans ce milieu, force est de constater des perceptions plutôt défavorables quant à l'intégration de l'interdisciplinarité dans la pratique de leur équipe. De fait, 35 des 65 items du questionnaire ont affiché des scores moyens de 3,0 ou moins, atteignant même des valeurs de 1,5 à 2,5 dans bien des cas. À un moment ou à un autre, au moins un des répondants s'est de plus avéré en désaccord (plutôt ou totalement) avec 14 des énoncés caractérisant la pratique interdisciplinaire.

Pour pallier le manque de participation au sondage par questionnaire, nous avons cherché à interviewer individuellement des intervenants des services de soins palliatifs à domicile. Leurs points de vue influencés par différents éléments relatifs à leur pratique traduisent un regard critique sur la prestation des services par les deux CLSC du CSSS. Les intervenants sont à même de juger de la réalité et des difficultés inhérentes au contexte de l'offre de services qui freinent l'applicabilité, la faisabilité et l'acceptabilité de la pratique souhaitée. Leurs réponses indiquent d'abord que des différences caractérisent chacun des CLSC sur le plan de la pratique clinique, bien que l'offre de services se rapporte au même cadre de référence.

Fonctionnement d'équipe au CLSC de Saint-Laurent

L'équipe des soins palliatifs à domicile du CLSC de Saint-Laurent fait face à des difficultés structurelles quant à l'intégration de l'interdisciplinarité dans la pratique quotidienne de ses membres. L'équipe devrait en principe être composée d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un médecin. Dans la réalité actuelle, le médecin dédié aux soins palliatifs a quitté ses fonctions en cours d'année et le poste vacant peine à trouver preneur. Le travailleur social et l'infirmière travaillent certes de concert, mais les

services sont depuis offerts sans la collaboration d'un médecin. Selon les personnes interviewées, cette situation occasionnerait des tensions chez les familles et les patients en fin de vie qui désirent demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. Les professionnels reconnaissent avoir dû réaménager leur offre de services et devoir mentionner explicitement aux usagers l'absence d'un médecin attiré à leur équipe et les enjeux qui y sont associés. Le rapport de la visite de 2013 du programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément⁵⁶ mentionne d'ailleurs à ce sujet que l'« absence de médecin dans l'équipe de soins palliatifs à domicile a un impact sur la capacité du client à rester à domicile ». La présence d'un médecin au soutien à domicile pour la clientèle en soins palliatifs pourrait avoir un impact positif sur les transferts évitables aux urgences de la région⁵⁶.

L'infirmière et le travailleur social devraient normalement évaluer conjointement le patient et son entourage dans un délai de 24 à 48 heures suivant la demande de services. Cependant, l'affectation simultanée du travailleur social à d'autres services internes du CLSC limite ses disponibilités pour l'évaluation des nouvelles demandes de service à domicile. Il serait déjà arrivé au travailleur social de ne pouvoir évaluer de nouveaux cas en soins palliatifs pendant de plus ou moins longues périodes. Les professionnels ont dû s'adapter à la situation et prendre des initiatives. Ainsi, selon la disponibilité de l'un ou l'autre des membres de la dyade, l'un d'eux prend en charge l'évaluation au domicile du patient et fait part de ses observations à son collègue. Ils conviennent ensuite des différentes possibilités d'interventions.

Au besoin, des références sont faites à d'autres professionnels, tels un auxiliaire familial, un ergothérapeute ou un physiothérapeute. Cependant, le processus de priorisation des besoins pour les services de physiothérapie ne privilégiant pas les patients de soins palliatifs au domicile, certains sont parfois contraints d'attendre plusieurs mois. De tels délais d'attente ne sont manifestement pas profitables aux patients en phase terminale d'une maladie incurable.

Fonctionnement d'équipe au CLSC de Bordeaux-Cartierville

L'équipe des soins palliatifs à domicile du CLSC de Bordeaux-Cartierville est composée d'une infirmière, d'une travailleuse sociale et d'un médecin. La prise en charge directe des cas serait avant toute chose un processus

de collaboration, jugée excellente, entre l'infirmière et le médecin. Le rôle du travailleur social dans le fonctionnement d'équipe y apparaît quelque peu différent de celui mis en place au CLSC de Saint-Laurent. Le travailleur social tiendrait lieu d'intervenant dédié au soutien à domicile en général avec une affectation supplémentaire en soins palliatifs. Celui-ci effectuerait le suivi des patients et des familles uniquement sous la référence de l'infirmière gestionnaire des cas en soins palliatifs du territoire. Selon ce mécanisme, l'infirmière évalue les besoins du patient et de ses proches et fait les références aux professionnels concernés, le cas échéant. En ce sens, le nombre de cas de soins palliatifs à la charge de l'infirmière est beaucoup plus important que celui du travailleur social. Les besoins des patients ne sont pas spécifiquement discutés par l'infirmière et le travailleur social, mais ce dernier soutiendrait l'infirmière lorsque celle-ci affronte des difficultés d'ordre social.

Une question plus fondamentale a par ailleurs été soulevée quant à savoir à qui, l'infirmière ou le travailleur social, devait revenir la responsabilité de l'évaluation initiale des cas. La réponse ne fait pas consensus parmi les personnes interrogées, pas plus d'ailleurs que l'acceptabilité même du processus d'évaluation conjointe des nouveaux cas.

Plans d'intervention et rencontres d'équipe en soins palliatifs à domicile

Les besoins des patients sont généralement discutés en dyade infirmière-travailleur social et parfois avec l'apport du médecin. À la connaissance des professionnels rencontrés, les plans d'intervention sont établis de façon individuelle ou à deux, mais ne sont qu'à de rares occasions mis sur papier. Selon certains, le temps d'intervention serait souvent trop court pour qu'un tel plan soit rédigé et, pour d'autres, le temps disponible manquerait pour s'arrêter à ce genre d'exercice.

Les rencontres d'équipe calquent le cadre de référence. Cependant, la participation des médecins sur une base régulière n'est pas toujours possible et les infirmières peuvent parfois être affectées à d'autres tâches. Lorsque tous les membres sont présents, l'exercice de discuter en équipe des différents cas ou des difficultés rencontrées est perçu comme bénéfique. Il a été mentionné que certaines personnes externes aux équipes de soins palliatifs des deux CLSC y sont parfois invitées. Quelle que soit la

situation dans laquelle se trouvent les intervenants, ces rencontres et le fonctionnement des équipes en soins palliatifs à domicile sont perçus par certaines des personnes interrogées comme une pratique innovante.

Utilisation des ressources

Les professionnels font face à une diminution des ressources. Ils déplorent notamment les difficultés y étant associées et la nécessité de compenser d'une façon ou d'une autre les services non donnés aux usagers. La nouvelle affectation aux soins palliatifs pédiatriques des équipes des CLSC alourdirait la tâche et exercerait une pression accrue sur ses ressources limitées, notamment en raison de l'inadéquation des outils disponibles pour cette nouvelle clientèle.

Point de vue de proches aidants

Des proches aidants questionnés individuellement quant à leur expérience de soignant de patients ayant bénéficié de soins de fin de vie à domicile relatent une relation significative avec l'infirmière gestionnaire de cas. Lorsque questionnés sur les services reçus d'un travailleur social ou d'un psychologue, plusieurs d'entre eux rapportent ne pas y avoir eu recours, soit parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin ou parce qu'ils n'auraient pas eu connaissance de la possibilité d'obtenir ces services. Certains, moins nombreux, déplorent en avoir fait la demande, mais ne pas en avoir eu accès.

3. Discussion

Sur un plan théorique, le contexte de collaboration interdisciplinaire est caractérisé par un partage des objectifs, du pouvoir décisionnel, des responsabilités et par la volonté de travailler ensemble pour trouver des plans de traitement élaborés collectivement⁵⁸. Une équipe interdisciplinaire est constituée de membres de différentes disciplines, qui travaillent en interdépendance dans une atmosphère de confiance et de respect mutuel et se rencontrent pour partager de l'information afin de fournir des soins efficaces et de qualité centrés sur le patient^{58, 59}. La présente section fait part des données probantes tirées de la revue systématique sur l'efficacité des équipes interdisciplinaires pour les soins palliatifs de fin de vie et les effets négatifs potentiels. Elle présente ensuite les résultats de l'évaluation terrain sur le degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie offerts à l'unité spécialisée ou à domicile par le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU.

3.1 Données probantes sur l'efficacité

Les avantages d'une collaboration interprofessionnelle sont de plus en plus évidents, mais les preuves se font rares sur la meilleure façon d'y arriver⁶⁰. À notre connaissance, cette rigoureuse revue systématique est la première à évaluer les avantages et les effets néfastes des équipes interdisciplinaires holistiques fournissant des soins palliatifs comparativement à d'autres types d'équipes et d'interventions. Nous avons identifié cinq articles représentant quatre études qui satisfaisaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Les résultats les plus convaincants provenaient des deux essais cliniques randomisés. Nous n'avons trouvé aucune étude qualitative comparative.

De façon générale, la revue appuie l'efficacité des équipes de soins palliatifs dans différents environnements, et il semble y avoir des avantages pour les patients. Il existe peu d'information sur les familles, les professionnels et le système de soins de santé en général. De plus, même pour les patients, d'importantes questions concernant les soins palliatifs pour lesquelles il n'existe aucune évidence empirique subsistent, à cause de résultats contradictoires ou d'un manque de données. L'insuffisance de preuves portant sur les avantages des équipes interdisciplinaires ne révèle pas l'inefficacité de ces équipes, mais plutôt l'impossibilité d'affirmer réellement l'avantage de ce mode

de fonctionnement. Plusieurs organisations influentes ont adopté l'approche de l'équipe interdisciplinaire pour les soins de santé, y compris celles qui œuvrent dans le domaine des soins palliatifs de fin de vie. La recommandation a été faite malgré le peu d'évidence empirique de l'efficacité de ces équipes; ces organisations ont tout simplement cru en leur valeur.

L'analyse des données scientifiques et l'appréciation de la qualité de l'évidence, en fonction de facteurs qui comprennent le plan de l'étude, la qualité et l'évaluation méthodologique des risques de biais, et la constance des résultats^{61, 62}, ont permis d'identifier les avantages des soins palliatifs fournis par des équipes interdisciplinaires. Notre revue systématique fournit une évidence préliminaire modérée à solide à l'effet que les équipes de soins palliatifs interdisciplinaires peuvent améliorer la satisfaction des patients adultes maintenus à la maison grâce à des soins palliatifs à domicile. De plus, la satisfaction envers l'expérience de soins reçus en milieu hospitalier et la communication du prestataire ont été remarquées par les patients qui font partie des programmes de soins palliatifs dans les hôpitaux. Nous avons trouvé des preuves semblables au sujet de la probabilité de mourir à la maison, de la communication concernant la continuité des soins lors de la sortie de l'hôpital, et de l'utilisation de services variés, entraînant une baisse du coût des soins (quoique ces coûts pourraient être transférés à d'autres secteurs de soins).

Il convient de mentionner que l'information rapportée sur la communication concernant la continuité des soins est basée sur les résultats d'une seule étude disponible. Plusieurs études suggèrent que la mort à la maison est le choix le plus courant chez les patients⁶³. Selon une étude qualitative concernant les endroits où les patients en phase terminale préfèrent mourir, réalisée auprès d'omnipraticiens et d'infirmières communautaires en Angleterre, les préférences des patients changeaient avec le temps et elles étaient souvent mal définies ou peu réfléchies⁶⁴. Un autre article portant sur les opinions, les motivations et les préférences des Britanniques au sujet de la mort et de la fin de vie révèle qu'un soutien approprié leur est essentiel pour déterminer leur préférence envers la chose. Six personnes sur dix (60 %) qui préféreraient au départ mourir à la maison affirmaient qu'elles changeraient d'idée si elles savaient qu'elles n'auraient pas le soutien nécessaire à cet

endroit⁶⁵. Il est important néanmoins de ne pas conclure trop rapidement que le fait que les patients traités par une équipe interdisciplinaire utilisent moins de services soit un avantage réel.

Seulement une étude fait état de preuves faibles concernant une amélioration des symptômes physiques et psychosociaux. Ces résultats n'ont pas été mentionnés par d'autres études qui ont analysé ces indicateurs. En fin de compte, aucune preuve n'a permis de démontrer l'efficacité de telles équipes sur les symptômes spirituels, le deuil, le soutien aux familles, aux amis et aux collègues, sur les effets néfastes ainsi que sur d'autres caractéristiques pertinentes du système de prestations de services de soins comme l'accessibilité, l'exhaustivité, la coordination et la continuité des soins, ou la satisfaction des soignants.

Une des qualités de notre revue réside dans le fait qu'elle est la première analyse documentaire systématique dans le domaine des équipes interdisciplinaires pour les soins palliatifs de fin de vie. Dès qu'une quantité suffisante de nouvelles données sera disponible, notre revue pourrait être répétée en utilisant, comme nous l'avons fait, un éventail recommandé de bases de données électroniques, un ensemble normalisé de mots clés et des critères d'inclusion et d'exclusion et en utilisant des méthodes acceptées d'évaluation des études quantitatives. De plus, lors de notre revue, nous avons établi des critères spécifiques pour définir les équipes interdisciplinaires (pour exclure le duo traditionnel médecin-infirmière) et pour différencier les patients qui sont à la fin de leur vie des autres. Il est évidemment impossible d'assurer avec certitude que l'opinion de tous les professionnels a été sollicitée, envisagée et prise en considération dans les plans de soins.

Les conclusions doivent être interprétées avec prudence en raison de l'hétérogénéité des études incluses, comme les interventions à composantes multiples, les mesures de constance et d'intégrité des interventions, la conception des études, les échantillons, les mesures de résultats, les biais de rapport sélectif, la validité, la fiabilité et la réactivité aux changements des outils de mesure, une puissance statistique limitée et d'autres aspects méthodologiques, ainsi que le peu d'études de qualité existantes, ce qui se traduit par une reproduction insuffisante des résultats. Le manque d'information sur les interventions de contrôle qui a également été observé par d'autres auteurs⁶⁶ est également un problème. L'information telle

que les « soins habituels » n'est pas suffisamment opérationnelle comme point de comparaison pour l'intervention interdisciplinaire. Il n'est pas toujours possible de savoir avec certitude si l'intervention d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs était opposée à d'autres formes de soins palliatifs ou à des soins autres que palliatifs. De plus, certains articles faisant référence aux équipes interdisciplinaires ont pu être oubliés. Nous avons remarqué un manque d'information concernant les processus et les caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire dans plusieurs études, ce qui n'a pas facilité le choix de celles-ci. Nous avons préféré une stratégie plus spécifique pour identifier de vraies équipes interdisciplinaires en soins palliatifs de fin de vie.

L'inclusion d'études non randomisées pourrait accroître le risque de biais. Nous avons néanmoins donné la priorité aux données probantes de grande qualité, lorsqu'elles existaient, et nous avons interprété avec grande prudence les résultats qui sont très susceptibles aux biais. Finalement, trois des quatre études incluses ont été réalisées non seulement au sein de systèmes de prestations de soins de santé intégrés, mais aussi au sein de la même organisation de gestion intégrée des soins aux États-Unis^{38, 49-51, 67, 68}, ce qui rend la généralisation des résultats avec d'autres organisations et d'autres pays plus difficile. Il est déconcertant de constater qu'aucune étude sur le sujet n'a été menée ailleurs.

3.2 Degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique

L'analyse du fonctionnement des équipes présentées dans ce rapport est basée sur le point de vue de ses membres. Au regard des résultats obtenus de l'évaluation terrain, il apparaît que de nombreux éléments de l'intégration des concepts de l'interdisciplinarité ont été adoptés à l'unité spécialisée de soins palliatifs du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU. Il semble que l'organisation ait mis en place des conditions favorables à l'intégration de l'interdisciplinarité dans les pratiques cliniques du milieu et que les intervenants rencontrés adhèrent aux valeurs véhiculées par le programme et ne remettent pas en doute sa pertinence. Quelques éléments pourraient néanmoins être améliorés afin d'optimiser davantage cette intégration.

Par ailleurs, l'évaluation permet de constater sans équivoque que la composition et le fonctionnement des équipes de soins à domicile des CLSC ne répondent pas aux critères définissant l'interdisciplinarité. Ils ne peuvent en conséquence être qualifiés de la sorte. Des disparités sont également remarquées quant aux modalités de fonctionnement des équipes des deux CLSC. Cette évaluation préliminaire du contexte et du degré d'intégration du fonctionnement interdisciplinaire met donc en lumière plusieurs enjeux auxquels font face les équipes des CLSC afin de bien camper le fonctionnement interdisciplinaire dans leur pratique quotidienne, et ce, en tenant compte du contexte de pénurie de ressources humaines et de l'alourdissement des tâches dans ce secteur.

Conclusion et recommandations

À la lumière des travaux de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux réalisés, les auteurs présentent ci-après les principales conclusions qui en découlent et soumettent des recommandations pour l'amélioration et le développement des soins et services palliatifs de fin de vie au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU.

En conclusion, le nombre limité d'études de qualité existantes contenues dans notre revue nous empêche d'en arriver à des conclusions irrévocables sur les équipes interdisciplinaires dans les soins palliatifs de fin de vie pour les patients adultes. En effet, la faiblesse de la base documentaire limite la gamme des avantages, la qualité de l'évidence et les conclusions que nous pouvons tirer. Notre revue systématique fournit néanmoins une vérité préliminaire : les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs peuvent améliorer la satisfaction des patients ainsi que certains aspects organisationnels des soins. Malgré la pauvreté de données probantes disponibles, l'évaluation des constatations préliminaires démontre des bénéfices quant à une amélioration de plusieurs aspects. Les auteurs considèrent que le fonctionnement interdisciplinaire en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie procure des bénéfices notables pour le système de soins et les usagers. Ils sont d'avis qu'il existe suffisamment de bouts de preuve pour avancer prudemment dans ce sens, même si le modèle unique d'équipe interdisciplinaire n'a pas été trouvé. Nos analyses viennent donc appuyer le financement et le développement d'équipes de soins palliatifs comme moyens d'améliorer les soins.

Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur l'efficacité des équipes interdisciplinaires dans les soins palliatifs de fin de vie. Il est également important de mesurer les effets négatifs, d'autant plus que l'on a tendance à présumer que la présence de ces équipes ne peut entraîner aucune répercussion dommageable¹¹. La communauté scientifique devra toutefois affronter des défis importants pour générer des données probantes de qualité sur la prestation des services de soins palliatifs. Les données obtenues à la suite des essais cliniques randomisés peuvent parfois être contraires à l'éthique ou difficiles à évaluer, et insuffisantes pour aborder tous les aspects des pratiques de soins palliatifs⁶⁹⁻⁷¹. Par contre, la différence observée dans l'évolution entre les patients qui reçoivent des soins palliatifs d'une équipe interdisciplinaire et les autres patients des essais cliniques non randomisés pourrait bien ne pas être reliée au choix d'intervention, mais plutôt aux raisons médicales et organisationnelles pour lesquelles le patient ou sa famille a fait de tels choix.

Au regard des résultats obtenus de l'évaluation terrain, il apparaît que de nombreux éléments de l'intégration des concepts de l'interdisciplinarité ont été adoptés à l'unité spécialisée de soins palliatifs du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU. D'un autre côté, l'évaluation permet de constater sans équivoque que la composition et le fonctionnement des équipes de soins à domicile des CLSC ne répondent pas aux critères définissant l'interdisciplinarité et ne peuvent en conséquence être qualifiés de la sorte. Des disparités sont également remarquées quant aux modalités de fonctionnement des équipes des deux CLSC.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services et de mise en œuvre de la Politique québécoise de soins palliatifs de fin de vie, les auteurs de la présente évaluation recommandent la mise en place d'un comité consultatif au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU responsable d'élaborer un programme global de soins palliatifs à l'échelle du CSSS. En tenant compte des contraintes financières et organisationnelles existantes, ce programme devrait définir les grandes orientations en la matière, favoriser une vision commune des soins à offrir, harmoniser les pratiques actuelles, offrir des possibilités d'intégration des principes de l'interdisciplinarité, combler les besoins de développement des compétences de chaque catégorie d'intervenants travaillant auprès de patients qui reçoivent des soins palliatifs et assurer une prestation de soins palliatifs de qualité à l'ensemble des clientèles du territoire.

Bibliographie

1. Assemblée nationale du Québec. (2012). *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*. Québec.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Québec.
3. Organisation mondiale de la santé. (2012). *WHO Definition of Palliative Care*. Geneva.
4. Fillion L, Truchon M, L'Heureux M, Gélinas C, Bellemare M, Langlois L, Desbiens JF, Dallaire C, Dupuis R, Roch G, Robitaille MA. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail : Montréal.
5. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. (2002). *Modèle de guide des soins palliatifs*. Association canadienne des soins palliatifs : Ottawa.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. Québec.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Volume 2 — Ajout de six profils*. Québec.
8. Crawford GB, Price SD. (2003). Team working: Palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Med J Aust.*, 179 (6 SUPPL.) : S32-S4.
9. National End of life care Programme. (2013). *Optimising the role and value of the interdisciplinary team: Providing person-centred end of life care*. United Kingdom.
10. Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie*. Québec.
11. O'Connor M, Fisher C, Guilfoyle A. (2006). Interdisciplinary teams in palliative care : a critical reflection. *Int J Palliat Nurs.*, 12(3) : 132-7.
12. Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodriguez D, Sanchez-Reilly S. (2010). Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qual Health Res.*, 20(1) : 93-104.
13. Santé Canada. (2009). *Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie*. Ottawa.
14. Agrément Canada. (2012). *Programme Qmentum. Normes. Soins palliatifs et soins de fin de vie*. Ottawa.
15. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. Pittsburgh.
16. Association québécoise de soins palliatifs. (2001). « Normes de pratique ». *Bulletin de l'Association québécoise de soins palliatifs*, 9(1) : 5-15.

17. Radbruch L, Payne S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 1. *European Journal of Palliative Care*, 18(6) : 278-89.
18. National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. London.
19. Australian Government Department of Health and Ageing. (2011). *Guidelines for a Palliative Approach for Aged Care in the Community Setting — Best practice guidelines for the Australian context*. Canberra.
20. Francke A. L. (2000). Evaluative research on palliative support teams: a literature review. *Patient Educ Couns.*, 41(1) : 83-91.
21. Harding R, Karus D, Easterbrook P, Raveis VH, Higginson IJ, Marconi K. (2005). Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. *Sexually transmitted infections*, 81(1) : 5-14.
22. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, et al. (2002). Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage.*, 23(2) : 96-106.
23. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, et al. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage.*, 25(2) : 150-68.
24. Higginson IJ, Evans CJ. (2010). What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J.*, 16(5) : 423-35.
25. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et coll. (2008). Clinical guidelines. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.*, 148(2) : 147-59.
26. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. (2008). Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 299(14) : 1698-709.
27. Butters EH, I. (1995). Two HIV/AIDS community support teams: patient characteristics, problems at referral and during the last 6 weeks of life. *AIDS Care*, 7(5) : 593-603.
28. Dagenais P, Martin V, Renaud J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques Guide méthodologique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Montréal.
29. Hébert R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*. Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », 4 et 5 avril 1997. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Québec.
30. Payette M. (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*, 5(1) : 17-33.
31. McCallin A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs.*, 10(4) : 419-28.
32. Moulin P, Fraval J. (2004). Interdisciplinarité : regard croisé sur deux cultures de services hospitaliers. *Rech Soins Infirm.*, 2004 (79) : 19-30.

33. Wittenberg-Lyles EM, Oliver DP, Demiris G, Courtney KL. (2007). Assessing the nature and process of hospice interdisciplinary team meetings. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9(1) : 17-21.
34. Lemieux R, Bellemare C, Poder T, Bédard SK. (2011). *Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : Le modèle du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Sherbrooke.
35. Leprohon J. (2000). Vers une culture d'amélioration continue. *L'Infirmière du Québec*, 7(5) : 25-41.
36. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med.*, 151(4) : W65-94.
37. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.*, 2009(339), b2535. doi : 10.1136/bmj.b2535.
38. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. (2003). Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med.*, 6(5) : 715-24.
39. Ciemins EL, Blum L, Nunley M, Lasher A, Newman JM. (2007). The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. *J Palliat Med.*, 10(6) : 1347-55.
40. The Cochrane Collaboration. (2011). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. Higgins JPT, Green S (editors).
41. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2008). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York : University of York.
42. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (2008). *Méthode d'évaluation de la qualité*. Hamilton, ON.
43. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1) : 12-8.
44. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 1(3) : 176-84.
45. Deeks JJ, Dinnes J, D'Amico R, Sowden AJ, Sakarovitch C, Song F, et al. (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess.*, 7(27) : iii-x, 1-173.
46. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj.*, 2011(343). doi : 10.1136/bmj.d5928.
47. Petticrew M, Roberts H. (2005). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. Wiley Blackwell.

48. Bédard SK, Poder TG, Larivière C. (2013). Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. *Santé Publique*, 25(6) : 763-773.
49. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et coll. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.*, 55(7) : 993-1000.
50. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, et al. (2008). Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med.*, 11(2) : 180-90.
51. Enguidanos SM, Cherin D, Brumley R. (2005). Home-based palliative care study: Site of death, and costs of medical care for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *J Soc Work End Life Palliat Car*, 1(3) : 37-56.
52. Cheng S-Y, Dy S, Fang P-H, Chen C-Y, Chiu T-Y. (2013). Evaluation of inpatient multidisciplinary palliative care unit on terminally ill cancer patients from providers' perspectives: a propensity score analysis. *Jpn J Clin Oncol.*, 43(2) : 161-9.
53. Eastaugh AN. (1996). Approaches to palliative care by primary health care teams: a survey. *J Palliat Care.*, 12(4) : 47-50.
54. Caruso B. (2006). The Garfield Memorial Fund: Helping KP Clinicians and Researchers Come Through the Front Door With Their Ideas. *The Permanente journal*, 10(2) : 67-9.
55. Auteurs inconnus. (2013). *Direction des services aux personnes en perte d'autonomie. Programmes*. CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU. Montréal.
56. Programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. (2013). *Rapport d'agrément. Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, centre affilié universitaire*. Montréal.
57. Bilodeau A, Galarneau M, Fournier M, Potvin L. (2011). L'outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Revue canadienne de santé publique*, 102(2), 298-302.
58. Petri L. (2010). Concept analysis of interdisciplinarity collaboration. *Nursing Forum*, 45(2) : 73-82.
59. Zeiss AM, Steffen AM. (2001). Interdisciplinary Health Care Teams in Geriatrics: An International Model. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 7. Chapter 7.24. pp. 551-570. London.
60. Oandasan I, Baker G R, Barker K, Bosco C, D'Amour D, Jones L, Kimpton S, Lemieux-Charles L, Nasmith L, Rodriguez L S M, Tepper J, Way D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Ottawa.
61. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. (2011). GRADE guidelines : 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*, 64(4) : 401-6.
62. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et coll. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*, 129(1) : 174-81.

63. Gomes B, Higginson IJ. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *Bmj.*, 332(7540) : 515-21.
64. Munday D, Petrova M, Dale J. (2009). Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ*, 2009(339), b2391.
65. Shucksmith J, Carlebach S, Whittaker National V. (2013). *Dying: discussing and planning for end of life*. British Social Attitudes 30. Centre for Social Research (NatCen), London.
66. Critchley P, Jadad AR, Taniguchi A, Woods A, Stevens R, Reyno L, et coll. (1999). Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others? A systematic review of comparative studies. *J Palliat Care*, 15(4) : 40-7.
67. Cherin D, Enguidanos S, Brumley R. (2001). Reflection in action in caring for the dying: Applying organizational learning theory to improve communications in terminal care. *Home Health Care Serv Q.*, 19(4) : 65-78.
68. Brumley RD, Enguidanos S, Hillary K. (2003). The palliative care program. *The Permanente journal*, 7(2) : 7-12.
69. Kruse RL, Parker Oliver D, Wittenberg-Lyles E, Demiris G. (2013). Conducting the ACTIVE randomized trial in hospice care: Keys to success. *Clinical Trial.*, 10(1) : 160-9.
70. Simon S, Higginson IJ. (2009). Evaluation of hospital palliative care teams: strengths and weaknesses of the before-after study design and strategies to improve it. *Palliat Med.*, 23(1) : 23-8.
71. McQuay H, Moore A. (1994). Need for rigorous assessment of palliative care. *Bmj.*, 309(6965) : 1315-6.

Annexe I. Résumé des critères d'inclusion et d'exclusion

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Participants	<ul style="list-style-type: none"> • 18 ans et plus, patients résidant dans la communauté, pronostic \leq 1 an ou un état de maladie avancé/grave/terminal ou un cancer de stade III-IV • Famille, amis et collègues • Professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients < 18 ans • Plusieurs patients habitent dans des centres de soins de longue durée/maisons de soins infirmiers • Patients qui ont un pronostic > 2 ans ou une maladie dont le niveau de gravité est faible/léger ou un cancer de stade I-II
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Soins palliatifs associés à des soins curatifs ou non qui répondent à des besoins physiques, psychosociaux et spirituels fournis par une équipe interdisciplinaire. • Le mot interdisciplinaire est mentionné dans la description de l'équipe ou l'équipe satisfait à au moins deux des critères indiqués dans le Tableau 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins palliatifs non fournis par une équipe interdisciplinaire représentant au moins trois professions différentes • Services de soins palliatifs qui traitent uniquement des problèmes spécifiques (p. ex., la respiration)
Comparateur	<ul style="list-style-type: none"> • Soins palliatifs fournis par une approche autre que l'équipe interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de groupe témoin
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Patients : qualité de vie, satisfaction envers les soins, symptômes physiques, psychosociaux et spirituels, lieu du décès • Famille, amis et collègues : qualité de vie, satisfaction envers les soins, symptômes psychosociaux et spirituels • Professionnels de la santé : bien-être, stress, satisfaction au travail, maintien du personnel • Système de soins de santé : accès aux services (disponibilités et temps d'attente), ainsi que l'utilisation, la continuité et l'exhaustivité des services • Effets nocifs et indésirables : tous 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail d'équipe, facilitateurs et barrières • Autres aspects des patients et du système de soins de santé y compris les coûts et la consommation des médicaments/ordonnance • Impact des résultats sur les bénévoles
Environnements	Tous	Études non contrôlées
Structure de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Essais cliniques aléatoires (ECR) • Études comparatives non randomisées • Études comparatives qualitatives • Études qualitatives de cas multiples 	

Annexe II. Description détaillée de la stratégie de recherche documentaire

Medline (Ovid)

1. exp Terminal Care/ or exp Palliative Care/
2. exp Hospices/
3. exp Patient care Team/
4. interdisciplin\$.ab,ti.
5. multidisciplin\$. ab, ti.
6. pluridisciplin\$. ab, ti.
7. cross disciplin\$. ab, ti.
8. interprofession\$. ab, ti.
9. multiprofession\$. ab, ti.
10. pluriprofession\$. ab, ti.
11. cross profession \$. ab, ti.
12. « palliative care team\$ ». ab, ti.
13. 1 or 2
14. 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
15. 13 and 14
16. limit 15 to yr="1995 –Current"

Embase (Ovid)

1. exp palliative therapy/ or exp cancer palliative therapy/
2. exp terminal care/ or exp terminal disease/
3. exp hospice care/ or exp hospice/ or exp hospice patient/
4. interdisciplin\$. ti, ab.
5. multidisciplin\$. ti, ab.
6. pluridisciplin\$. ti, ab.
7. cross disciplin \$.ti,ab.
8. interprofession\$. ti, ab.
9. multiprofession\$. ti, ab.
10. pluriprofession\$. ti, ab.
11. cross profession \$. ti, ab.
12. « palliative care team\$ ». ti, ab.
13. 1 or 2 or 3
14. 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
15. 13 and 14
16. limit 15 to yr="1995 –Current »

PsychInfo (Ovid)

1. exp Terminally Ill Patients/ or exp Palliative Care/ or exp Terminal Cancer/ or exp Hospice/
2. exp Teams/
3. exp Interdisciplinary Treatment Approach/
4. interdisciplin\$. ab, ti.
5. multidisciplin\$. ab, ti.
6. pluridisciplin\$. ab, ti.
7. cross disciplin\$. ab, ti.
8. interprofession\$. ab, ti.
9. multiprofession\$. ab, ti.
10. pluriprofession\$. ab, ti.
11. cross profession \$. ab, ti.
12. « palliative care team\$ ». ab, ti.
13. 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
14. 1 and 13
15. limit 14 to yr="1995 –Current"

EMB Reviews – Cochrane central Register of Controlled Trials (Ovid)

1. exp Palliative Care/
2. exp Terminal Care/
3. exp Hospices/
4. exp Terminally Ill/
5. exp Patient Care Team/
6. interdisciplin\$. ti, ab.
7. multidisciplin\$. ti, ab.
8. pluridisciplin\$. ti, ab.
9. cross disciplin\$. ti, ab.
10. interprofession\$. ti, ab.
11. multiprofession\$. ti, ab.
12. pluriprofession\$. ti, ab.
13. cross profession \$. ti,ab.
14. « palliative care team\$ ». ti, ab.
15. palliative.ti, ab.
16. terminal.ti, ab.
17. end of life.ti,ab.
18. hospice\$. ti, ab.
19. 1 or 2 or 3 or 4 or 15 or 16 or 17 or 18
20. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
21. 19 and 20
22. limit 21 to yr="2000 –Current"

CINAHL (EBSCO HOST)

1. (MH « Palliative Care ») OR (MH « Hospice Care ») OR (MH « Terminal Care »)
2. (MH « Multidisciplinary Care Team+ »)
3. interdisciplin*
4. multidisciplin*
5. pluridisciplin*
6. cross disciplin*
7. interprofession*
8. multiprofession*
9. pluriprofession*
10. cross profession*
11. « palliative care team* »
12. S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
13. (S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11) AND (S1 AND S12)
14. Limiters – Publication date from : 19950101-20130231

Dissertations and theses (ProQuest)

(AB, TI)(palliative or terminal or hospice* or « end of life ») AND (AB, TI)(interdisciplin* or multidisciplin* or pluridisciplin* or « cross disciplin* » or interprofession* or multiprofession* or pluriprofession* or « cross profession* » or « palliative care team* ») AND YR(>=1995)

Francis (ProQuest)

In English :

all(palliative OR terminal OR hospice* OR « end of life ») AND all(interdisciplin* OR multidisciplin* OR pluridisciplin* OR « cross disciplin* » OR interprofession* OR multiprofession* OR pluriprofession* OR « cross profession* » OR « palliative care team ») AND YR(>=1995)

In French :

all(disciplin* OR « fin de vie ») AND all(interdisciplin* OR multidisciplin* OR pluridisciplin* OR « cross disciplin* » OR interprofession* OR multiprofession* OR pluriprofession* OR « cross profession* » OR « équipe de soins ») AND YR(>=1995)

Social Care Online

(topic="end of life care" or topic="hospices" or topic="palliative care") and (freetext="interdisciplin*" or freetext="multidisciplin*" or freetext="pluridisciplin*" or freetext="cross disciplin*" or freetext="interprofession*" or freetext="multiprofession*" or freetext="pluriprofession*" or freetext="cross profession*" or freetext="palliative care team*") and publicationdate>1994

Annexe III. Résumé des risques d'évaluation biaisée (éléments de l'outil EPHPP*)

Éléments	Brumley et coll., 2003 ³⁸ et Enguidanos et coll., 2005 ⁵¹	Brumley et coll., 2007 ⁴⁹	Gade et coll., 2008 ⁵⁰	Cheng et coll., 2013 ⁵²
A. Biais de sélection : Il est probable que les participants représentent la population cible. Taux de participation.	Faible	Modéré	Modéré	Faible
B. Conception de l'étude : (Essai clinique randomisé jugé meilleur et plus efficace)	Modéré	Solide	Solide	Faible
C. Facteurs de confusion : Similarité entre les groupes ou contrôle pour les facteurs de confusion	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
D. Examen à l'aveugle : À l'insu des évaluateurs des résultats et ignorance des participants concernant la question de la recherche.	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
E. Méthodes de collecte des données : Les outils se sont révélés valides et fiables.	Solide	Solide	Faible	Solide
F. Retraits et abandons : Taux	Élevé	Élevé	Élevé	Faible
ÉVALUATION GLOBALE	MODÉRÉE	SOLIDE	MODÉRÉE	FAIBLE

ANNEXE IV. Études exclues (n = 79)

Partie I. Caractéristiques des études exclues au stade des textes intégraux (n = 75)*

Étude	Pays	Motif de l'exclusion
Équipe CISP, 1996 (1)	France	Pas d'intervention
Acorn, 2008 (2)	Canada	Pas d'intervention
Ashburn, 1996 (3)	É.-U.	Pas d'intervention
Ahlner-Elmqvist, 2004 (4)	Suède	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Baker, 2000 (5)	É.-U.	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Binsack, 1999 (6)	Allemagne	Pas d'intervention
Brajtman, 2006 (7)	Canada	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Brant, 1998 (8)	É.-U.	Pas d'intervention
Brody, 2010 (9)	É.-U.	Participants : Pas d'indication sur le pronostic ou l'état de la maladie Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Brody, 2008 (10)	É.-U.	Participants : Pas d'indication sur le pronostic ou l'état de la maladie Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Burns, 1998 (11)	É.-U.	Pas d'intervention
Bromberg, 1996 (12)	Royaume-Uni	Intervention : Pas possible de savoir si les équipes qui ont trois disciplines ou plus sont les mêmes qui ont certaines caractéristiques interdisciplinaires (par exemple, réunions, coordinateur)
Bruera, 1998 (13)	Canada	Pas d'intervention
Butters, 1995 (14)	Royaume-Uni	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Campbell, 1996 (15)	É.-U.	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Campbell, 2003 (16)	É.-U.	Intervention : Équipe d'intervention ne comprend pas au moins trois disciplines (toutes des professions médicales)
Casarett, 2011 (17)	É.-U.	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire Conception de l'étude : Étude transversale comparant les hospices, mais pas selon les caractéristiques du travail d'équipe
Cherin, 1996 (18)	É.-U.	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Cherin, 1998 (19)	É.-U.	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Cheung, 2010 (20)	Australie	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines (nous avons considéré le médecin et le résident comme une seule discipline)

Cowan, 2004 (21)	É.-U.	Participants : Inclus des patients qui ont un pronostic de > 1 an
Delay, 1996 (22)	É.-U.	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Desfosses, 1998 (23)	France	Pas d'intervention
Eastaugh, 1996 (24)	Royaume-Uni	Conception de l'étude : Étude qualitative sans groupe de comparaison ou plusieurs cas
Estryn-Behar, 2012 (25)	France	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Fillion, 2011 (26)	Canada	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Follwell, 2009 (27)	Canada	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Gardner-Nix, 1995 (28)	Canada	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Glaus, 1996 (29)	Suisse	Pas d'intervention
Gordon, 1996 (30)	É.-U.	Pas d'intervention
Grandinetti, 1997 (31)	É.-U.	Pas d'intervention
Higginson, 1997 (32)	Royaume-Uni	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Hanks, 2002 (33)	Royaume-Uni	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Hanson, 2008 (34)	É.-U.	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Hill, 1998 (35)	Royaume-Uni	Pas d'intervention
Houston, 1995 (36)	É.-U.	Pas d'intervention
Huba, 1998 (37)	É.-U.	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Hughes, 2000 (38)	É.-U.	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Jack, 2003 (39)	Royaume-Uni	Participants : Ne sont pas tous d'un cancer avancé Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Jack, 2004 (40)	Royaume-Uni	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Jack, 2006 (41)	Royaume-Uni	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Johnson, 2012 (42)	Royaume-Uni	Intervention : Pas tous les patients du même groupe sont exposés à l'intervention (équipe)
Jordhøy, 2000 (43)	Norvège	Intervention : Équipe de consultants (non utilisée par tous les participants du groupe d'intervention). La réunion d'équipe n'implique pas au moins 3 disciplines différentes
Jordhøy, 2001 (44)	Norvège	Intervention : Équipe de consultants (non utilisée par tous les participants du groupe d'intervention). La réunion d'équipe n'implique pas au moins 3 disciplines différentes
Kirk, 2006 (45)	Afrique du Sud	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Leibowitz, 1995 (46)	É.-U.	Pas d'intervention
Letourneau, 1996 (47)	É.-U.	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Marrelli, 1999 (48)	É.-U.	Pas d'intervention
Morita, 2005 (49)	Japon	Participants : Tous ne sont pas à la fin de la vie ou n'ont pas des symptômes sévères

Morrison, 2008 (50) actéristiques de l'équipe	É.-U.	Intervention : Insuffisance d'information sur les car-
Morrison, 2011 (51) moins trois disciplines	É.-U.	Intervention : Une des équipes ne comprend pas au
Norton, 2007 (52)	É.-U.	Participants : Tous ne sont pas à la fin de la vie
Oliver, 2004 (53)	Royaume-Uni	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
O'Mahony, 2005 (54)	É.-U.	Participants : Ne sont pas tous âgés de 18 ans ou plus
Penrod, 2006 (55)	É.-U.	Intervention : Insuffisance d'information sur les caractéristiques de l'équipe
Penrod, 2010 (56)	É.-U.	Intervention : Insuffisance d'information sur les caractéristiques de l'équipe
Penny, 1997 (57)	Royaume-Uni	Pas d'intervention.
Perret, 2011 (58)	France	Intervention : Insuffisance d'information sur les caractéristiques de l'équipe
Rabow, 2003 (59)	É.-U.	Participants : Inclus des patients qui ont un pronostic de > 1 an
Rabow, 2004 (60)	É.-U.	Participants : Inclus des patients qui ont un pronostic de > 1 an
Raje, 1996 (61)	Jamaïque	Pas d'intervention
Reese, 1995 (62)	É.-U.	Pas d'intervention
Schrijnemaekers, 2005 (63)	Pays-Bas	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire et l'équipe ne comprend pas au moins trois disciplines
Seow, 2008 (64)	É.-U.	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
Shah, 2005 (65)	Royaume-Uni	Pas d'intervention
Smeenk, 1998 (66)	Pays-Bas	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire et l'équipe ne comprend pas au moins trois disciplines
Spettigue, 1998 (67)	Royaume-Uni	Conception de l'étude : Étude non contrôlée (étude de cas)
Steiner, 1997 (68)	Suisse	Pas d'intervention
Teixeira, 2011 (69)	Portugal	Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire
The SUPPORT Principal Investigators, 1995 (70)	É.-U.	Intervention : Équipe ≤ 3 disciplines
Twomey, 2006 (71)	Royaume-Uni	Conception de l'étude : Étude non contrôlée
Voirol, 1997 (72)	Suisse	Pas d'intervention
Whitaker, 2007 (73) stage I-II)	Australie	Participants : Tous ne sont pas à la fin de la vie (cancer
Wiese, 2008 (74)	Allemagne	Conception de l'étude : Étude non contrôlée Intervention : Pas une équipe interdisciplinaire

* Les raisons susmentionnées représentent la première raison notée ou la principale observée. D'autres motifs d'exclusion pourraient également avoir été présents dans une même étude.

Partie II. Caractéristiques des études qui n'avaient pas un texte intégral ou qui ne pourrait pas être obtenu (n = 4)

Étude	Pays	Motif de l'exclusion
Anonyme, 1996 (75)	inconnu	Pas capable d'obtenir l'article avec l'aide d'un bibliothécaire
Coates, 1995 (76)	inconnu	Pas capable d'obtenir l'article avec l'aide d'un bibliothécaire
Dominguez, 2011 (77)	Espagne	Texte intégral non disponible (résumé de conférence)
Hadid, 2010 (78)	É.-U.	Texte intégral non disponible (résumé de conférence)

Références citées dans l'annexe 4.

1. Équipe du CISP de l'hôpital Sainte-Perrine. (1996). *Douleur et accompagnement. Une approche globale de la personne âgée*. Équipe de Centre Intégré de Soins Palliatifs. *Soins gérontologie*, 1996(4) : 7-16.
2. Acorn M. (2008). In-home palliative care increased patient satisfaction and reduced use and costs of medical services. *Evidence Based Nursin*, 11(1) : 22.
3. Ashburn MA. (1996). Interdisciplinary pain management: center of excellence or home of the dinosaur? *Clin J Pain*, 12(4) : 258-9.
4. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. (2004). Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care: a prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med.*, 18(7) : 585-93.
5. Baker R, Wu AW, Teno JM, Kreling B, Damiano AM, Rubin HR, et al. (2000). Family satisfaction with end-of-life care in seriously ill hospitalized adults. *J Am Geriatr Soc.*, 48(5 Suppl) : S61-9.
6. Binsack T. (1999). Caring for terminally ill patients. The Johannes Hospiz in Munich: a palliative care unit in Southern Bavaria, Germany. *Support Care Cancer*, 7(6) : 377-8.
7. Brajtman S, Higuchi K, McPherson C. (2006). Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *Int J Palliat Nurs.*, 12(4) : 150-6.
8. Brant JM. (1998). The art of palliative care: living with hope, dying with dignity. *Oncol Nurs Forum.*, 25(6) : 995-1004.
9. Brody AA, Ciemins E, Newman J, Harrington C. (2010). The effects of an inpatient palliative care team on discharge disposition. *J Palliat Med.*, 13(5) : 541-8.
10. Brody AA. (2008). *The effects of an inpatient palliative care team on mortality, utilization, and cost in a large non-profit teaching hospital*. University of California, San Francisco.
11. Burns SS. (1998). Spiritual care at the end of life. Hospice uses teamwork to address spiritual and physical needs. *Health Prog.*, 79(3) : 45-6, 9.

12. Bromberg MH, Higginson I. (1996). Bereavement follow-up: what do palliative support teams actually do? *J Palliat Care*, 12(1) : 12-7.
13. Bruera E, Suarez-Almazor M. (1998). Cost effectiveness in palliative care. *Palliat Med*, 12(5) : 315-6.
14. Butters EH, I. (1995). Two HIV/AIDS community support teams: patient characteristics, problems at referral and during the last 6 weeks of life. *AIDS Care*, 7(5) : 593-603.
15. Campbell ML. (1996). Program assessment through outcomes analysis: efficacy of a comprehensive supportive care team for end-of-life care. *AACN Clin Issues*, 7(1) : 159-67.
16. Campbell ML, Guzman JA. (2003). Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest*, 123(1) : 266-71.
17. Casarett DJ, Spence C, Haskins M, Teno J. (2011). One big happy family? Interdisciplinary variation in job satisfaction among hospice providers. *J Palliat Med*, 14(8) : 913-7.
18. Cherin DA. (1996). *The transprofessional model of terminal care: reforming end-stage care in HIV/AIDS*. University of Southern California.
19. Cherin DA, Huba GJ, Brief DE, Melchior LA. (1998). Evaluation of the transprofessional model of home health care for HIV/AIDS. *Home Health Care Serv Q*, 17(1) : 55-72.
20. Cheung W, Aggarwal G, Fugaccia E, Thanakrishnan G, Milliss D, Anderson R, et coll. (2010). Palliative care teams in the intensive care unit : a randomised, controlled, feasibility study. *Critical care and resuscitation. Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 12(1) : 28-35.
21. Cowan JD. (2004). Hospital charges for a community inpatient palliative care program. *Am J Hosp Palliat Care*, 21(3) : 177-90.
22. Delay A, Sheidler VR, Dropkin SA, Portenoy RK. (1996). Multidisciplinary rounds. Family participation in hospice home care. *Cancer Pract*, 4(5) : 235-8.
23. Desfosses G. (1998) Limitations and variations in mobile palliative care teams. *European Journal of Palliative Care*, 5(3) : 81-5.
24. Eastaugh AN. (1996). Approaches to palliative care by primary health care teams: a survey. *J Palliat Care*, 12(4) : 47-50.
25. Estry-Behar M, Lassauniere J-M, Fry C, DeBonnières A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncologie et en gériatrie [Does interdisciplinarity reduce suffering at work? Comparison of carers (doctors and nurses) working in palliative care, oncology/haematology and geriatric care]. *Médecine palliative*, 11(2) : 65-89.
26. Fillion L, Desbiens JF, Truchon M, Dallaire C, Roch G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique. *Psycho-Oncologie*, 5(2) : 127-36.
27. Follwell M, Burman D, Le LW, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, et al. (2009). Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol*, 27(2) : 206-13.

28. Gardner-Nix JS, Brodie R, Tjan E, Wilton M, Zoberman L, Barnes F, et al. (1995). Scarborough's Palliative 'At-home' Care Team (PACT): a model for a suburban physician palliative care team. *J Palliat Care*, 11(3) : 43-9.
29. Glaus A, Senn HJ. (1996). Who cares for the care-givers? *Support Care Cancer*, 4(6) : 399-400.
30. Gordon A. (1996). An interdisciplinary team approach toward death education. *Am J Hosp Palliat Care*, 13(3) : 21.
31. Grandinetti D. (1997). Expanding the hospice time frame. *Med Econ*, 74(17) : 65-6, 9-70.
32. Higginson IJ, Hearn J. (1997). A multicenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. *J Pain Symptom Manage*, 14(1) : 29-35.
33. Hanks GW, Robbins M, Sharp D, Forbes K, Done K, Peters TJ, et coll. (2002). The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer*, 87(7) : 733-9.
34. Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. (2008). Clinical and economic impact of palliative care consultation. *J Pain Symptom Manage*, 35(4) : 340-6.
35. Hill A. (1998). Multiprofessional teamwork in hospital palliative care teams. *Int J Palliat Nurs*, 4(5) : 214-21.
36. Houston K, Petronis K, Denham K, Kosier M. (1995). An interdisciplinary approach to inpatient palliative care. *Continuum*, 15(6) : 9-16.
37. Huba GJ, Cherin DA, Melchior LA. (1998). Retention of clients in service under two models of home health care for HIV/AIDS. *Home Health Care Serv Q*, 17(3) : 17-26.
38. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. (2000). Effectiveness of team-managed home-based primary care: A randomized multicenter trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284(22) : 2877-85.
39. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. (2003). Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. *Palliat Med*, 17(6) : 498-502.
40. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. (2004). Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer patients into their disease. *Palliat Med*, 18(1) : 46-52.
41. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. (2006). Improving cancer patients' pain : the impact of the hospital specialist palliative care team. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 15(5) : 476-80.
42. Johnson M, Nunn A, Hawkes T, Stockdale S, Daley A. (2012). Planning for end-of-life care in heart failure: Experience of two integrated cardiology-palliative care teams. *British Journal of Cardiology*, 19(2) : 71-5.
43. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. (2000). A palliative-care intervention and death at home : a cluster randomised trial. *Lancet*, 356(9233) : 888-93.
44. Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. (2001). Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*, 19(18) : 3884-94.
45. Kirk J, Collins K. (2006). Difference in quality of life of referred hospital patients after hospital palliative care team intervention. *South African Medical Journal*, 96(2) : 101-2.

46. Leibowitz C, Browing S. (1995). The expanded team--hospice in the LTC facility. *Am J Hosp Palliat Care*, 12(2) : 16-7.
47. Letourneau N, Huber ML, Johnson RS, Vachon MLS, McDonnell TP. (1996). Multidisciplinary rounds. Talking about death with the terminally ill. *Cancer Pract.*, 4(4) : 177-9.
48. Marrelli TM. (1999). Hospice update : the interdisciplinary hospice team and care coordination. *Home Care Nurse News*, 6(5) : 8-.
49. Morita T, Fujimoto K, Tei Y. (2005). Palliative care team : the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage.*, 29(5) : 458-65.
50. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et coll. (2008). Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med.*, 168(16) : 1783-90.
51. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et coll. (2011) Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs For Medicaid Beneficiaries. *Health Aff (Millwood)*, 30(3) : 454-63.
52. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. (2007). Proactive palliative care in the medical intensive care unit : effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med.*, 35(6) : 1530-5.
53. Oliver D. (2004). The development of an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care. *Int J Palliat Nurs.*, 10(9) : 446-8.
54. O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA. (2005). The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med.*, 8(5) : 1033-9.
55. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu CW, Hochman T, et al. (2006). Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med.*, 9(4) : 855-60.
56. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess JF, Jr., Zhu CW, Christiansen CL, et al. (2010). Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med.*, 13(8) : 973-9.
57. Penny L. (1997) Palliative care team skill mix. *Nurs Manage (London)*, 3(9) : 10-1.
58. Perret C, Vassal P, Chapuis F, Mazloun W. (2011). Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique*, 10(1) : 14-23.
59. Rabow MW, Petersen J, Schanche K, Dibble SL, McPhee SJ. (2003). The comprehensive care team: a description of a controlled trial of care at the beginning of the end of life. *J Palliat Med.*, 6(3) : 489-99.
60. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ. (2004). The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med.*, 164(1) : 83-91.
61. Raje D. (1996). Palliative care. A rewarding specialty. *West Indian Med J.*, 45(2) : 41-2.
62. Reese R, Rosenfeld-Bernstein R. (1995). Hospice in a managed care environment: an integrated team approach. *Health Care Innov.*, 5(2) : 35-40.

63. Schrijnemaekers V, Courtens A, Kuin A, van der Linden B, Vernooij-Dassen M, van Zuylen L, et coll. (2005). A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: results from a two-year nationwide registration. *J Pain Symptom Manage.*, 29(6) : 552-8.
64. Seow H, King S, Vaitonis V. (2008). The impact of Ontario's end-of-life care strategy on end-of-life care in the community. *Healthc Q.*, 11(1) : 56-62.
65. Shah SH. (2005). The Liverpool Care Pathway: its impact on improving the care of the dying. *Age Ageing*, 34(2) : 197-8; author reply 8-9.
66. Smeenk FW, Ament AJ, van Haastregt JC, de Witte LP, Crebolder HF. (1998). Cost analysis of transmural home care for terminal cancer patients. *Patient Educ Couns.*, 35(3) : 201-11.
67. Spettigue B, Uglow A, Stewart G. (1998). A multidisciplinary approach to palliative transfusions at home. *Nurs Times*, 94(28) : 54-5.
68. Steiner N, Luchsinger V. (1997). [Mobile team for palliative care in Geneva]. *Revue médicale de la Suisse romande*, 117(3) : 249-53.
69. Teixeira C, Pereira S, Carvalho AS, Fonseca A. (2011). Burnout in intensive and palliative care in Portugal. *Intensive Care Med.*, 37 : S260.
70. The SUPPORT Principal Investigators. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*, 274(20) : 1591-8.
71. Twomey F, Corcoran GD, Nash TP. (2006). Collaboration in difficult pain control in palliative medicine--it's good to talk. *J Pain Symptom Manage.*, 31(6) : 483-4.
72. Voirol M. (1997). Mise en place d'un groupe pluridisciplinaire d'accompagnement de fin de vie dans le canton de Neuchâtel. *Revue médicale de la Suisse romande*;117(3) : 265-8.
73. Whitaker NE, Stirling R, Naughton MT. (2007). Do multidisciplinary lung cancer clinics improve patient care? [1]. *Intern Med J.*, 37(8) : 579-80.
74. Wiese CHR, Vossen-Wellmann A, Morgenthal HC, Popov AF, Graf BM, Hanekop GG. (2008). Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives. *BMC Palliative Care*, 7(1). doi : <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-7-11>.
75. Anonymous. (1996). Wyoming hospital maps out better way to care for dying patients. *AACN News*, 1(5).
76. Coates A. (1995). *At home or at home with us in hospital*. In : Hegney D, Hegney D, editors. The great divide: not just a mountain range 4th Annual Conference of the Association for Australian Rural Nurses Inc, 10-12 November, 1995. Association for Australian Rural Nurses. p. 84-90.
77. Sánchez Domínguez F. GPM, Sánchez Chaves M.P., Sánchez Sánchez N., Rodríguez Rodríguez Á., Canal Boyero M.J., Córdoba Martínez P.M. (2011). *The Palliative Home Care Teams Affect the Place of Death in Terminal Cancer Patients?* 12th EAPC Congress Lisbon, Portugal.
78. Hadid T, Sanchez-Reilly S. (2010). Implications of interdisciplinary palliative care when caring for older adults with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2):394. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.127>.

