

# Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19 : intégrer l'approche palliative

Le 30 juin 2021

**Présentée à :** Association canadienne de soins palliatifs

**Auteurs :** Emily Di Sante, Danielle Just, Julia Kruizinga, Sharon Kaasalainen

**Comment citer ce document :** Di Sante, E.; Just, D.; Kruizinga, J.; Kaasalainen, S. (2021) *Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19 : intégrer l'approche palliative*. Hamilton. *Projet Strengthening a Palliative Approach in Long-Term Care*.

**Remerciements :** Nous tenons à remercier tous les intervenants qui ont généreusement participé à cette analyse contextuelle pendant la pandémie, et qui ont aidé à cerner d'autres parties prenantes. Ce travail n'aurait pas été possible sans eux.



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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Contexte</b> .....	3
<b>Méthodologie</b> .....	3
<b>Résultats</b> .....	5
<i>Impact de la COVID-19 sur l'approche palliative intégrée</i> .....	5
<i>Impact de la COVID-19 sur la planification préalable des soins et les objectifs de soins</i> .....	6
<b>Outils et ressources</b> .....	7
<i>Outils et ressources présentement utilisés</i> .....	7
<i>Sommaire de l'inventaire</i> .....	7
<i>Besoins en ressources supplémentaires</i> .....	9
<i>Diffusion des ressources et outils</i> .....	10
<b>Conclusion</b> .....	11
<b>Annexe A : analyse démographique</b> .....	13
<b>Annexe B : Liste complète des ressources</b> .....	18

## Contexte

Les établissements de soins de longue durée canadiens ont été touchés de façon disproportionnée par la crise de la COVID-19. Dans toutes les provinces où il a été possible de mesurer des données, il y a eu plus de décès que d'habitude pendant la pandémie. Cela comprend les foyers de soins de longue durée où il y a eu moins de décès liés à la COVID-19<sup>i</sup>. Avec l'augmentation du nombre de décès pendant la crise sanitaire, la nécessité de l'approche palliative intégrée, de la planification préalable des soins et de la détermination des objectifs de soins dans les établissements de soins de longue durée est plus criante que jamais<sup>ii</sup>. L'approche palliative intégrée assure que les besoins physiques, émotionnels, sociaux, psychologiques et spirituels uniques de chaque personne sont comblés avec compassion, de façon à améliorer la qualité de vie, à diminuer la souffrance et à rehausser le confort, et ce, dès le diagnostic d'une maladie grave et jusqu'au décès<sup>iii</sup>.

## Méthodologie

L'équipe du projet Strengthening a Palliative Approach in Long-Term Care a réalisé une analyse contextuelle en mars et en avril 2021. L'analyse a porté sur les pratiques canadiennes actuelles en soins de longue durée en ce qui a trait à l'approche palliative, y compris la planification préalable des soins et la détermination des objectifs de soins dans le contexte de la COVID-19. On a demandé aux répondants d'indiquer où les gens peuvent se procurer des ressources, et quelles sont les meilleures façons de distribuer les ressources aux familles et aux intervenants.

Trente-sept entrevues ont été réalisées avec des parties prenantes de premier plan afin de déterminer les besoins les plus pressants et d'en savoir davantage sur les ressources en place pendant la crise de la COVID-19. On entend par parties prenantes de premier plan des travailleurs en soins de longue durée ainsi que des représentants d'organismes provinciaux voués aux soins de fin de vie. Les répondants ont été intentionnellement recrutés<sup>iv,v,vi,vii</sup> dans le but de représenter toutes les provinces et tous les territoires.

Tableau : représentation géographique

Province/territoire	Nombre de répondants
Alberta	2
Colombie-Britannique	9
Île-du-Prince-Édouard	1
Manitoba	1
Nouveau-Brunswick	3
Nouvelle-Écosse	2
Nunavut*	0

## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

Ontario	7
Québec	4
Saskatchewan	4
Terre-Neuve-et-Labrador	2
Territoires du Nord-Ouest	1
Yukon	1

\*Bien que nous ayons tenté à plusieurs reprises d’avoir une représentation du Nunavut, nous n’avons pas réussi à recruter de répondants dans ce territoire.

Sur les 37 personnes qui nous ont accordé des entrevues, 29 ont rempli le formulaire de renseignements démographiques. Les répondants qui ont choisi de ne pas remplir ce formulaire étaient des personnalités publiques qui n’étaient pas à l’aise de divulguer ce genre d’information par crainte d’être identifiées. Lorsqu’il a été possible de le faire, certains renseignements démographiques ont pu être tirés des entrevues avec ces personnes.

Tableau : démographie

Démographie	% (n)
<i>Sexe</i>	
Femme	86 % (n = 32)
Homme	14 % (n = 5)
<i>Âge</i>	
20 à 29	6 % (n = 2)
30 à 39	26 % (n = 8)
40 à 49	19 % (n = 6)
50 à 59	39 % (n = 12)
60 à 69	10 % (n = 3)
<i>Profession</i>	
Infirmier(ère) de pratique avancée	18 % (n = 7)
Administrateur(trice) de soins de longue durée	23 % (n = 9)
Médecin	15 % (n = 6)

Enseignant(e)	18 % (n = 7)
Professionnel(le) agréé(e) en soins de santé	20 % (n = 8)
Dirigeant(e) d'organisme	8 % (n = 3)
<i>Formé(e) en planification préalable des soins*</i>	
Oui	86 % (n = 25)
Non	10 % (n = 3)
s.o.	3 % (n = 1)

\*Voici les échantillons qui ont fourni des renseignements démographiques : sexe, n = 37; âge, n = 31; profession, n = 37; et formation en planification préalable des soins, n = 29.

Des données qualitatives ont été compilées et codées suivant une analyse de contenu. Les codes similaires ont été regroupés en grandes catégories de sujets, puis résumés.

## Résultats

### *Impact de la COVID-19 sur l'approche palliative intégrée*

Tous les intervenants ont indiqué que la situation a été extrêmement difficile pour le personnel en soins de longue durée lorsque les membres de la famille n'ont plus été en mesure d'entrer dans les établissements en raison des restrictions liées à la COVID-19. Cela a été particulièrement vrai lorsqu'un être cher se trouvait en fin de vie. Les intervenants avaient l'impression de ne pas être présents pour les proches pendant ces moments extrêmement difficiles. Les intervenants ont dit qu'ils estiment que cela fait partie de leur travail de prodiguer l'approche palliative intégrée et de soutenir la famille lorsqu'une personne est en fin de vie. Le décès d'un être cher est un événement très marquant pour les membres d'une famille.

- « La résidante est morte à trois heures du matin, et la famille était dehors, regardant par la fenêtre, au début de décembre, sous une pluie battante. Les gens avaient les mains posées sur la fenêtre, ils voulaient tellement... la toucher, lui tenir la main. C'est le personnel qui a dû lui tenir la main. J'ai parlé au personnel après tout ça... c'est un de ces souvenirs qui resteront gravés dans notre cœur pour le reste de notre vie. » (témoignage [traduction libre], Nouveau-Brunswick)
- « Nous avons deux responsabilités en fin de vie. Il faut soutenir le résidant qui est en fin de vie, mais aussi la famille qui traverse cette difficile étape. On n'a qu'une seule chance de faire ça. » (témoignage [traduction libre], Ontario)

Les intervenants des provinces et territoires canadiens qui ont été fortement frappés par la COVID-19 lors de la première vague de la pandémie (printemps 2020) ont indiqué que tous les protocoles et pratiques exemplaires en matière d'approche palliative intégrée ont été suspendus pendant les premiers mois de la crise. Certains répondants ont dit que lorsque l'approche palliative n'était pas déjà intégrée dans la pratique, le personnel en soins de longue durée ne pouvait s'occuper que des « interventions essentielles », comme nourrir les gens.

- « Ouais, la COVID-19 a interrompu ce que nous étions en train de mettre en place avant mars 2020. Tout est tombé à l'eau, c'est sûr. Et aussi, (...) toutes les différentes directives qui provenaient du ministère, et aussi celles concernant les résidants décédés et les procédures visant le personnel des salons funéraires qui venait chercher les dépouilles, et toute la paperasse... tout ça a changé pour nous. » (témoignage [traduction libre], Ontario)
- « Nous avons fait ce que nous avons pu avec ce que nous avons. On a fait venir du personnel de partout pour aider, mais il a été très difficile de gérer tous ces employés parce qu'ils n'avaient pas tous le même niveau de compétences. Ensuite, nous avons reçu l'armée. C'était très difficile parce que ce n'était pas des infirmières ni des médecins; c'était des gars de l'armée et ils étaient parfois un peu rudes. » (témoignage [traduction libre], Québec)

### *Impact de la COVID-19 sur la planification préalable des soins et les objectifs de soins*

Les intervenants des provinces et des territoires canadiens qui n'ont pas été fortement frappés par la COVID-19 lors de la première vague de la pandémie (au printemps 2020) ont indiqué que beaucoup de travail de préparation et de discussions ont eu lieu pendant cette période. De nombreux intervenants ont dit avoir appelé les proches de tous leurs résidants pour discuter de l'éventualité d'une éclosion dans l'établissement ou de tests positifs à la COVID-19 chez des résidants.

- « La plupart des familles ont choisi de ne pas envoyer leur proche à l'hôpital parce qu'à son retour, il devait se confiner. Donc, la plupart ont choisi de ne pas aller à l'hôpital. Aucun transfert à l'hôpital ni de soins de confort. Ce n'était pas comme avant. » (témoignage [traduction libre], Manitoba)
- « Nous avons rédigé des politiques, des nouvelles politiques. Je ne sais pas si vous vous souvenez, mais au tout début de la COVID, il y avait cette crainte au sujet des soins que les personnes âgées allaient recevoir. Nous observions des pays comme l'Italie, où on imposait un âge limite en ce qui concerne les personnes voulant être transférées à l'hôpital. Nous avons donc beaucoup discuté de la situation de nos résidants et du type de soins qu'ils recevraient au début de la pandémie. Seraient-ils même capables d'aller à l'hôpital, ou allions-nous devoir les soigner sur place? Il y a donc eu beaucoup de planification, beaucoup de réunions, beaucoup de longues journées durant ces premiers mois de mars et d'avril. » (témoignage [traduction libre], Nouvelle-Écosse)

Toutefois, cela n'a pas toujours été le cas dans les provinces et territoires du Canada où les populations autochtones sont plus importantes, parce que les discussions sur les objectifs de soins et la planification préalable des soins ne sont pas des activités culturellement acceptées.

- « Certaines communautés autochtones croient que parler de la mort amène la mort, et la COVID avait déjà causé assez de peur chez tout le monde. Et nous sommes en région très éloignée, (...) nous avons dû faire preuve de beaucoup de prudence à cet égard. » (témoignage [traduction libre], Territoires du Nord-Ouest)

Tout au long des entrevues, presque tous les intervenants n'ont pas fait de différence entre la planification préalable des soins et les discussions sur les objectifs de soins. Presque tous les répondants ont fait remarquer que la planification préalable des soins devrait avoir lieu bien avant qu'une personne n'intègre

un centre de soins de longue durée, mais dès qu'ils parlaient de résidants soignés dans des centres, les termes *planification préalable des soins* et *objectifs de soins* devenaient interchangeables.

## **Outils et ressources**

### *Outils et ressources présentement utilisés*

Tous les intervenants ont parlé des outils et ressources qu'ils utilisent actuellement pour mettre en œuvre l'approche palliative intégrée, la planification préalable des soins et la détermination des objectifs de soins auprès des résidants en soins de longue durée et de leurs proches. Les outils et ressources les *plus fréquemment mentionnés* sont le guide de conversation en cas de maladies graves (*Serious Illness Conversation Guide*) et la formation LEAP. Bien que tous les intervenants aient apprécié la formation, beaucoup d'entre eux ont fait remarquer que le coût de la formation peut être prohibitif, ce qui fait en sorte qu'elle ne soit présentée que dans un petit nombre de foyers de soins de longue durée. Les autres ressources citées sont énumérées à l'annexe B, *Liste complète des ressources*.

La plupart des intervenants ont indiqué que les outils et ressources les plus utiles sont ceux « très simplement schématisés... utilisant un langage simple » (réponse recueillie [traduction libre], Colombie-Britannique). Une personne interrogée de la Colombie-Britannique a en effet indiqué qu'elle avait récemment créé une série de quatre vidéos simples qui expliquent ce que sont les soins de longue durée, la démarche de demande d'admission, les idées fausses courantes sur les soins de longue durée et l'approche palliative intégrée.

Un autre important constat en ce qui concerne les outils et ressources est le fait qu'ils sont disponibles sous forme *électronique*, et ce, partout au pays. Une infirmière en pratique avancée de la Saskatchewan a fait remarquer qu'une « application mobile permettant de consulter toutes les politiques, toutes les procédures et toutes les mises à jour » [traduction libre] a été un outil de communication particulièrement utile pendant la pandémie. Cette remarque a également été entendue chez les répondants des provinces de l'Atlantique, où le texto a été utilisé pour soutenir le personnel pendant les fermetures liées à la COVID-19. Dans les foyers de soins de longue durée où l'accès était refusé aux médecins, l'absence de dossiers de santé électroniques « a causé un gros problème de consignation des discussions dans les dossiers papier. On ne peut mettre des choses sur papier si on n'est pas là pour les écrire » (témoignage [traduction libre], Colombie-Britannique).

De nombreux intervenants ont indiqué que la crise de la COVID-19 a nécessité la création de nouveaux outils et ressources. Les répondants ont parlé de protocoles de gestion de la douleur et des symptômes élaborés par des médecins en soins palliatifs, d'un outil « SBAR » (en français : *situation, contexte, évaluation, recommandation*) dont les résultats doivent être acheminés aux médecins, de scripts pour aider à informer les familles quant à l'impact de la crise sanitaire sur les soins de longue durée, de trousse adaptées d'ordonnances en fin de vie, et d'algorithmes spécifiques à la COVID-19 pour les soins de fin de vie. Les intervenants ont fait remarquer que lorsqu'ils utilisaient des ressources nationales ou des ressources d'autres régions, ils les adaptaient souvent à leur population.

### *Sommaire de l'inventaire*

Un total de 64 ressources indépendantes ont été recueillies auprès de 17 intervenants dans le cadre de cette analyse contextuelle. Les ressources ont été classées en catégories (planification préalable des soins, objectifs des soins, éducation, soutien aux familles, deuil et chagrin, gestion de la douleur et des

## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

symptômes) et selon l'auditoire ciblé (tableau 3). Parmi ces ressources, on trouve du matériel d'attestation, des guides de discussion, des sommaires, des formulaires, des cadres, des lignes directrices, des manuels, des infographies, des articles de journaux, des modules, des trousseaux d'ordonnances, des brochures, des présentations, des protocoles, des politiques, des boîtes à outils, des sites Web, des manuels de travail, des vidéos et autres outils. La majorité de ces ressources ont été élaborées en Colombie-Britannique, et d'autres proviennent de plusieurs autres provinces; certaines sont de portée organisationnelle et d'autres, de portée nationale. Plusieurs ressources ont été récemment conçues (pendant la pandémie), comme des politiques visant les visites, des documents pour la gestion des symptômes des patients gravement frappés par la COVID-19, des guides de discussion en cas de maladie grave adaptés à la COVID-19, des trousseaux sur les soins en mode virtuel et autres.

Tableau : Cartographie des ressources répertoriées

Catégorie	Nombre de ressources*
Planification préalable des soins	28
Objectifs de soins	19
Éducation	12
Soutien aux familles	17
Chagrin et deuil	10
Gestion de la douleur et des symptômes	25

Auditoire	Nombre de ressources*
Résidents	27
Famille et aidants	30
Prestataires de soins	50
Chercheurs	6

Province	Nombre de ressources*
Alberta	6
Colombie-Britannique	27



Île-du-Prince-Édouard	0
Manitoba	3
Nouveau-Brunswick	0
Nouvelle-Écosse	0
Ontario	10
Québec	0
Saskatchewan	1
Terre-Neuve-et-Labrador	0
Territoires du Nord-Ouest	0

\*Des ressources ont été affectées à plusieurs catégories et auditoires, selon le cas.

### *Besoins en ressources supplémentaires*

Presque tous les intervenants ont indiqué que des outils et ressources supplémentaires ne sont pas nécessaires pour mettre en œuvre l'approche palliative intégrée. En effet, la plupart des intervenants ont déclaré qu'il existe déjà de nombreux outils. Les répondants ont toutefois indiqué que les outils de mise en œuvre de l'approche palliative :

- doivent être mieux connus;
- doivent être réunis dans le dépôt d'un organisme central bien connu pour en faciliter l'accès;
- doivent faire l'objet d'une formation quant à la façon de les utiliser;
- doivent être utilisés d'une façon cohérente parmi tous les intervenants en soins de longue durée;
- être mieux communiqués afin d'en augmenter l'accessibilité : langage adapté à l'auditoire, mise à l'essai auprès des utilisateurs pour en assurer l'intelligibilité – « une seule page, moins de texte, plus d'images » (réponse recueillie [traduction libre], Alberta).

Lorsque des intervenants ont parlé de lacunes, celles-ci étaient souvent liées à l'accès aux nouvelles données probantes entourant la COVID-19 provenant d'autres régions. Plus particulièrement, une personne de l'Alberta a fait remarquer que les centres de soins de longue durée de sa province étaient à la recherche de données probantes en lien avec la crise – détresse morale, ajustement de la dotation en personnel, utilisation de la technologie, accès des aidants dans les centres, communication, dépistage du personnel en soins de longue durée et accès à l'EPI. En Colombie-Britannique, un organisme a procédé à une évaluation des besoins des partenaires en soins de longue durée et a élaboré des outils spécifiquement destinés aux préposés aux bénéficiaires (soutien à la personne) dans le contexte de la COVID-19.

« La santé mentale du personnel et la détresse morale résultant de la COVID... la détresse morale est devenue un gros problème (...); connaître les interventions palliatives à prodiguer, mais ne pas pouvoir les pratiquer, cela entraîne de la détresse morale. Quand on ne peut pas faire ce qui doit être fait pour bien faire son travail... » (témoignage [traduction libre], Alberta).

Partout au pays, de nombreux intervenants ont fait remarquer que les ressources devraient être adaptées parce qu'il « peut être difficile d'utiliser un seul outil qui convient à tout le monde. Il faut souvent utiliser des outils différents, selon la démographie et la population. » (témoignage [traduction libre], Saskatchewan)

### *Diffusion des ressources et outils*

De nombreux intervenants n'étaient pas certains de la meilleure façon de diffuser les outils vers les centres de soins de longue durée. Bien que certains intervenants aient mentionné la méthode traditionnelle de transmettre directement les ressources aux établissements, d'autres ont dit que ces derniers sont inondés d'information et que de nouveaux moyens de diffusion doivent être explorés.

Les modes traditionnels de diffusion comprennent :

- courriels sur les outils et ressources envoyés directement aux gestionnaires et au personnel agréé des centres de soins de longue durée;
- séances de formation du personnel et ateliers sur les outils et ressources, en particulier à l'intention des préposés aux bénéficiaires (soutien à la personne);
- modèles de formation des formateurs;
- familles et résidants qui reçoivent de l'information dans les trousse de bienvenue et les conférences sur les soins à la famille;
- conseils de famille et réseaux familiaux.

Les résultats de l'analyse montrent que la crise de la COVID-19 a eu une incidence sur l'accès aux outils et aux ressources. Certains répondants ont indiqué que lorsque la COVID-19 a frappé, ils ont dû modifier leur formation et la diffusion des outils et ressources. La formation est passée en mode virtuel et de l'éducation a été offerte en ligne, plutôt que la formule traditionnelle en personne. Quelqu'un a fait remarquer qu'il n'était plus nécessaire d'envoyer des ressources aux établissements de soins de longue durée et d'inciter ceux-ci à les utiliser. C'est plutôt le personnel de ces centres qui demande des synthèses de données probantes et des ressources.

Les répondants ont également indiqué que la pandémie a donné lieu à des occasions uniques de diffusion d'outils et de ressources. Les nouveaux modes de communication qui ont vu le jour pendant la crise sanitaire comprennent :

- Une recrudescence de l'insistance nationale et provinciale/territoriale pour l'intégration de l'approche palliative intégrée dans toute la documentation des établissements de soins de longue durée.
- La création d'une campagne de sensibilisation dans les médias de masse visant tous les niveaux de la société et soulignant l'importance de la planification préalable des soins avant l'admission dans un établissement de soins de longue durée.
  - « À Terre-Neuve, nous espérons mener une campagne d'éducation sur la planification préalable des soins... Elle sera destinée à la communauté, mais aussi à tous les citoyens de la province, pour aider les gens à comprendre la planification préalable des soins et tous les éléments dont j'ai parlé plus tôt. La planification préalable des soins, la détermination des objectifs de soins, toutes ces choses seront incluses dans le programme. Or, nous n'avons pas encore de détails sur ce à quoi cela va ressembler, mais nous

voudrions certainement tirer parti de toutes les ressources offertes à l'échelle nationale. »  
(témoignage [traduction libre], Terre-Neuve-et-Labrador)

- L'incorporation de la planification préalable des soins dans les programmes d'études secondaires, de la même façon qu'on présente la notion des rentes aux élèves.
- La création de pages dédiées à la pandémie de la COVID-19 sur les sites Web, pour diffuser les ressources.

Indépendamment de la COVID-19, les intervenants ont fait remarquer que la diffusion des ressources et des outils doit changer. Quelques intervenants ont noté que le système est tellement fragmenté qu'il est difficile de savoir où accéder aux documents ou comment les diffuser. Tous les répondants ont déclaré que des outils cohérents à plusieurs volets approuvés par le gouvernement, comprenant une « source unique de vérité », sont souhaités. Une telle approche comporterait :

- un site Web national où les intervenants en soins de longue durée pourraient accéder à l'information la plus récente;
- l'utilisation des réseaux sociaux;
- la coordination avec des partenaires communautaires, des groupes de personnes âgées et des médecins;
- la formation de décideurs nationaux, provinciaux/territoriaux et locaux qui diffuseraient les outils et ressources (modèle en étoile).

« Avec la COVID, j'ai très vite vu que les gens commençaient à inventer et à créer des outils et des ressources, et qu'il y avait donc un risque de dupliquer le travail et de passer beaucoup de temps à faire exactement la même chose. Et j'ai senti que pendant une pandémie – ce que je n'avais jamais vécu avant, comme tout le monde –, je voyais qu'on perdait du temps alors que nous n'avions pas de temps à perdre. » (témoignage [traduction libre], Colombie-Britannique)

L'approche à volets multiples doit tenir compte des besoins uniques de diffusion vers des populations particulières :

- les collectivités éloignées ont besoin d'information par téléphone, à la radio ou en format imprimé parce qu'elles n'ont pas accès à Internet;
- des conversations téléphoniques avec les familles doivent avoir lieu lorsqu'il y a des barrières linguistiques ou conflits culturels.

En même temps, il faudra tenir compte de la propriété intellectuelle lors de la création d'un inventaire et de la diffusion des ressources, puisque les droits d'auteur ont constitué un obstacle dans le passé.

## Conclusion

La pandémie de la COVID-19 a été dévastatrice dans les foyers de soins de longue durée canadiens. Cela a été confirmé par les taux de mortalité élevés et la mauvaise qualité des décès des résidents, grandement dus au peu d'attention accordée à la mise en œuvre de l'approche palliative intégrée. La capacité des établissements de soins de longue durée à mettre en œuvre l'approche palliative intégrée, la planification préalable des soins et la détermination des objectifs de soins dépend des facteurs suivants :

- la connaissance (éducation antérieure) de l'approche palliative intégrée;

## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

- l'intégration de l'approche palliative dans les pratiques de soins;
- le fait qu'un établissement de soins de longue durée ait connu ou non un grand nombre de cas de COVID-19;
- l'acceptation culturelle de parler de la mort.

Notre analyse contextuelle a révélé que de nombreuses ressources et outils existent déjà pour mettre en œuvre l'approche palliative intégrée, la planification préalable des soins et la détermination des objectifs de soins. La crise de la COVID-19 a nécessité la création de nouveaux outils, quoique les intervenants aient fait remarquer que de nouveaux outils ne sont plus nécessaires. Il faudrait plutôt centraliser l'accès aux outils et ressources déjà en place en adoptant une approche à volets multiples qui tienne compte des besoins des différents utilisateurs.

## Annexe A : analyse démographique

Dans le cadre de l'analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19 financée par l'Association canadienne de soins palliatifs, sur les 37 personnes qui ont participé à une entrevue, 29 ont rempli le formulaire de données démographiques. La majorité des intervenants se sont identifiés comme étant des femmes (n = 32, 86 %), par opposition aux hommes (n = 5, 14 %). L'âge des intervenants a varié de 27 à 68 ans, la plupart se situant dans la catégorie d'âge des 50-59 ans (n = 12), suivie des 30-39 ans (n = 8), des 40-49 ans (n = 6), des 60-69 ans (n = 3) et des 20-29 ans (n = 2). Le nombre moyen d'années de travail était d'environ 11 ans, variant de 1 à 27 ans. La majorité des intervenants ont travaillé à temps plein pendant la crise de la COVID-19 (n = 28), mais quelques-uns ont travaillé à temps partiel (n = 3).

Les intervenants ont indiqué leur profession ou leur emploi principal; ces derniers ont été regroupés dans les catégories suivantes : personnel infirmier de pratique avancée (n = 7), administrateurs de soins de longue durée (n = 9), médecins (n = 6), enseignants (n = 7), professionnels de la santé agréés (n = 8) et dirigeants d'organisme (n = 3). En ce qui concerne le statut d'emploi, la majorité des intervenants occupaient un poste à temps plein (n = 28) par opposition à un poste à temps partiel (n = 3). En ce qui concerne le financement des emplois, certains étaient financés par le gouvernement (n = 16), par d'autres sources (n = 14) ou par un financement mixte provenant du gouvernement, de subventions et d'autres sources (n = 3). Pour ceux qui ont déclaré « autre », ils ont décrit leur emploi comme appartenant à une des catégories suivantes : autorité sanitaire, soins de longue durée, organisme provincial, hôpital, paiement à l'acte, financement universitaire, organisme sans but lucratif ou travail autonome.

En ce qui concerne la formation en planification préalable des soins, environ 86 % des intervenants ont reçu une formation quelconque (n = 25), 10 % n'ont pas reçu de formation (n = 3) et un intervenant a répondu « sans objet ». Cinq intervenants (17,2 %) ont déclaré avoir reçu une telle formation il y a moins d'un mois, un intervenant (3,4 %), au cours des six derniers mois, deux intervenants (6,9 %), il y a moins d'un an et 16 intervenants (55,5 %), il y a plus d'un an. Pour ceux qui ont reçu une formation en planification préalable des soins, le type de formation a été décrit comme suit : formation en service (n = 9, 31,0 %), des cours (n = 4, 13,8 %), une combinaison des deux (n = 5, 17,2 %) ou autre (n = 5, 17,2 %). Parmi les « autres » formes de formation en matière de planification préalable des soins, il convient de mentionner les groupes de travail provinciaux, la revue de matériel de formation, la recherche, la formation continue, des projets de recherche (intervention), des webinaires, de la documentation et les connaissances de collègues.

Environ 64 % (n = 18) des intervenants ont déclaré avoir un collègue dans leur établissement qu'ils pouvaient consulter au sujet de questions de planification préalable des soins, 21,4 % n'avaient aucun collègue ayant ces connaissances, et 10,7 % ont répondu « sans objet ». Parmi ceux qui ont déclaré ne pas pouvoir faire de consultation à l'interne pour des questions de planification préalable des soins, 33,3 % (n = 2) ont déclaré pouvoir consulter quelqu'un à l'externe et 66,6 % (n = 4) ont dit ne pas avoir de telle ressource. Dans l'ensemble, 27,6 % (n = 8) des intervenants participent « beaucoup » à la planification ou à la prestation des soins aux résidents en fin de vie, 37,9 % participent un peu (n = 11), 6,9 % ne participent que peu ou pas à ces soins (n = 2) et 27,6 % ont dit ne pas participer du tout (n = 8).

## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

Sexe	
Femmes (%)	n = 32 (86 %)
Hommes (%)	n = 5 (14 %)

Âge	
20-29 (%)	n = 2 (6 %)
30-39 (%)	n = 8 (26 %)
40-49 (%)	n = 6 (19 %)
50-59 (%)	n = 12 (39 %)
60-69 (%)	n = 3 (10 %)

\*N'ont pas répondu : n = 6

Type d'emploi	Nombre (%)
Temps partiel	n = 3 (10 %)
Temps plein	n = 28 (90 %)

\*N'ont pas répondu : n = 6

Financement du poste	Nombre (%)
Subventions	n = 0
Gouvernement	n = 16 (47 %)
Autre	n = 14 (41 %)
Mixte	n = 3 (9 %)
s.o.	n = 1 (3 %)

« Autres » : autorité sanitaire (n = 4), subvention/gouvernement (n = 1), combinaison (n = 1), établissement d'enseignement (n = 1), paiement à l'acte (n = 1), hôpital (n = 1), soins de longue durée (n = 1), OSBL de soins de longue durée (n = 1), OSBL (n = 1), organisme provincial (n = 1), travail autonome (n = 1) université (n = 2)

\*N'ont pas répondu : n = 3

Années travaillées	
Moyenne	11,21
Étendue	1 à 27 ans

Travail pendant la pandémie	Nombre (%)
Temps partiel	n = 3 (10 %)
Temps plein	n = 26 (90 %)

\*N'ont pas répondu : n = 8

Formé(e)s en planification préalable des soins	Nombre (%)
Oui	n = 25 (86 %)
Non	n = 3 (10 %)
s.o.	n = 1 (3 %)

\*N'ont pas répondu : n = 8

Moment de la formation	Nombre (%)
Il y a moins d'un mois	n = 5 (17 %)
Dans les six derniers mois	n = 1 (3 %)
Il y a moins d'un an	n = 2 (7 %)
Il y a plus d'un an	n = 16 (55 %)
s.o.	n = 5 (17 %)

\*N'ont pas répondu : n = 8

Type de formation	Nombre (%)
En service	n = 9 (31 %)

## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

Cours	n = 4 (14 %)
Autre	n = 6 (21 %)
Combinaison	n = 5 (17 %)
s.o.	n = 5 (17 %)
« Autre » : groupe de travail provincial, revue d'une formation sur la PPS, enseignement d'un cours, formation mixte (nouvel emploi), recherche, cours formels ou de formation continue, projet de recherche (intervention), webinaires, documentation, connaissances de collègues	

\*N'ont pas répondu : n = 8

Consultations de PPS – à l'interne	Nombre (%)
Oui	n = 18 (64 %)
Non	n = 6 (21 %)
s.o.	n = 3 (11 %)
Données manquantes	n = 1 (4 %)

\*Une donnée est erronée; les répondants étaient au nombre de 28.

Parmi ceux qui ont répondu non (n = 6) :

Consultations de PPS – à l'externe	Nombre (%)
Oui	n = 2 (33 %)
Non	n = 4 (67 %)

Participation à la PPS	Nombre (%)
Participe beaucoup	n = 8 (28 %)



## Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

Participe un peu	n = 11 (38 %)
Participe un peu/pas du tout	n = 2 (7 %)
Ne participe pas du tout	n = 8 (28 %)

\*N'ont pas répondu : n = 8

Profession	Nombre (%)
Infirmier(ère) de pratique avancée	7 (18 %)
Administrateur(trice) de soins de longue durée	9 (23 %)
Médecin	6 (15 %)
Enseignant(e)	7 (18 %)
Professionnel(le) agréé(e) en soins de santé	8 (20 %)
Dirigeant(e) d'organisme	3 (8 %)

\*Données tirées des renseignements démographiques

n = 40 (en fait, 37 ont répondu au formulaire de renseignements démographiques)

**Annexe B : Liste complète des ressources**

Ressource	Catégorie						Auditoire			
	Planification préalable des soins	Objectifs de soins	Éducation	Soutien aux familles	Chagrin et deuil	Gestion de la douleur et des symptômes	Résidents	Familles/ aidants	Prestataires de soins	Chercheurs
<p>Guide des aidants naturels : un manuel sur les soins de fin de vie</p> <p><a href="http://www.stlazarus.ca/docs/publications/caregivers_guide_2017_fr.pdf">http://www.stlazarus.ca/docs/publications/caregivers_guide_2017_fr.pdf</a></p>	✓			✓	✓	✓		✓		
<p>Advance Care Planning – Conversation Starter</p> <p><a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/05/ConversationStarter.png">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/05/ConversationStarter.png</a></p>	✓						✓	✓		
<p>Advance Care Planning for People Living with Dementia</p> <p><a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/06/2020-May_Executive-Summary-Environmental-Scan_ACP-Dementia-Project_For-Website-PHAC-approved.pdf">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/06/2020-May_Executive-Summary-Environmental-Scan_ACP-Dementia-Project_For-Website-PHAC-approved.pdf</a></p>	✓						✓	✓	✓	
<p>Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians’ experiences, perceptions and perspectives</p>		✓				✓			✓	✓

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<a href="https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e037466">https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e037466</a>										
Be prepared in the time of COVID-19 <a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/05/Covid-BePrepared.pdf">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/05/Covid-BePrepared.pdf</a>	✓						✓			
Better Together: Re-Integration of Family Caregivers as Essential Partners in Care in a Time of COVID-19 <a href="https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/bt-re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-covid-19-e.pdf?sfvrsn=5b3d8f3d_2">https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/bt-re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-covid-19-e.pdf?sfvrsn=5b3d8f3d_2</a>				✓					✓	
Breathlessness Support Service – Managing breathlessness <i>King’s College Hospital (NHS Foundation Trust)</i>						✓	✓			
Attestation « Caregiver Centered Care » <a href="https://www.caregivercare.ca">https://www.caregivercare.ca</a>			✓						✓	
Caregiver-Centered Care Competence Framework <a href="https://seniorsnetworkcovenant.ca/wp-content/uploads/2019-06-27-Competency-Framework_proofed.pdf">https://seniorsnetworkcovenant.ca/wp-content/uploads/2019-06-27-Competency-Framework_proofed.pdf</a>			✓						✓	
Clinical Decision Pathway COVID-19 in LTC Residents (BC) <i>BC Centre for Disease Control, ministère de la Santé</i>						✓			✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<i>de la Colombie-Britannique</i>										
Clinical Decision Pathway COVID-19 in LTC Residents (IH) <i>Interior Health</i>						✓			✓	
Échelle de fragilisation « Clinical Frailty Scale » <a href="https://www.scfn.org.uk/clinical-frailty-scale">https://www.scfn.org.uk/clinical-frailty-scale</a>						✓			✓	
Clinical Practice Guideline: Integrating a Palliative Approach to Care in Long term care <i>Fraser Health</i>	✓	✓				✓			✓	
Formation « Communication at End of Life » <a href="https://clri-ltc.ca/resource/ceol/">https://clri-ltc.ca/resource/ceol/</a>		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Community of Practice for Pain and Palliative Care: A Success Story <a href="https://ltctoolkit.rnao.ca/node/2114">https://ltctoolkit.rnao.ca/node/2114</a>	✓					✓		✓	✓	✓
COVID Ready Communication Playbook <i>Vital Talk</i>	✓								✓	
Page « COVID-19 and other resources related to Serious Illness Conversations » <a href="https://bc-cpc.ca/all-resources/hcp-resources/serious-illness-conversations-resources/">https://bc-cpc.ca/all-resources/hcp-resources/serious-illness-conversations-resources/</a>		✓							✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

Page sur la COVID-19 <a href="https://www.planificationprealable.ca/covid19/">https://www.planificationprealable.ca/covid19/</a>	✓						✓	✓	✓	
Ressources sur la COVID-19 <a href="https://bc-cpc.github.io/covid/">https://bc-cpc.github.io/covid/</a>	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ressources sur la COVID-19 <a href="https://bc-cpc.ca/all-resources/covid-19-resources/#1586313525063-2d4eb83e-58c3">https://bc-cpc.ca/all-resources/covid-19-resources/#1586313525063-2d4eb83e-58c3</a>	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ressources sur la COVID-19 <a href="https://champlainpalliative.ca/covid-19-resources/">https://champlainpalliative.ca/covid-19-resources/</a>	✓			✓	✓	✓		✓	✓	
Ressources sur la COVID-19 <a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/03/BC-CPC-LTC-Resources-HandoutSheet.pdf">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/03/BC-CPC-LTC-Resources-HandoutSheet.pdf</a>	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Soins de fin de vie et directives médicales pour le soulagement des symptômes <i>Chelsey Park Nursing</i>						✓			✓	
Infographie sur les soins de fin de vie <i>Université de Calgary</i>			✓				✓	✓	✓	
Trousses sur les soins spirituels en fin de vie <a href="http://www.chelseyparkltc.ca">www.chelseyparkltc.ca</a>				✓					✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<p>Site Web d'Equity in Palliative Approaches to Care</p> <p><a href="https://www.equityinpalliativecare.com/">https://www.equityinpalliativecare.com/</a></p>	✓								✓	
<p>Essentiels ensemble</p> <p><a href="https://www.cfhi-fcass.ca/what-we-do/enhance-capacity-and-capability/essential-together">https://www.cfhi-fcass.ca/what-we-do/enhance-capacity-and-capability/essential-together</a></p>				✓				✓		
<p>Caucus Essentiels ensemble : possibilités d'apprentissage et de soutien entre pairs</p> <p><a href="https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/what-we-do-together/essential-together/essential-together-huddles-connecting-for-peer-to-peer-learning-and-support/">https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/what-we-do-together/essential-together/essential-together-huddles-connecting-for-peer-to-peer-learning-and-support/</a></p>				✓				✓		
<p>Findings from the Waterloo Wellington Virtual Care PDSA</p> <p><a href="https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/notre-action-a-vos-cotes/essentiels-ensemble/caucus-essentiels-ensemble-possibilites-d-apprentissage-et-de-soutien-entre-pairs/">https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/notre-action-a-vos-cotes/essentiels-ensemble/caucus-essentiels-ensemble-possibilites-d-apprentissage-et-de-soutien-entre-pairs/</a></p>	✓					✓			✓	
<p>Ressources sur la planification préalable des soins de Fraser Health : manuels, brochures, formulaires et outils variés</p> <p><i>Fraser Health</i></p>	✓						✓	✓	✓	
<p>Ressources sur la trajectoire de la maladie : démence, fragilisation, maladies du cœur, maladies pulmonaires, maladies du rein</p>	✓						✓	✓		

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<a href="https://spaltc.ca/illness-trajectory/">https://spaltc.ca/illness-trajectory/</a>										
Improving care for residents in long term care facilities experiencing an acute change in health status  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234155/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234155/</a>			✓	✓						✓
Infection Prevention and Control for Novel Coronavirus (COVID-19): Interim guidance for Long-term Care and Assisted Living Facilities  <i>BC Centre for Disease Control, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique</i>				✓					✓	
London/Middlesex Long Term Care Pain & Palliative Care Community of Practice  <i>St. Joseph's Health Care London, Chelsey Park</i>						✓			✓	
Outils pour les soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19  <a href="https://toheducation.ca/blog/ltc-resource/">https://toheducation.ca/blog/ltc-resource/</a>	✓	✓				✓			✓	
Outils pour les établissements de soins de longue durée et de soutien à la vie autonome  <a href="https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/coronavirus-information/ltc-al-il/resources#.YHbJyBRKjDI">https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/coronavirus-information/ltc-al-il/resources#.YHbJyBRKjDI</a>	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
Vidéo « Love is Not Enough »  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=hsZ287okI8c">https://www.youtube.com/watch?v=hsZ287okI8c</a>	✓						✓	✓	✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<p>Managing breathlessness at home during the COVID-19 outbreak</p> <p><i>South East London Commissioning Alliance; Cicely Saunders International</i></p>						✓	✓	✓		
<p>My Voice – Planning in Advance for Health Choices</p> <p><a href="http://www.rqhealth.ca/rqhr-central-files/my-voice">http://www.rqhealth.ca/rqhr-central-files/my-voice</a></p>	✓						✓	✓		
<p>My Voice in Action: A Workbook for Advance Care Planning (Easy Read Version)</p> <p><i>Fraser Health</i></p>	✓						✓	✓		
<p>Palliative Care for COVID-19 – Relief of Dyspnea</p> <p><i>Stanford Health Care</i></p>		✓				✓			✓	
<p>Palliative Pain and Symptom Management Consultation Program, Southwestern Ontario</p> <p><a href="http://www.palliativecareswo.ca/">http://www.palliativecareswo.ca/</a></p>	✓	✓	✓		✓	✓			✓	
<p>PATH (Palliative and Therapeutic Harmonization)</p> <p><a href="https://pathclinic.ca/">https://pathclinic.ca/</a></p>			✓	✓			✓	✓	✓	
<p>Planning for Palliative Care Delivery during the COVID-19 Pandemic</p> <p><i>Réseau ontarien des soins palliatifs et Santé Ontario</i></p>					✓	✓			✓	
<p>POLST Form</p>	✓	✓							✓	



Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<a href="https://polst.org/form-patients/">https://polst.org/form-patients/</a>										
Providing Palliative and End-of-Life Care for Residents in Long-Term Care During the COVID-19 Pandemic <i>Réseau ontarien des soins palliatifs et Santé Ontario</i>		✓			✓	✓	✓	✓		
Lignes directrices : soins palliatifs pour la gestion des symptômes <a href="https://bc-cpc.ca/publications/symptom-management-guidelines/">https://bc-cpc.ca/publications/symptom-management-guidelines/</a>						✓			✓	
Repenser les soins aux personnes âgées : prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite <i>Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Institut canadien pour la sécurité des patients</i>				✓			✓	✓	✓	
Serious COVID-19 Illness: Life-support treatments and complications <a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/05/Covid-LifeSupport.pdf">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2020/05/Covid-LifeSupport.pdf</a>		✓					✓			
Guide de discussion en cas de maladie grave à l'intention des cliniciens – adaptation à la COVID-19 <a href="https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/advance-care-planning/serious-">https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/advance-care-planning/serious-</a>		✓					✓		✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<i>illness#.YFObWflKjIU</i>										
Serious Illness Conversations Initiative in British Columbia  <i><a href="https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2018/09/SICI-Tri-fold-for-public.pdf">https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2018/09/SICI-Tri-fold-for-public.pdf</a></i>		✓						✓		
Témoignages vidéo « Stories of the Heart – resources and supports for BC health care assistants »  <i><a href="https://bc-cpc.ca/all-resources-hcp-resources-hca-resources/">https://bc-cpc.ca/all-resources-hcp-resources-hca-resources/</a></i>					✓				✓	
Témoignages vidéo « Stories of the Heart – Resources and supports for Educators & Leaders of BC Health Care Assistants »  <i><a href="https://bc-cpc.ca/all-resources/hcp-resources/stories-of-the-heart-resources-and-supports-for-educators-leaders-of-bc-health-care-assistants/#1605731184936-83fafa24-4b17">https://bc-cpc.ca/all-resources/hcp-resources/stories-of-the-heart-resources-and-supports-for-educators-leaders-of-bc-health-care-assistants/#1605731184936-83fafa24-4b17</a></i>					✓				✓	
Séance « Supporting COVID-19 Long-Term Care Rapid Response Teams »  <i><a href="https://publicaffairs.cmail19.com/t/ViewEmail/d/62627F782C6636A42540EF23F30FEDED/26539B639E77EF4C6A4D3D471B02C3D7">https://publicaffairs.cmail19.com/t/ViewEmail/d/62627F782C6636A42540EF23F30FEDED/26539B639E77EF4C6A4D3D471B02C3D7</a></i>						✓			✓	
Symptom Management for Adult Patients with COVID-19 Receiving End-of-life Supportive Care Outside of the ICU						✓			✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<i>Réseau ontarien des soins palliatifs et Santé Ontario</i>										
The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics <i>https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(16)30027-5/pdf</i>			✓				✓	✓	✓	✓
Site « The Gold Standards Framework » <i>https://www.goldstandardsframework.org.uk/</i>	✓	✓							✓	
The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance <i>https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf</i>	✓								✓	
Page « Il est temps de discuter : discussions sur une maladie grave » <i>https://choisiravecsoin.org/discussions-sur-une-maladie-grave/</i>	✓	✓					✓	✓	✓	
Programme « Symptom management for supportive care of patients with COVID-19 in Long Term Care facilities » <i>North Shore Palliative Care Program, Vancoiuver Coastal Health</i>	✓	✓			✓		✓	✓	✓	
Trousse pour soins virtuels <i>https://www.sjheg.ca/our-programs-of-care/geriatric-outreach-services-2/virtual-care-</i>				✓				✓	✓	

Analyse contextuelle nationale des soins de longue durée pendant la COVID-19

<i>toolkit/</i>										
Trousse pour visites virtuelles <i>Conseils des familles Ontario, Ontario Association of Residents' Councils, Tech Coaches inc.</i>				✓				✓	✓	
What is Palliative Care? <i><a href="https://www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/Pages/WhatIsPalliative.aspx">https://www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/Pages/WhatIsPalliative.aspx</a></i>			✓				✓	✓	✓	✓
Page « Advance Care Planning » <i><a href="https://professionals.wrha.mb.ca/advance-care-planning/">https://professionals.wrha.mb.ca/advance-care-planning/</a></i>	✓	✓	✓				✓	✓	✓	

- 
- <sup>i</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2021). *Répercussions de la COVID-19 sur les soins de longue durée au Canada : regard sur les 6 premiers mois*. Institut canadien d'information sur la santé. Consulté à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-fr.pdf>
- <sup>ii</sup> Kaasalainen, S., McCleary, L., Vellani, S. et Pereira, J. (2020). *Improving End-of-Life Care for People with Dementia in LTC Homes During the COVID19 Pandemic: A Position Statement*. Société Alzheimer Canada. Consulté à : <https://alzheimer.ca/en/document/730>.
- <sup>iii</sup> Phillips, J., Davidson, P. M., et Willcock, S. (2009). *An insight into the delivery of a palliative approach in residential aged care: the general practitioner perspective*. *Journal of Applied Gerontology*, 28(3), 395-405.
- <sup>iv</sup> L'échantillonnage a été effectué de manière ciblée en utilisant une méthodologie descriptive interprétative. Étant donné les estimations, l'objectif était de recruter 30 participants pour l'analyse contextuelle.
- <sup>v</sup> Thorne, S., Kirkham, S. R., et MacDonald-Emes, J. (1997). *Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge*. *Research in nursing & health*, 20(2), 169-177.
- <sup>vi</sup> Tuckett, A. G. (2004). *Qualitative research sampling: the very real complexities*. *Nurse researcher*, 12(1), 47-62.
- <sup>vii</sup> Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY : Routledge.