

ÉLABORATION ET IMPLANTATION D'UNE FORMATION INTERPROFESSIONNELLE en soins de fin de vie dans un contexte de soins de longue durée

ALAIN LEGAULT, INF., PH. D.

Centre d'innovation en formation infirmière. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Courriel: alain.legault@umontreal.ca

LOUISE-ANDRÉE BRIEN, INF., M. SC.

Centre d'innovation en formation infirmière. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

LOUISE FRANCOEUR, INF., M. SC.

Centre d'innovation en formation infirmière. Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

SUZANNE LABEL, M.D.

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Au Québec, près de 20 % des personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs se trouvent dans les établissements de soins de longue durée (INSPQ, 2006). La chronicité et le caractère multisystémique des conditions de santé associées au vieillissement font que les personnes âgées en fin de vie ont des besoins particuliers et différents des autres clientèles palliatives (Arcand, 2007; Bolmsjo, 2008). En particulier, le pronostic de fin de vie est difficile à établir dans les maladies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui rend difficile l'identification du début de la période intensive de soins de fin de vie (Arcand, 2007; Derby & O'Manony, 2001). De plus, la grande majorité des personnes âgées vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) ont des déficits cognitifs importants liés à une démence ou à une autre condition dégénérative, ce qui rend la communication difficile, voire impossible, et qui complique l'évaluation de la douleur, l'accompagnement ainsi que les prises de décision au regard des traitements (Kaasalainen, Brazil, Ploeg et Martin, 2007; Volicer,

2008). Conséquemment, la famille joue un très grand rôle dans les situations de fin de vie des personnes âgées vivant en CHSLD, en particulier au moment des prises de décision (Caron, Griffith et Arcand, 2005; Vohra, Brazil et Szala-Meneok, 2006).

L'importance d'améliorer les soins en fin de vie pour les personnes âgées vivant en CHLSD est aujourd'hui bien établie (Arcand, 2007; Birch et Draper, 2008; MSSS, 2004; Vohra, Brazil et Szala-Meneok, 2006). Ainsi, Arcand (2007) soutient que la fin de vie des personnes âgées est trop souvent de piètre qualité et qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer la qualité des soins qui leur sont offerts. Par ailleurs, la recension des écrits réalisée par Birch et Draper (2008) met en évidence trois défis à relever pour améliorer les soins palliatifs offerts aux personnes âgées atteintes de démence: 1) améliorer le pronostic de la phase terminale afin d'offrir les soins de fin de vie au moment opportun; 2) améliorer la communication entre l'équipe interprofessionnelle et la famille et 3) améliorer le contrôle de la douleur et des autres symptômes. Pour leur part, Vohra et coll. (2006) après avoir interrogé 104 membres de familles

d'une personne âgée décédée depuis moins d'un an dans un établissement de soins de longue durée du sud-ouest de l'Ontario, ont conclu à l'importance de mettre en place des activités de formation continue sur les soins de fin de vie pour le personnel soignant et les médecins travaillant dans ces établissements.

Finalement, la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* (MSSS, 2004) met en évidence qu'une infime minorité de CHSLD situés au Québec, où plus de 40 000 personnes âgées vivent leurs derniers jours, ont des lits réservés aux soins palliatifs ou des équipes spécialisées dans ce domaine. C'est pourquoi, en vue d'atteindre l'équité dans l'accès aux soins palliatifs, la *Politique* recommande de « rehausser et diversifier la gamme de services publics en soins palliatifs » (MSSS, 2004, p. 43). Pour y arriver, elle cible spécifiquement les établissements de soins de longue durée où les personnes âgées devraient être en mesure de recevoir des soins de fin de vie dans leur environnement habituel sans être transférées dans un autre service ou établissement.

Conséquemment, si le personnel des unités de soins de longue durée veut offrir des soins de qualité, il se doit de développer des compétences spécifiques aux soins en fin de vie chez la personne âgée. Malheureusement, la formation, tant initiale que continue, en soins de fin de vie est très sommaire pour la majorité des intervenants en santé (Fillion, Fortier et Goupil, 2005; Wass, 2004). De plus, les approches pédagogiques qui favorisent le développement de compétences sont très différentes des approches traditionnellement utilisées en formation continue (Freshwater et Stickley, 2004). La conclusion d'une recension des écrits sur le sujet (Aylard, Stolee, Keat et Johncox, 2003) remet en question l'impact réel des approches traditionnelles en formation continue dans le secteur des soins de longue durée. Finalement, alors qu'une approche interprofessionnelle est recommandée pour intervenir auprès d'une clientèle gériatrique en fin de vie (Howe et Witt-Sherman, 2006; Terret, Zulian, Naiem et Albrand, 2007), il semble que peu de milieux de soins intègrent des activités de formation continue en soins

palliatifs dans une vision globale de développement des compétences de l'équipe interprofessionnelle (MSSS, 2008). En effet, pour que le travail d'une équipe interprofessionnelle soit possible et efficace en contexte de soins palliatifs, il est recommandé que tous les membres se forment à une même approche, tout en conservant et en développant le champ d'expertise qui leur est propre (MSSS, 2008; Howe et Witt-Sherman, 2006).

ÉLABORATION DU PROGRAMME DE FORMATION

En 2003, conscient de l'importance d'offrir aux personnes âgées des soins de fin de vie d'une qualité optimale, le *Comité de coordination du programme d'hébergement et de soins de longue durée* de l'*Institut universitaire de gériatrie de Montréal* (IUGM) a amorcé une réflexion sur les soins offerts aux personnes âgées hébergées dans ses unités de longue durée durant les derniers moments de leur vie. À la suite des travaux de ce comité, le document « Soins en fin de vie : lignes directrices » a été présenté au *Comité de gestion de programme* de l'IUGM, en mai 2006. La recommandation principale de ce document était l'élaboration d'un programme de formation en soins de fin de vie pour l'ensemble des intervenants sur les unités de soins de longue durée de l'IUGM.

Lorsque la *Direction générale* de l'IUGM a confié à notre équipe, en octobre 2007, le mandat de mettre en place ce programme, nous avons opté pour la création d'une formation innovatrice par son caractère interprofessionnel (Howe & Witt-Sherman, 2006; Lebel et Masse-Thibaut, 1999), l'accent mis sur la pratique réflexive (Ghaye, 2007; Johns et Freshwater, 2005) et l'utilisation d'une approche de formation par compétences (Pepin, Legault et Goudreau, 2008; Tardif, 2003). Cette approche pédagogique est d'ailleurs préconisée par le récent plan directeur de la formation des intervenants en soins palliatifs (MSSS, 2008) qui recommande une démarche interprofessionnelle de développement de

compétences pour la formation continue en soins palliatifs.

Le programme que nous avons créé vise l'amélioration de la qualité des soins de fin de vie dispensés dans les unités de soins de longue durée, par le développement des compétences de chacun des membres de l'équipe interprofessionnelle, ainsi que le développement de la compétence de l'équipe à offrir des soins de qualité. La première étape d'élaboration du programme a été de construire un référentiel de compétences pour guider le choix des contenus et des formules pédagogiques.

Avant d'aller plus loin, il convient de préciser ce que nous entendons par compétences dans le cadre de ce programme de formation. En effet, le terme compétence est souvent victime de sa polysémie. Utilisé dans le domaine de l'éducation depuis plusieurs décennies, ce terme prend plusieurs significations selon les contextes et les auteurs. L'élaboration de cette formation a été guidée par la définition proposée par Tardif (2006) pour qui une compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22). L'une des conséquences du choix de cette définition est que nous nous en sommes tenus, lors de l'élaboration du référentiel, à quelques compétences seulement. Le choix d'un trop grand nombre de compétences risquant d'orienter le processus de planification vers l'approche traditionnelle des objectifs d'apprentissage.

Pour élaborer le référentiel de compétences, nous nous sommes appuyés sur une recension des écrits scientifiques sur les soins de fin de vie en gériatrie (Arcand, 2007 ; Birch et Draper, 2008 ; Bolmsjo, 2008 ; Davis et Higginson, 2004 ; Derby et O'Manony, 2001 ; Fisher, Maclean et Ross, 2000 ; Hockley et Clark, 2002 ; Morrison, Meier et Capello, 2003 ; Vohra, Brazil et Szala-Meneok, 2006 ; Volicer, 2008), sur les normes québécoises et canadiennes en soins palliatifs (ACSP, 2002 ; AQSP, 2001) ainsi que sur l'expérience clinique des membres de notre

équipe. Le tableau 1, à la page suivante, présente les quatre compétences, et les éléments de compétences, qui sont visés par la formation.

Dans l'élaboration d'une formation continue par compétences, la planification se divise en deux grandes étapes : d'abord la macroplanification, qui permet de déterminer, entre autres, le nombre de jours de formation, leur étalement dans le temps et les méthodes d'enseignement/apprentissage retenues ; puis la microplanification où il est plutôt question de préparer le déroulement précis de chaque journée de formation et le matériel pédagogique requis. Afin de respecter les principes de la formation par compétences (Lasnier, 2000), en particulier l'intégration et le transfert des apprentissages, il a été décidé d'offrir la formation sur une seule unité de soins à la fois afin de maximiser les retombées de celle-ci sur la transformation des pratiques de soins. De plus, les quatre journées de formation prévues ont été réparties sur une période de trois mois à raison d'une journée de formation toutes les trois semaines. Cette répartition de la formation dans le temps devant donner l'occasion aux 16 membres de l'équipe interprofessionnelle participant à la formation de réinvestir leurs apprentissages dans leur pratique soignante quotidienne. Des approches relevant de la pédagogie active ont été retenues pour soutenir le développement des compétences des participants. L'aspect interprofessionnel de la formation étant soutenu par des stratégies d'apprentissage qui favorisent les échanges entre les divers intervenants d'une même équipe.

La première formule pédagogique retenue a été **l'étude de cas** (Bédard, 2005 ; Guilbert et Ouellet, 1997) où des situations de fin de vie réalistes permettent aux participants de discuter des dimensions cliniques, éthiques et relationnelles des soins. Chaque étude de cas était accompagnée de trois dossiers présentant les principaux résultats probants pertinents concernant la dimension clinique, éthique ou relationnelle. Après une lecture de l'étude de cas et une première analyse en groupe, trois sous-groupes étaient formés afin de lire, puis de discuter l'un des

TABEAU 1 : Référentiel de compétences pour la formation

<p>1. Contribuer, selon son champ de pratique professionnelle, au confort et à la qualité de vie des résidents âgés en fin de vie.</p> <p>1.1 Participer à l'évaluation continue des besoins du résident et des proches selon des critères reconnus et des outils validés.</p> <p>1.2 Prendre part à la mise en œuvre, sans délai, des traitements et interventions visant le soulagement de la douleur et de l'inconfort selon les normes de pratiques.</p> <p>1.3 Anticiper les signes de fin de vie ainsi que les situations d'urgences et amorcer les mesures appropriées.</p> <p>1.4 Afin d'élaborer un plan d'intervention personnalisé, respecter le rythme et les critères de qualité de vie désirés par le résident et ses proches.</p> <p>1.5 Soutenir la participation des proches aux soins en respectant leur volonté de s'impliquer dans ceux-ci.</p> <p>1.6 Partager avec les autres membres de l'équipe les informations recueillies afin de faciliter la révision continue du plan d'intervention.</p>	<p>2. Accompagner le résident et ses proches, durant la dernière étape de sa vie.</p> <p>2.1 Faire preuve de respect au regard de la dignité de la personne en appuyant toute action sur la qualité de vie et l'espoir tel que défini par le résident et ses proches.</p> <p>2.2 Créer un environnement favorable à l'intimité et aux rapprochements.</p> <p>2.3 Créer une relation compatissante à chaque prestation de soins.</p> <p>2.4 Soutenir activement le résident et ses proches dans leur recherche de sens au regard des différentes dimensions de l'expérience de la fin de vie.</p> <p>2.5 Soutenir les processus d'adaptation qu'amènent le statut de mourant et celui d'endeuillé.</p> <p>2.6 Soutenir activement les proches lors de l'agonie et dans la période immédiate qui suit le décès.</p> <p>2.7 Valoriser la mise en œuvre de rituels personnalisés.</p>	<p>3. Agir de façon éthique auprès du résident et de ses proches.</p> <p>3.1 Respecter la démarche éthique lors des réflexions et des dilemmes éthiques.</p> <p>3.2 Impliquer le résident et les proches dans la démarche de prise de décision.</p> <p>3.3 S'assurer que le résident et les proches ont les éléments essentiels pour prendre une décision éclairée.</p> <p>3.4 Représenter les intérêts du résident et de ses proches.</p> <p>3.5 Réviser régulièrement les volontés du résident et de ses proches au regard du niveau de soins.</p> <p>3.6 S'assurer, au besoin, de la collaboration des personnes-ressources ayant une expertise pertinente.</p>
<p>4. Participer au travail de l'équipe soignante interprofessionnelle afin d'assurer la qualité et la continuité des soins offerts en fin de vie.</p> <p>4.1 Intégrer la philosophie des soins palliatifs et du milieu de vie à ses valeurs personnelles.</p> <p>4.2 Reconnaître ses valeurs personnelles, ses capacités et ses limites en regard de la vie, de la mort et de la souffrance.</p> <p>4.3 Préserver son intégrité et prendre soin de soi en tant qu'intervenant.</p> <p>4.4 Offrir du soutien aux collègues et accepter le leur.</p> <p>4.5 Se référer à l'expertise des autres membres de l'équipe dans les meilleurs délais.</p> <p>4.6 Mettre en pratique l'approche de collaboration interprofessionnelle dans les soins quotidiens</p> <p>4.7 Participer au travail réflexif de l'équipe soignante afin d'offrir des soins de la plus haute qualité</p> <p>4.8 Communiquer adéquatement les informations dans une perspective de collaboration interprofessionnelle et de continuité de soins</p>		

trois dossiers accompagnant le cas. À la fin, chaque sous-groupe présentait le fruit de ses réflexions et discussions afin de faire, en groupe, une synthèse globale du cas. De plus, les questions touchant le travail en équipe étaient soulignées par les formateurs lorsque le contexte s’y prêtait. Le tableau 2 offre une vue d’ensemble des trois cas utilisés durant la formation.

La seconde formule pédagogique a été celle des **ateliers pratiques sur la communication** où, à trois reprises durant les quatre jours de formation, des mises en situation et des discussions sur l’aspect relationnel de la fin de vie chez la personne âgée et sa famille en soins de longue durée ont été proposées aux participants à la formation (Brien, Legault et Tremblay, 2008). Par exemple, lors du premier atelier, nous avons demandé aux participants de partager avec le reste du groupe une expérience marquante, professionnelle ou personnelle, en

rapport avec la fin de vie. Au 3^e jour de formation, nous avons recréé, avec la participation du médecin de l’unité, une rencontre entre celle-ci et une famille fictive pour discuter de l’établissement du niveau d’intervention d’un résidant âgé. Puis, nous avons regroupé les participants par groupes professionnels et nous leur avons demandé de discuter de la réponse qu’ils donneraient à la question suivante, posée par la famille après sa rencontre avec le médecin : « Et vous, que feriez-vous à ma place ? » Une discussion finale a ensuite permis de clarifier le sens de cette question et les réactions possibles.

Bien que différentes questions éthiques soient abordées dans chacune des études de cas, nous avons inclus dans la formation deux **ateliers éthiques** afin d’approfondir cette dimension importante des soins de fin de vie. Cette troisième formule pédagogique permettant, à partir de courtes situations cliniques, d’initier les participants à un modèle de démarche

TABEAU 2 : Éléments de planification des études de cas

Étude de cas	Trajectoire et contexte de soins	Contribuer au confort et à la qualité de vie	Accompagner durant la dernière étape de vie	Agir de façon éthique
Numéro 1 M^{me} Lemire (89 ans)	Démence Infections pulmonaires à répétition	Signes de fin de vie et soins spécifiques Hydratation/alimentation Agitation terminale	Accompagnement adapté à la personne âgée en fin de vie et ses proches Besoins relationnels des proches aidants	Niveaux d’intervention médicale (NIM) Consentement substitué Mandat en cas d’incapacité
Numéro 2 M^{me} DaSilva (92 ans)	AVC anciens Complications septiques d’une fracture de hanche	Évaluation et soulagement de la douleur aiguë et chronique en fin de vie Administration des opiacés (soins aigus vs soins de fin de vie)	Influence des croyances et de la culture sur la fin de vie Souffrance des soignants	Principes éthiques et valeurs Éthique du soulagement de la douleur
Numéro 3 M. Simard (73 ans)	Insuffisance cardiaque terminale Épanchement pleural	Composantes physique, psychosociale et émotionnelle de la souffrance Dyspnée/détresse respiratoire Angoisse/anxiété	Composantes physique, psychosociale et émotionnelle de la souffrance Notion d’espoir et spiritualité Décès et deuil	Aptitude Consentement libre et éclairé Responsabilités professionnelles Arrêt de traitement vs euthanasie

en éthique clinique (Durand et Crowe, 1999 cités dans Durand, 2005), tout en favorisant la réflexion et la discussion sur différentes dimensions éthiques propres à la fin de vie des personnes âgées en soins de longue durée. Ainsi, des questions éthiques relatives au soulagement de la douleur, à la cessation de traitement et au consentement substitué ont pu être abordées lors de ces ateliers éthiques.

La dernière formule pédagogique utilisée a été le **groupe de codéveloppement professionnel** qui est une démarche de pratique réflexive qui s'articule autour d'une situation vécue par un des membres de l'équipe interprofessionnelle (Payette et Champagne, 2005). À trois reprises durant la formation, nous avons demandé à un des participants de soumettre à la réflexion du groupe une situation clinique qu'il avait trouvée difficile ou dont la conclusion lui paraissait insatisfaisante. En suivant différentes étapes de discussion, le groupe réfléchissait ensuite à cette situation afin de mieux la comprendre et de trouver d'autres possibilités d'intervention devant une situation semblable à l'avenir. Cette formule pédagogique a été choisie parce qu'elle permettait de laisser aux participants le loisir d'approfondir des questions d'intérêt pour eux en dehors des études de cas où c'est l'équipe de formateurs qui choisit les thèmes abordés. De plus, il s'agit d'une formule simple qui peut se continuer après la fin de la formation et permettre à l'équipe de continuer la démarche de réflexion sur les soins de fin de vie en rapport avec leur pratique quotidienne.

Chaque journée de formation était organisée autour d'au moins trois des quatre formules pédagogiques retenues. Ainsi, la première journée de formation comprenait un atelier sur la communication, une étude de cas et une introduction au groupe de codéveloppement professionnel ; la deuxième journée s'ouvrait par une étude de cas, suivie d'un atelier sur la communication et un groupe de codéveloppement professionnel ; la troisième journée reprenait le groupe de codéveloppement professionnel et une nouvelle étude de cas tout en introduisant le premier atelier éthique ; finalement, la dernière journée de formation

était articulée autour d'un groupe de codéveloppement et d'un atelier sur la communication et d'un autre sur l'éthique.

Afin de favoriser l'intégration des apprentissages et le développement des compétences, des périodes de réflexion personnelle étaient prévues au moins deux fois lors de chaque journée de formation. Durant ces périodes, les participants faisaient le point sur leurs apprentissages récents et sur leurs retombées éventuelles dans leur pratique, soutenus par un guide écrit constitué de quelques questions générales. Par exemple, lors d'un bilan des apprentissages réalisé en fin de journée, les questions suivantes étaient posées : « *À la suite de cette journée de formation, l'élément le plus important que j'aimerais garder en mémoire est... Je trouve cet élément important parce que...* » De plus, nous invitons les participants à se donner des objectifs personnels de développement de compétences entre chaque journée de formation, en leur posant cette question : « *D'ici la prochaine journée de formation, j'aimerais développer un peu plus cet aspect de ma pratique... Je pense utiliser cette stratégie pour y arriver...* » Un suivi personnalisé était offert entre les journées de formation sous la forme de rencontres individuelles avec l'un des membres de l'équipe de formateurs. La dernière partie de la quatrième journée de formation était réservée à la mise en commun du bilan des apprentissages de chacun des participants et à une discussion sur les changements observés dans le travail en équipe depuis le début du programme de formation. D'ailleurs, chaque participant devait remettre un bilan personnel des apprentissages réalisés lors de cette journée. La remise de ce bilan était une condition essentielle pour recevoir une attestation de réalisation de la formation.

UN PREMIER PROJET PILOTE D'IMPLANTATION

Afin de valider le programme de formation, nous avons effectué un premier projet pilote d'implantation d'octobre à décembre 2008 sur une

unité de vie de l'IUGM. Il proposait une formation répartie sur trois mois, selon deux modalités : quatre jours de formation (une journée aux trois semaines) destinés à seize intervenants¹ de l'équipe de soins, et trois capsules d'information offertes à l'ensemble du personnel de l'unité cible. Le médecin, l'infirmière-chef, l'assistante infirmière-chef de jour et certains professionnels ont été invités à cause de leur rôle particulier au sein de l'équipe interprofessionnelle, mais le personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) a été sollicité sur une base volontaire. Le choix final des participants s'est fait entre l'infirmière-chef et son personnel, puisque le nombre de volontaires a excédé le nombre de places disponibles, témoignant de l'intérêt du personnel soignant pour ce sujet.

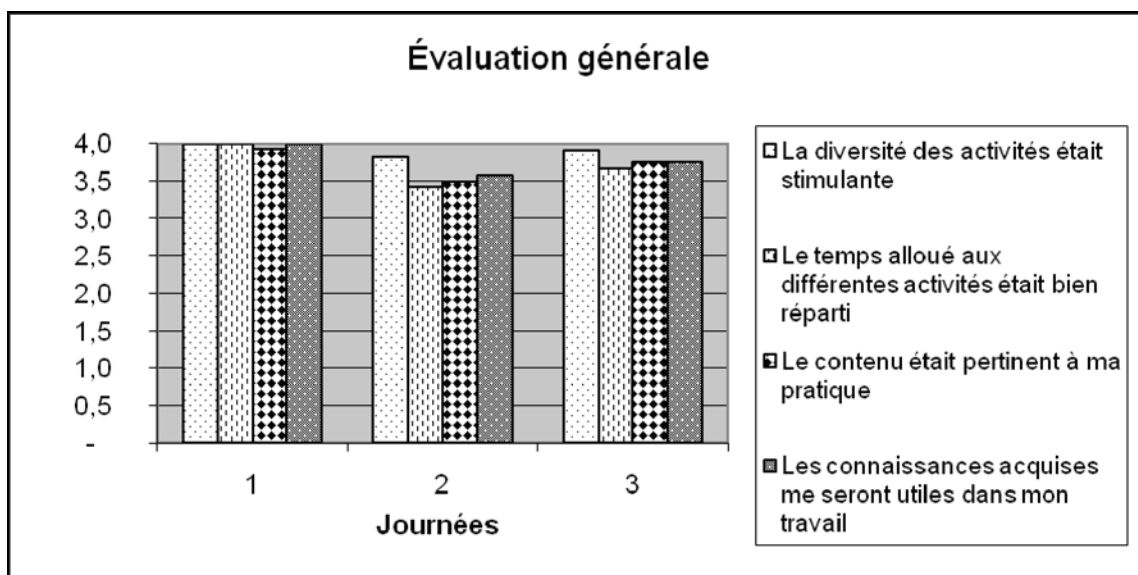
Évaluation de l'implantation

Les participants devaient remplir, après chaque activité, une grille d'évaluation qui portait sur la structure, le contenu et l'animation de l'activité. De plus, lors des trois premières journées, ils devaient également remplir une grille d'évaluation générale sur l'ensemble des activités de la journée. Les grilles

ont été remplies avec un taux de réponse de 85 à 88 %. Les moyennes des scores pour chaque item de la grille d'évaluation varient entre 3,4 et 4,0 sur 4,0. Les scores les plus bas concernent la gestion du temps des activités plus interactives. Certaines se sont effectivement étirées au-delà de leur durée prévue, mais cette constatation n'a pas suscité de réactions particulièrement négatives. Une participante a même écrit : « Plus le temps passe, plus on déborde sur le temps alloué, ce qui prouve l'intérêt du groupe [pour le sujet discuté]. » Il a par contre été suggéré que les animateurs recentrent davantage les discussions. Le tableau 3, ci-dessous, présente les résultats de l'évaluation générale de chacune des trois premières journées de la formation.

Un groupe de discussion était également intégré à la dernière journée de formation, pour permettre aux participants d'évaluer la formation dans son ensemble. Treize personnes ont participé au groupe de discussion, tandis que les commentaires de deux des personnes absentes ont été recueillis individuellement dans les semaines suivantes. Voici une synthèse des principaux commentaires formulés lors de ce groupe de discussion, ainsi que dans l'espace réservé à cet effet dans les grilles d'évaluation.

TABLEAU 3 : Évaluation générale des trois premières journées de formation



Selon les participants, le format de quatre jours a favorisé l'intégration de certains apprentissages. Durant les semaines séparant deux journées de formation, les participants ont eu à composer avec des situations de fin de vie sur l'unité de soins, ce qui leur a permis de faire un retour sur des problèmes vécus, de clarifier le plan d'intervention ou de partager les réactions de l'équipe relativement à la situation.

L'approche interprofessionnelle a été appréciée, même si quelques participants ont mentionné que la documentation fournie n'était pas toujours en rapport direct avec leur champ de pratique professionnelle. Ils ont noté, par contre, que cela leur a permis de se familiariser avec des réalités cliniques différentes. La compréhension du rôle des autres intervenants selon leur champ de pratique professionnelle a semblé être un des apprentissages les plus importants pour tous les participants.

Pour plusieurs, la formation leur a permis de se « donner une autre perspective sur les soins en fin de vie » et a amené « un grand respect du travail et de la réalité de chacun face à la fin de la vie ». Les intervenants plus éloignés du soin au quotidien, comme la technicienne

en réadaptation physique ou la travailleuse sociale, se sont sentis interpellés à s'impliquer davantage dans les soins en fin de vie, ne serait-ce que comme soutien à l'équipe soignante qui « vit les soins à un autre niveau ». Pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, la communication à l'intérieur de l'équipe, avec le résident/famille, ainsi que la nécessité d'anticiper la fin de vie, ont été signalés comme étant les apprentissages les plus importants.

En somme, à part quelques modifications suggérées à l'horaire et dans le déroulement de certaines activités, les participants n'ont pas exprimé de points particulièrement négatifs. La profondeur des discussions, la structure non magistrale des activités, la diversité des activités, l'intervalle de trois semaines entre chaque journée de formation et la qualité du matériel didactique ont été soulignés comme éléments contributifs à l'appréciation de la formation. Le tableau 4 propose une synthèse des principaux éléments qui se dégagent de l'évaluation, par les participants, de la structure des activités de formation (commentaires provenant des grilles d'évaluation et du groupe de discussion).

TABEAU 4 – Résumé de l'évaluation de la structure des activités par les participants

	Points forts	À améliorer
Étude de cas	<ul style="list-style-type: none"> Lecture de la situation à voix haute par tous les participants Alternance du travail en sous-groupe et en grand groupe Documentations proposées Composition des sous-groupes établie par les animateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Respecter la durée prévue pour chaque étape
Ateliers de communication	<ul style="list-style-type: none"> Atmosphère propice aux échanges Formule de mise en situation inclusive et non confrontante 	
Ateliers éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Présentation théorique nécessaire Niveau de difficulté adéquat Utilisation d'une démarche d'analyse de cas 	<ul style="list-style-type: none"> Condenser la présentation théorique Mieux structurer les discussions pendant la démarche
Groupe de codéveloppement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Structure simple, facilement reproductible en milieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Avoir un mandat clair dès le début Diminuer le temps alloué aux différentes étapes

DISCUSSION

Devant les résultats globalement positifs de ce premier projet pilote, notre équipe tient à souligner la maturité et l'expérience des participants à la formation au regard des soins en fin de vie. L'influence positive de certains leaders naturels au sein de l'équipe a sûrement favorisé la dynamique d'apprentissage. Les discussions étaient riches, les consignes étaient respectées, et les activités d'intégration (bilans d'apprentissage) étaient faites avec sérieux et application pour la grande majorité des participants. La participation volontaire des intervenants a probablement influencé cette implication soutenue.

L'approche socioconstructiviste à la base de cette formation demande la participation active des participants, puisque la discussion et les échanges constructifs sont essentiels à l'apprentissage dans ce contexte. Certains intervenants n'ont pas beaucoup participé aux discussions de groupe, mais ils s'impliquaient lors des activités en sous-groupes. Un climat de confiance s'est rapidement établi, conforté par un appel des animateurs au respect et à la confidentialité des propos lors de l'une des premières activités. Cette requête a été soulignée par les participants comme ayant été un élément qui a augmenté le sentiment d'appartenance au groupe et a permis une profondeur de discussion très intéressante.

Pour ce qui est de la structure des activités et du contenu proposé, l'évaluation fréquente par les participants et par les animateurs a permis des ajustements au fur et à mesure de la formation, particulièrement au niveau du déroulement de certaines activités récurrentes, comme les études de cas et les ateliers éthiques. La difficulté majeure de l'approche interprofessionnelle a été l'obligation de proposer des activités et un contenu qui rejoignent le plus d'intervenants possible, au détriment de l'approfondissement de certains concepts. Un accompagnement individuel à travers des objectifs personnels de développement de compétences

nous apparaît donc essentiel dans une formation qui s'adresse à des professionnels ayant des besoins d'apprentissage différents. La grande faiblesse de cette première phase a été notre incapacité à offrir ce suivi personnalisé. Il est rapidement apparu que notre objectif initial de rencontrer tous les participants une fois entre chaque journée de formation était irréalisable sur le plan de la logistique et de la disponibilité des formateurs. Cependant, presque tous les participants ont été rencontrés au moins une fois durant la formation. Une formule d'accompagnement différente sera proposée pour le deuxième projet pilote afin de personnaliser et de potentialiser les apprentissages faits par chacun durant la formation.

CONCLUSION

Globalement, ce premier projet pilote d'implantation d'une formation interprofessionnelle en soins de fin de vie dans un contexte de soins de longue durée a montré le potentiel de cette approche de formation. Quelques modifications seront apportées à l'horaire et au déroulement de certaines activités lors du prochain projet pilote, mais dans l'ensemble, l'évaluation d'implantation du premier projet pilote nous permet de croire en la pertinence d'une telle formation dans son format actuel. Nous planifions maintenant pour les mois d'avril, mai et juin 2009, un second projet pilote sur une autre unité de soins de l'IUGM. Cette fois-ci, en plus de continuer à évaluer les activités de formation, nous mettrons en place une stratégie qualitative d'évaluation des effets de la formation sur le changement des attitudes devant les soins de fin de vie et sur le développement des compétences visées par le programme. Nous espérons ainsi avoir une idée plus précise sur l'efficacité de ce programme de formation avant de d'élaborer et d'offrir une formation aux professionnels travaillant en CHSLD, qui désireraient devenir formateurs afin d'offrir le programme dans leur milieu de travail.

RÉFÉRENCES

- Arcand, M. (2007). Soins de fin de vie. Dans M. Arcand et R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (3^e éd.) (p.1233-1252) Acton Vale: EDISEM.
- Association canadienne de soins palliatifs (2002). *Normes de pratique en soins infirmiers palliatifs*. Document consulté le 15 janvier 2008. [En ligne] http://www.acsp.net/lemarche/normes_soins_infirmiers_palliatifs/Normes_de_pratique_en_soins_infirmiers_palliatifs.pdf
- Association québécoise de soins palliatifs (2001). Normes de pratiques. *Bulletin de l'AQSP*, 9(1), 5-15.
- Aylard, S., Stolee, P., Keat, N. & Johncox, V. (2003). Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review, *The Gerontologist*, 43(2), 259-271.
- Bédard, M.G. (2005). *La méthode des cas: guide orienté vers le développement des compétences*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Birch, D. & Draper, J. (2008). A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia, *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1144-1163.
- Bolmsjo, I.A. (2008). End-of-life care for old people: A review of the literature. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(4), 328-338.
- Brien, L-A., Legault, A. & Tremblay, N. (2008). Affective learning in end-of-life care education: the experience of nurse educators and students. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(12), 610-614.
- Caron, C.D., Griffith, J. & Arcand, M. (2005). End-of-life decision making in dementia. The perspective of family caregivers. *Dementia*, 4(1), 113-136.
- Davis, E. & Higginson, I.J. (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Derby, S. & O'Manony, S. (2001) Elderly patients. Dans B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). *Textbook of Palliative Nursing* (chap. 33, pp. 435-449). Oxford: Oxford University Press.
- Durand, G. (2005) *Introduction générale à la bioéthique* (2^e éd.). Montréal: Fidès.
- Fillion, L., Fortier, M. & Goupil, R.L. (2005). Educational needs of palliative care nurses in Quebec. *Journal of palliative care*, 21(1), 12-18.
- Fisher, R., Maclean, M.J. & Ross, M.M. (2000). *Un guide des soins en fin de vie aux aînées*. Ottawa: Université d'Ottawa/University of Toronto.
- Freshwater, D & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nursing education, *Nursing Inquiry*, 11(2), 1998.
- Ghaye, T. (2007). *Building the reflective healthcare organisation*. Oxford, UK: Blackwell.
- Guilbert, L. et Ouellet, L. (1997). *Étude de cas – Apprentissage par problèmes*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Hockley, J. & Clark, D. (2002). *Palliative care for older people in care homes*. Buckingham: Open University Press.
- Howe, J.L. & Witt-Sherman, D. (2006). Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(3), 1-16
- Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). (2006). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec: définitions et mesure d'indicateurs, partie 1*. Document consulté le 26 juin 2008. [En ligne] www.inspq.qc.ca
- Johns, C. et Freshwater, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*. (2nd ed.). Oxford, UK: Blackwell.
- Kaasalainen, S., Brazil, K., Ploeg, J., & Martin, L.S. (2007). Nurses' perceptions around providing palliative care for long-term care residents with dementia. *Journal of palliative care*, 23(3), 173-180.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin éditeur.
- Lebel, P. et Masse-Thibaudeau, G. (1999). *Programme de formation à l'interdisciplinarité*. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Politiques en soins palliatifs de fin de vie*. Document consulté le 26 juin 2008. [En ligne] www.msss.gouv.qc.ca
- Morrison, R.S., Meier, D.E. & Capello, C. (2003). *Geriatric palliative care*. Toronto: Oxford University Press.
- Payette, A. et Champagne, C. (2005). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Pepin, J., Legault, A. et Goudreau, J. (2008). Bilan après 4 ans d'existence d'un programme élaboré selon une approche pédagogique novatrice. *Perspective infirmière*, 5(5), 33-34.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-45.
- Terret C., Zulian G., Naiem A. & Albrand G. (2007). Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. *Journal of Clinical Oncology*, 25(14), 1876-1881.
- Vohra, J.U., Brazil, K. & Szala-Meneok, K. (2006). The last word: Family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 33-39.
- Volicer, L. (2008). End-of-life care for people with dementia in long-term care settings. *Alzheimer's Care Today*, 9(2), 84-102.
- Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education, *Death Studies*, 28(4), 289-308.

NOTE

1. Lors du premier projet pilote, les membres de l'équipe interprofessionnelle participant à la formation étaient l'infirmière-chef de l'unité, l'assistante infirmière-chef de jour, le médecin, deux infirmières (jour et soir), quatre préposés aux bénéficiaires (jour, soir et nuit), deux infirmières auxiliaires (jour et soir), une pharmacienne, une technicienne en réadaptation physique, un ergothérapeute, une inhalothérapeute et une travailleuse sociale.

