

L'APPROCHE PALLIATIVE INTÉGRÉE AUX SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Cibler les personnes atteintes de maladies chroniques pour un rehaussement de la pratique*

SARA BÉLANGER, INFIRMIÈRE, M. SC. INF.

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

sbelanger.odi@ssss.gouv.qc.ca

DIANE GUAY, INFIRMIÈRE, PH. D.

Professeure agrégée, École des sciences infirmières,

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke

diane.guay@usherbrooke.ca

L'administration de soins palliatifs (SP) aux personnes atteintes de cancer en fin de vie est une conception bien ancrée. De plus, le décès à domicile des personnes susceptibles d'avoir bénéficié de soins palliatifs et de fin de vie et ayant reçu des services de soutien à domicile (SAD) demeure stable, soit en deçà de 10 % (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2021). Pourtant, dans son plan d'action 2020-2025, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

reprend les cibles énoncées dans sa précédente édition et insiste pour que chaque personne dont l'état de santé le requiert ait accès à des soins palliatifs et de fin de vie pour soulager ses souffrances, l'aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et, si elle le souhaite, lui offrir ainsi qu'à ses proches aidants, le soutien nécessaire dans son milieu de vie (MSSS, 2015; MSSS, 2022).

* L'auteure principale souhaite remercier le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM) et l'Université de Sherbrooke pour les ressources accordées lors de l'intervention ainsi que pour la rédaction de cet article. Des remerciements sont également transmis à Mme Megan Amir pour le soutien offert dans son rôle d'accompagnatrice clinique ainsi qu'à la formidable équipe infirmière du soutien à domicile (SAD) au CLSC du Lac-Saint-Louis sans laquelle ce projet n'aurait pas pu être réalisé.

CONTEXTE

Au Québec, près de 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans leur domicile, maison ou appartement (Dubuc, 2021).

Le récent portrait de l'utilisation du SAD par les personnes en fin de vie au Québec révèle que 72% des personnes décédées entre 2016 et 2018 ont reçu du SAD durant les trois dernières années de leur vie (INESSS, 2021). Ce même rapport indique que le nombre d'interventions offert par le SAD augmente avec l'âge et de façon encore plus marquée au cours de l'année précédant le décès. Il importe également de préciser que les personnes atteintes de cancer ont majoritairement reçu du SAD sous le profil « Soins palliatifs », alors que le profil « Perte d'autonomie liée au vieillissement » a été principalement attribué aux personnes atteintes d'insuffisance organique, de fragilité physique ou cognitive (INESSS, 2021). Cette distinction est significative puisque le profil d'intervention généralement attribué par le personnel infirmier détermine, du moins en partie, les services offerts à la clientèle. Bien que l'assignation du profil d'intervention soit en fonction du diagnostic principal, du pronostic et des pratiques locales, la contribution infirmière s'avère déterminante afin que les personnes atteintes de conditions chroniques autres qu'oncologiques puissent bénéficier des mêmes soins dans la même période de leur vie.

INTÉGRER L'APPROCHE PALLIATIVE À DOMICILE: LA SOLUTION

Dans cette section, la pertinence de l'approche palliative en SAD est explicitée, l'importance du rôle et les besoins infirmiers dans ce contexte sont également précisés. L'intégration de l'approche palliative constitue l'offre de service de base en SPFV dispensée par une équipe soignante en mesure d'offrir des soins généraux dans le milieu où se situe la personne (MSSS, 2019). Le SAD ciblant une clientèle souvent

vulnérable et dans son milieu de vie, l'approche palliative y est particulièrement pertinente. Par leur présence et leur compétence, les professionnels offrant des soins palliatifs à domicile permettent une meilleure gestion des symptômes, du soutien aux personnes et à leurs proches dans la planification et les soins de fin de vie ainsi qu'une potentielle réduction des coûts et de l'utilisation des soins de santé en partie liée à la diminution des hospitalisations (Isenberg et coll., 2019; Roberts et coll., 2021; Sarmiento et coll., 2017). Le travail d'équipe, la gestion des symptômes physiques, la préparation des patients et de leurs proches, des soins compatissants et holistiques au moment opportun offerts par des professionnels habilités sont des éléments essentiels pour des soins palliatifs à domicile de qualité (Seow et Bainbridge, 2018). Le fait d'œuvrer de façon autonome et indépendante aux domiciles permet de mettre de l'avant le leadership clinique et les nombreuses compétences infirmières. Le personnel infirmier, primordial dans le soutien des proches (Becqué et coll., 2019), est aussi la pierre angulaire dans le soutien à domicile (OIIQ, 2017).

Les besoins de formation, de soutien et de compréhension du rôle infirmier en matière de soins palliatifs à domicile sont clairement documentés dans les études recensées. L'éducation est notamment un besoin essentiel pour enrichir les connaissances et la communication, assumer le rôle de coordination, gérer les symptômes et faciliter le développement des techniques pour le personnel infirmier administrant des SP dans la communauté (Midlöv et Lindberg, 2020). Les écrits suggèrent également que le besoin de soutien dans le milieu de travail peut provenir de la collaboration avec les médecins qui possèdent une expertise en SP et lorsqu'existe une relation de confiance interprofessionnelle avec les différents professionnels et avec les collègues infirmiers spécialisés en SP (Mertens et coll., 2019; Törnquist et coll., 2013). De plus, la formation pour l'identification de la clientèle qui peut bénéficier de soins palliatifs et pour l'application précoce des principes de SP sans en attendre la référence formelle ainsi que

la collaboration d'une équipe interprofessionnelle permettent au personnel infirmier d'être proactif dans l'administration des SP (Reimer-Kirkham et coll., 2016). Ainsi, un rehaussement de la pratique infirmière auprès des personnes atteintes de maladies chroniques est nécessaire pour intégrer l'approche palliative dans les soins à domicile.

OBJECTIFS

Deux objectifs sont poursuivis par cette publication. Le premier vise à résumer les principales stratégies éducatives visant à rehausser la formation infirmière. Le second propose d'illustrer une démarche clinique réalisée dans un stage en pratique infirmière avancée en contexte de SAD.

Des stratégies éducatives efficaces

L'enseignement théorique est indiscutablement un moyen fréquemment utilisé pour transmettre des connaissances jugées essentielles en formation de base (Mathieson et coll. 2018 et Petursdottir et coll., 2019). Soulignons que la philosophie, les définitions et les principes des SP, les besoins, les trajectoires des maladies terminales et l'importance de la collaboration figurent parmi les principaux thèmes abordés lors de formations en SP chez les professionnels de la santé (Berggren et coll., 2016; Connolly et coll., 2018; Pesut et coll., 2015).

De nombreuses stratégies éducatives visant l'intégration de l'approche palliative en contexte de SAD ont également été recensées. Parmi ces dernières, le recours à des outils de dépistage et d'évaluation standardisés, des activités de formation et de simulation, un soutien clinique et la collaboration avec des champions favorisent un langage commun et permettent d'optimiser la pratique en contexte de formation continue (Li et coll., 2021; Pesut et coll., 2015). Il est suggéré d'améliorer les connaissances sur l'évolution de la maladie, les SP, l'identification des besoins et la planification des soins pour faciliter

l'intégration précoce de SP à domicile en offrant des soins basés sur les besoins plutôt que sur le pronostic (Scheerens et coll., 2018). L'intégration d'une nouvelle approche dans la pratique, une meilleure efficacité dans le travail (Petursdottir et coll., 2019) et une amélioration de la perception de compétence à discuter des besoins de soins actuels et futurs, de la fin de vie ou de la mort sont rapportées à la suite des interventions (Connolly et coll., 2018). Soulignons également que les interventions à plusieurs composantes, incluant notamment la théorie, les ateliers de formation, l'expérience pratique et le mentorat, s'avèrent particulièrement efficaces pour améliorer les attitudes, la confiance, les connaissances et les compétences perçues (Kelley et coll., 2020).

L'accompagnement individuel ou de groupe, communément appelé le *coaching*, a démontré être particulièrement efficace en contexte de formation continue, permettant de promouvoir l'approche réflexive tout en offrant du soutien clinique supervisé par des collègues (Goulet et coll., 2016). Le rôle des champions consiste généralement en la prise en charge des personnes recevant des SP ou en fin de vie, la formation et le *coaching* de leurs collègues et la collaboration avec l'équipe multidisciplinaire du milieu ou interorganisationnelle (Engel et coll., 2021). En effet, la collaboration avec les spécialistes des soins infirmiers palliatifs, comme modèles de pratique clinique, facilite le partage et la transmission de leur expérience et de leurs connaissances, stimule le renforcement de la confiance de leurs collègues en leurs compétences et habiletés et contribue à une vision commune de soins de qualité (Johansen et Helgesen, 2021). La collaboration d'une personne infirmière conseillère spécialisée (ICS) avec une équipe de SP à domicile peut aussi faciliter le soutien à l'équipe, l'éducation professionnelle, la gestion et la coordination des soins (Fedel et Pennington, 2021). En définitive, les écrits recensés concernant les besoins infirmiers et les stratégies éducatives ont permis l'identification d'une démarche clinique à mettre en place pour implanter l'approche palliative au SAD.

Démarche clinique réalisée

La démarche présentée a été réalisée dans un stage en pratique infirmière avancée. Elle a eu lieu dans un service de soutien à domicile d'un centre local de services communautaires (CLSC) sur l'île de Montréal desservant une clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, à une maladie chronique, ayant des incapacités temporaires ou permanentes, avec déficience physique, en convalescence, ou des personnes en fin de vie (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2021). Elle a consisté en un sondage auprès du personnel infirmier dans la phase préparatoire, suivi du développement, de l'implantation et de l'évaluation de l'intervention mise en œuvre.

Inspiré des écrits recensés, un sondage électronique sur la plateforme *Survey Monkey* a été développé et acheminé au personnel infirmier du CLSC. Cette phase préparatoire visait à définir les assises de la démarche clinique, à documenter les connaissances et la perception des compétences infirmières, leurs besoins d'apprentissage ainsi que leurs définitions des SP. Ce sondage a d'abord révélé que les soins palliatifs étaient généralement associés à la fin de vie, au soutien et à l'accompagnement pour l'obtention de confort. Estimant n'en administrer qu'occasionnellement, le personnel infirmier se percevait partiellement compétent à reconnaître les patients susceptibles d'en bénéficier, à évaluer leurs différents besoins, à administrer des soins holistiques et à actualiser le rôle d'*advocacy* auprès de cette clientèle. Un faible sentiment de compétence concernant leur capacité d'amorcer des conversations en lien avec les besoins actuels et futurs des patients, leurs objectifs de soins, leurs attentes et leurs espoirs a également émergé de ce sondage. L'intérêt d'approfondir leurs connaissances sur la gestion de symptômes, les ressources, la médication et l'aide médicale à mourir a par ailleurs été exprimé par le personnel sondé. Ce même sondage a également été utilisé après l'intervention à des fins de comparaison. Donc, à partir de ce sondage et en collaboration avec le milieu clinique, une intervention composée de 4 activités interreliées a été développée et implantée (figure 1).

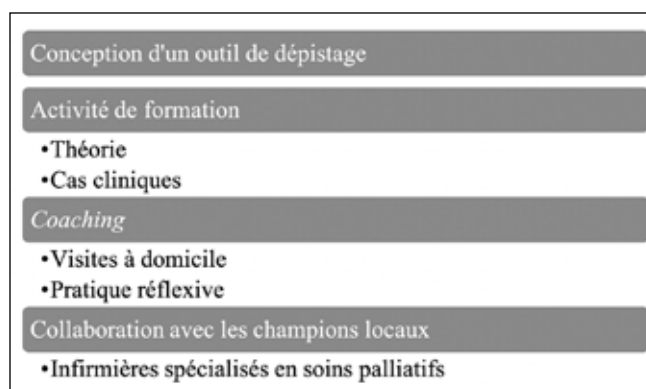


Figure 1. Composantes de l'intervention

Le guide *L'approche palliative intégrée : quand et comment* (Gagnon, 2018), suggéré par le MSSS (2020) a été utilisé afin de concevoir un outil de dépistage sous forme de tableau à cocher, facile à utiliser et permettant d'identifier et d'évaluer les personnes susceptibles de bénéficier de SP. L'outil met de l'avant les principaux indicateurs d'un déclin de l'état de santé, l'évaluation des symptômes, de l'état fonctionnel de la personne, la compréhension de la maladie ainsi que l'évaluation de la personne proche aidante.

L'activité de formation théorique a aussi permis la présentation de l'outil et d'exemples de cas tout en favorisant une discussion ouverte entre les participants. La mise en contexte, les concepts de SP et la pertinence de l'approche palliative intégrée aux soins offerts à domicile, les iniquités d'accès soutenues par des données statistiques ont été présentés. La présentation des trajectoires des maladies chroniques, de l'outil ainsi que de son application contextualisée à trois situations cliniques réelles choisies et exposées par le personnel infirmier participant constituaient une option de choix pour stimuler la discussion. Un guide facilitant les discussions considérées difficiles, *Serious illness conversation guide* (Ariadne Labs, 2016), a été présenté et un moment d'échange a permis d'identifier les problèmes anticipés.

Un soutien à la pratique clinique a également été offert par la stagiaire en pratique infirmière avancée (première auteure) à neuf personnes infirmières sous forme de *coaching* lors de visite à domicile. Ces

personnes se sont impliquées selon leur niveau de confort dans certaines discussions et ont observé différentes interventions par la stagiaire auprès des personnes jugées susceptibles de bénéficier d'une approche palliative. Les connaissances acquises lors de la formation théorique et l'application pratique de l'outil ont ainsi été réinvesties. Une rencontre ultérieure a permis une discussion concernant la clientèle rencontrée, une réflexion sur l'expérience vécue pour renforcer les apprentissages (pratique réflexive) et même une évaluation des besoins de SP d'autres personnes dans la charge de cas. Le personnel a été guidé pour les évaluations futures, la planification des soins et les conversations à tenir avec la clientèle. Il a également été encouragé à consulter les médecins concernés et à leur suggérer une participation active dans la planification des soins.

Afin de procurer du soutien au-delà de la visite conjointe, le personnel infirmier spécialisé en SP a été identifié comme champions. La collaboration avec l'équipe spécialisée dès l'identification d'indicateurs de besoins de SP a été mise de l'avant pendant le processus d'implantation. Celle-ci visait le soutien du personnel infirmier dans l'identification, l'évaluation et la gestion des besoins ainsi que dans la planification préalable des soins. De plus, la mise en place de visites et de suivis conjoints regroupant le personnel infirmier normalement impliqué et les spécialistes de soins infirmiers palliatifs a facilité la collaboration.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats du sondage, bien qu'ils ne comparent pas les résultats individualisés, ont permis de démontrer que la démarche clinique a amélioré les connaissances ainsi que la perception autoévaluée des compétences infirmières. D'abord, les résultats qualitatifs du sondage démontrent clairement un changement dans la compréhension du concept de SP. Après la démarche clinique, comme illustré par les nuages de mots (figure 2), les *soins palliatifs* sont désormais associés à des soins de confort, d'accompagnement et

de soutien ainsi qu'à la gestion des symptômes plutôt qu'à des soins de fin de vie.

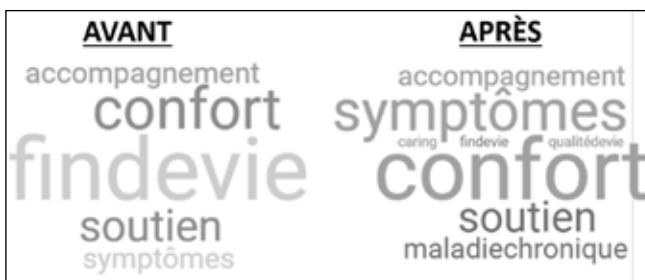


Figure 2. Compréhension du concept de soins palliatifs

Les verbatims confirment aussi un apprentissage et une amélioration de la perception des connaissances : « ... j'approfondis mes questions par rapport aux indicateurs. De plus, je me sens plus à l'aise de parler, de discuter de l'avenir en lien avec leur diagnostic » ; aussi, de possibles changements dans leur pratique et une meilleure efficacité : « ... je suis plus habileté à identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une approche palliative ». La perception d'administrer plus fréquemment des SP a également été observée et s'avère un constat particulièrement intéressant. En effet, les deux tiers du personnel infirmier reconnaissent administrer régulièrement des SP, alors qu'ils jugeaient initialement n'en administrer qu'occasionnellement (6/8). N'associant plus exclusivement les SP aux soins de fin de vie, le personnel infirmier semble réaliser que des SP sont administrés régulièrement à travers leurs soins.

La perception de compétence s'est aussi globalement améliorée. L'évolution du sentiment de compétence dans différents attributs des soins palliatifs infirmiers est mise en évidence dans la figure 3.

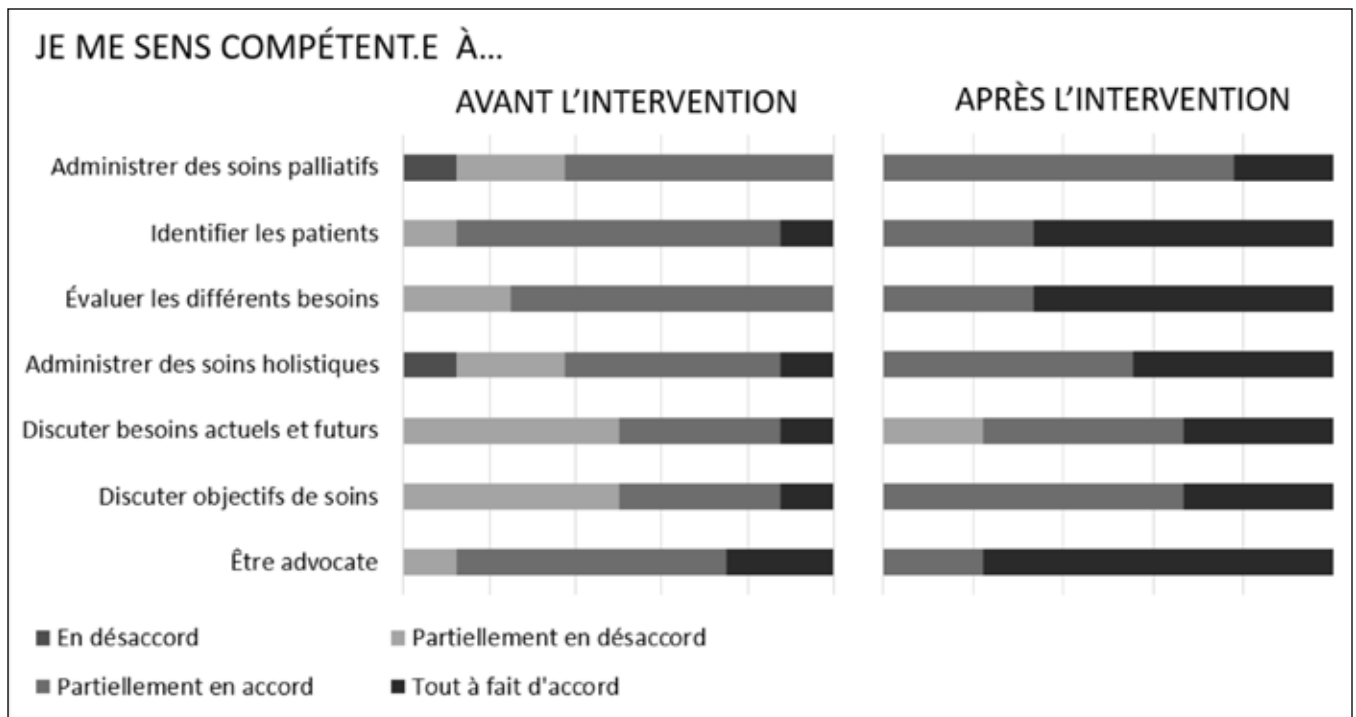


Figure 3. Perception des compétences infirmières avant et après l'intervention

Les soins palliatifs étant initialement associés à la fin de vie, le personnel infirmier se jugeait assez compétent à identifier les personnes qui pouvaient en bénéficier. Le décès étant plus prévisible lorsque la maladie est très avancée, il est possible que leur compétence à identifier les personnes susceptibles d'en bénéficier ait, en réalité, été associée à identifier celles en fin de vie. La progression des maladies chroniques étant incertaine puisqu'elle implique des périodes de « stabilité relative », entrecoupées d'exacerbations et souvent de multiples hospitalisations en fin de vie, il est difficile d'anticiper la fin de vie et il est probable que le personnel infirmier ait, en réalité, identifié tardivement ces personnes. Les résultats suggèrent que la démarche clinique développée et implantée en collaboration avec le milieu a permis d'améliorer non seulement la perception de compétence à dépister plus rapidement les patients susceptibles de bénéficier de SP, mais leur réelle compétence à le faire.

Après la démarche clinique, le personnel infirmier se considère aussi plus compétent à évaluer les différents besoins de SP. Le sentiment de compétence

infirmière s'est aussi amélioré quant à leur capacité à tenir des conversations en lien avec les besoins et objectifs de soins et être *advocate* pour leur clientèle. Au terme de cette démarche clinique, la perception des compétences du personnel infirmier à administrer des soins holistiques et des SP s'est définitivement améliorée.

Si les compétences elles-mêmes n'ont pas été mesurées lors du stage, on a pu constater l'amélioration de la capacité à identifier les personnes qui nécessitent des SP, car les demandes d'implication de l'équipe spécialisée ont augmenté (presque doublé) entre le début et la fin de la démarche clinique. Soulignons également que les visites et suivis conjoints avec le personnel infirmier et les spécialistes de soins infirmiers palliatifs se sont également intensifiés pendant et après l'intervention.

DES RECOMMANDATIONS ÉMISES

L'analyse de la démarche clinique et des résultats obtenus conduit à des recommandations pour la formation, la pratique et l'organisation favorisant l'intégration de l'approche palliative dans un contexte de SAD.

Pour la formation. Le manque de connaissance des SP, tant pour les responsables politiques que le personnel professionnel de la santé et le grand public est un obstacle majeur à leur accès (OMS, 2020). Considérant le vieillissement de la population, former tous les professionnels pour l'approche palliative intégrée aux soins offerts à domicile permet de mieux soutenir cette clientèle atteinte de maladies chroniques; la formation continue est donc essentielle pour l'amélioration de la pratique (MSSS, 2020).

Pour la pratique clinique. Pour optimiser la pratique clinique, il est important que le personnel infirmier reconnaisse son rôle dans l'approche palliative et qu'il soit soutenu pour le mettre en pratique. Étant donné qu'une approche personnalisée centrée sur les besoins de la clientèle est nécessaire, la relation infirmière doit être mise à profit pour l'implantation de l'approche palliative. Lorsqu'une personne nécessitant des SP est identifiée et qu'une relation de confiance est établie, il est essentiel que le personnel infirmier bénéficie d'une structure et de processus formels le mettant en avant-plan pour amorcer des conversations sur les besoins et les objectifs de soins (Sullivan et coll., 2021).

Pour instituer le soutien et l'apprentissage infirmier, l'établissement de mécanismes de collaboration interprofessionnelle et avec le personnel infirmier champion s'avère une pratique intéressante. De façon à administrer des SP à toutes les personnes susceptibles d'en bénéficier, la consultation et la collaboration avec les spécialistes de soins infirmiers palliatifs visent une prise en charge partagée lors de besoins jugés complexes; elles favorisent la relation infirmière avec la clientèle en assurant la continuité du

suivi et facilitent la formation du personnel infirmier. L'infirmière conseillère spécialisée, par la guidance et le coaching continu, peut aussi épauler les champions dans ce rôle de soutien.

Pour l'organisation. Au sein de l'organisation, la continuité des soins par la transmission d'informations et la mise en place de ressources adéquates favorisent le développement professionnel. L'obtention d'un suivi à domicile précoce et régulier peut bonifier la qualité des soins et la qualité de vie chez les personnes atteintes d'une maladie chronique avancée, mais encore faut-il que les membres du personnel professionnel de la santé des autres milieux en connaissent la valeur ajoutée et qu'il y ait une continuité entre ces différents milieux et services. La mise en place des ressources adéquates et suffisantes pour répondre aux besoins croissants de SP à domicile peut également avoir un impact sur le système de santé.

CONCLUSION

En conclusion, le bien-fondé de l'approche palliative intégrée aux soins offerts à domicile, ou de SP précoce, est particulièrement bien démontré par le fait que les visées curatives et palliatives des traitements ne peuvent être séquentielles, compte tenu de l'incertitude associée à la progression de la maladie chronique. L'intervention clinique réalisée visait à soutenir le développement de la pratique infirmière dans un contexte où les besoins infirmiers sont grands. Malgré l'échantillon restreint et l'effet évalué à court terme, les résultats obtenus pourraient être prometteurs quant à l'identification et l'évaluation de la clientèle atteinte de maladie chronique qui bénéficierait d'une approche palliative intégrée aux soins à domicile. La réplique de cette intervention présenterait un intérêt afin d'en apprécier la portée, tout comme il serait intéressant d'assurer la continuité du projet pour consolider la mise en pratique des changements cliniques suggérés.

RÉFÉRENCES

- Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation and Dana-Farber Cancer Institute (2016). *Serious illness conversation guide*. Canada: Portail palliatif canadien. Repéré à https://www.virtualhospice.ca/Assets/SI-CG-2017-04-21_FINAL_20190122135905.pdf
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A., van Driel, A. G., van der Heide, A., et Witkamp, E. (2019). Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 28-39. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011
- Berggren, E., Orreval, Y., Ödlund Olin, A., Strang, P., Szulkin, R., et Törnkvist, L. (2016). Evaluation of a continuing educational intervention for primary health care professionals about nutritional care of patients at home. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(4), 428-438. doi:10.1007/s12603-015-0596-7
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2021). *Soutien à domicile*. Repéré à <https://ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/soins-services/territoire-de-l-ouest-de-l-ile/personnes-agees-ou-en-perde-d-autonomie/soutien-a-domicile/>
- Connolly, M., Charnley, K., Collins, R., Barry, C., McIlfratrick, S., Larkin, P., ... Johnston, B. (2018). Evaluating an educational program for dignity care intervention with community nurses in Ireland. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(10), 474-481. doi:10.12968/ijpn.2018.24.10.474
- Dubuc, A. (2021). *Soins à domicile: Le statu quo ne sera plus possible*. Montréal, Québec: Institut du Québec. Repéré à <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/08/202108-IDQ-Soins-a-domicile.pdf>
- Engel, M., van Zuylen, L., van der Ark, A., et van der Heide, A. (2021). Palliative care nurse champions' views on their role and impact: a qualitative interview study among hospital and home care nurses. *BioMed Central Palliative Care*, 20(1), 1-8. doi:10.1186/s12904-021-00726-1
- Fedel, P. R., et Pennington, G. (2021). Clinical nurse specialist collaboration with a community-based palliative care program: An evidence-based practice project. *Journal for Advanced Nursing Practice*, 35(2), 88-95. doi:10.1097/NUR.0000000000000581
- Gagnon, B. (dir.) (2018). *Approche palliative intégrée: Quand et comment*. Traduction libre de l'outil *A palliative care approach for primary care* adapté du Gold Standards Framework© et produit par Cancer care Ontario (CCO). Québec. Repéré à <https://www.recherchesoinspalliatifs.ca/wp-content/uploads/2019/07/ApprochePalliativeIntegree.pdf>
- Goulet, M.-H., Larue, C., et Alderson, M. (2016). Reflective practice: A comparative dimensional analysis of the concept in nursing and education studies. *Nursing Forum*, 51(2), 139-150. doi:10.1111/nuf.12129
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2021). *Portrait de l'utilisation des soins et des services de soutien à domicile par les personnes en fin de vie au Québec, 2013 à 2018*. Québec, Canada: INESSS. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/portrait-de-l-utilisation-des-soins-et-des-services-de-soutien-a-domicile-par-les-personnes-en-fin-de-vie-au-quebec-2013-2018.html>
- Isenberg, S., Hsu, A., Spruin, S., Budhwani, S., Gill, A., Goldman, R., et Tanuseputro, P. (2019). Evaluating the impact and costs of home-based palliative care at the system level. *Journal of pain and symptom management*, 57(2), P410. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.12.122
- Johansen, H., et Helgesen, A. K. (2021). Palliative care in the community: the role of the resource nurse, a qualitative study. *BioMed Central Palliative Care*, 20(1), 1-9. doi:10.1186/s12904-021-00860-w
- Kelley, L. T., Coderre-Ball, A. M., Dalgarno, N., McKeown, S., et Egan, R. (2020). Continuing professional development for primary care providers in palliative and end-of-life care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 23(8), 1104-1124. doi:10.1089/jpm.2020.0060
- Li, W. W., Chhabra, J., et Singh, S. (2021). Palliative care education and its effectiveness: A systematic review. *Public Health*, 194, 96-108. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.033
- Mathieson, A., Grande, G., et Luker, K. (2018). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e6), 1-11. doi:10.1017/S1463423618000488
- Mertens, F., De Gendt, A., Deveugele, M., Van Hecke, A., et Pype, P. (2019). Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19/20), 3680-3690. doi:10.1111/jocn.14969
- Midlöv, E. M., et Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15-24. doi:10.1177/2057158519857002
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Soins palliatifs et de fin de vie: plan de développement 2015-2020*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-828-01W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Soins palliatifs et de fin de vie : offre de service de base en soins palliatifs et de fin de vie*. Québec, Canada : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). *Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité : rapport du groupe de travail national et de la consultation externe (Task force)*. Québec, Canada : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-828-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité. Plan d'action 2020-2025*. Québec, Canada : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-828-04W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Réflexion sur le soutien aux aînés à domicile. Consultation des ordres professionnels. Priorités du ministre de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*. Montréal, Canada : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/1478-reflexion-soutien-aînés-domicile-web.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2020). *Soins palliatifs*. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Petursdottir, A. B., Haraldsdottir, E., et Svavarsdottir, E. K. (2019). The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialised palliative home care: A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 342-350. doi:10.1111/scs.12628
- Pesut, B., Potter, G., Stajduhar, K., Sawatzky, R., McLeod, B., et Drabot, K. (2015). Palliative approach education for rural nurses and health-care workers: a mixed-method study. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 142-151. doi:10.12968/ijpn.2015.21.3.142
- Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M., et Stajduhar, K. (2016). 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2189-2199. doi:10.1111/jocn.13256
- Roberts, B., Robertson, M., Ojukwu, E. I., Wu, D. S. (2021). Home Based Palliative Care: Known Benefits and Future Directions. *Current Geriatrics Report*, 10, 141-147. doi:10.1007/s13670-021-00372-8
- Sarmento, V. P., Gysels, M., Higginson, I. J., et Gomes, B. (2017). Home palliative care works: but how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(4), 390-403. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001141
- Scheerens, C., Deliens, L., Van Belle, S., Joos, G., Pype, P., et Chambaere, K. (2018). "A palliative end-stage COPD patient does not exist": A qualitative study of barriers to and facilitators for early integration of palliative home care for end-stage COPD. *Nature Partner Journals Primary Care Respiratory Medicine*, 28(23), 1-11. doi:10.1038/s41533-018-0091-9
- Seow, H., et Bainbridge, D. (2018). A review of the essential components of quality palliative care in the home. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S1), S37-S44. doi:10.1089/jpm.2017.0392
- Sullivan, S. S., Mann, C., Mullen, S., et Chang, Y.-P. (2021). Homecare nurses guide goals for care and care transitions in serious illness: A grounded theory of relationship-based care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1888-1898. doi:10.1111/jan.14739
- Törnquist, A., Andersson, M., et Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x