

Université de Montréal

**Un modèle du leadership infirmier transformationnel pour l'intégration précoce de
l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée**

par

Gabrielle Prud'Homme

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences infirmières (M.
Sc.), option expertise-conseil

Décembre, 2021

© Gabrielle Prud'Homme, 2021

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé(e)

**Un modèle du leadership infirmier transformationnel pour l'intégration précoce de
l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée**

Présenté par
Gabrielle Prud'Homme

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

Émilie Allard
Directeur de recherche

Isabelle Brault
Membre du jury

Résumé

Au vu de la fragilité et précarité des aînés hébergés en CHSLD au Québec, il importe que ces milieux intègrent l'approche palliative pour accompagner les résidents et leurs proches en respectant leurs volontés jusqu'à la fin de vie (Hawley, 2015), ce que l'infirmière peut influencer par ses directives infirmières à l'équipe de soins et interprofessionnelle.

Basée sur le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2013), une revue intégrative réalisée selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005) a permis une recherche documentaire dans les bases de données PubMed, CINAHL, PsycInfo et Web of Science. L'analyse des résultats suit une méthode d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) basée sur les thèmes du modèle de l'AIIAO (2013) : 1) bâtir des relations et la confiance, 2) créer un milieu de travail stimulant, 3) créer une culture encourageant le développement et l'intégration des connaissances, 4) orienter le changement et assurer sa pérennité, 5) équilibrer les complexités du système, gérer les valeurs et priorités concurrentes, 6) le soutien organisationnel et 7) les ressources personnelles.

Un modèle intégrateur présente les principaux résultats tels l'implication des résidents et leurs proches, l'importance de la communication, des connaissances et compétences de tous, d'une cohérence et continuité des soins, du respect des valeurs et croyances individuelles, de la culture et des ressources organisationnelles et personnelles. Des barrières et facilitateurs sont identifiés et l'implication à différents niveaux, soit la pratique, la formation, la recherche et la gestion.

Mots clés : Approche palliative, soins palliatifs, leadership, CHSLD, soins de longue durée

Abstract

Regarding of the fragility and precariousness of the elderly living in CHSLDs in Quebec, it is important that these environments integrate the palliative approach to support residents and their loved ones while respecting their wishes until the end of life (Hawley, 2015), which the nurse can influence through her nursing directives to the care and interprofessional team.

Based on the Conceptual Model for Developing and Sustaining Leadership (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2013) an integrative review carried out according to the method of Whittemore and Knafl (2005) enabled a documentary search in the databases PubMed, CINAHL, PsycInfo and Web of Science. The analysis of the results follows a thematic analysis method (Paillé and Mucchielli, 2012) based on the themes of the RNAO model (2013): 1) building relationships & trust, 2) creating an empowering work environment, 3) creating a culture that supports knowledge development & integration, 4) leading & sustaining change, 5) balancing the complexities of the system, managing competing values & priorities, 6) organizational supports and 7) personal resources.

An integrative model presents the main results such as the involvement of residents and their families, the importance of communication, everyone's knowledge and skills, consistency and continuity of care, respect for individual values and beliefs, organizational and personal culture, and resources. Barriers and facilitators are identified and the involvement at different levels, including practice, training, research, and management.

Keywords: Palliative approach, palliative care, leadership, CHSLD, long-term care

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures.....	8
Liste des sigles et abréviations.....	9
Remerciements	11
Chapitre 1 : Phénomène à l'étude.....	12
But et objectifs	17
Chapitre 2 : Cadre théorique.....	18
Concepts clés	19
Soins palliatifs.....	19
Approche palliative	19
Leadership infirmier.....	20
Modèle conceptuel	21
Chapitre 3 : Méthode.....	24
Méthodologie.....	25
Processus de recherche documentaire.....	25
Sélection des écrits.....	27
Évaluation de la qualité des écrits.....	27
Analyse des données	28
Présentation des résultats	29
Chapitre 4 : Résultats	30
Article de résultats.....	31
Introduction.....	31
Méthode	32
Résultats	33

Discussion et conclusion.....	44
Chapitre 5 : Discussion.....	45
But et objectifs.....	46
Modèle conceptuel.....	46
Méthodologie.....	47
Forces et limites.....	49
Retombées du projet.....	50
Pour la pratique clinique.....	50
Pour la formation.....	50
Pour la recherche.....	51
Pour la gestion.....	51
Conclusion.....	52
Références.....	54
Appendice A : Autorisation d'utilisation de l'AIIAO.....	61
Appendice B : Liste des descripteurs par concept.....	63
Appendice C : Stratégie de recherche et résultats.....	66
Appendice D : Écrits retirés.....	69
Appendice E : Preuve de soumission de l'article à la revue <i>La Gérontoise</i>	71
Appendice F : Modèle intégrateur du leadership transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté du AIIAO (2013).....	73

Liste des tableaux

Tableau 1.	Mots clés	26
Tableau 2.	Processus de sélection des écrits, tableau PRISMA	34
Tableau 3.	Caractéristiques des écrits sélectionnés	35

Liste des figures

Figure 1. Modèle « Nœud Papillon » (Hawley, 2015)	15
Figure 2. Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013, page 16)	22
Figure 1. Modèle intégrateur du leadership infirmier transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté de l'AIAO (2013)	43

Liste des sigles et abréviations

AANAC :	American Association of Nurse Assessment Coordination
AIIAO :	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AQESSS :	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AQIIG :	Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINAHL :	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CSBE :	Commissaire à la santé et au bien-être
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RNAO :	Registered Nurses' Association of Ontario
SPFV :	Soins palliatifs et de fin de vie

À mes collègues et employés à la Direction des soins infirmiers volet qualité du CISSS de la Montérégie-Centre et à l'équipe du CECII, poursuivons notre vigie de la qualité des soins et l'implantation des bonnes pratiques dans nos milieux.

Remerciements

C'est tout un projet qui prend fin. Ce travail n'a pas été facile, mais il en a valu la peine. Personne n'avait prévu une pandémie mondiale les deux dernières années et moi non plus! Tout un défi que de terminer une maîtrise en sciences infirmières dans ces circonstances!

Je remercie d'abord ma directrice, Dre Émilie Allard, qui a cru en moi et m'a soutenue malgré les défis qui se sont dressés, autant circonstanciel que personnel. Nos séances de codéveloppement avec mes collègues aussi sous sa direction ont été fort inspirantes et aidaient à diminuer le stress avant des exposés ou même simplement pour écrire ou se motiver.

Pour ce qui est de la recherche comme telle, je n'y serais jamais arrivée sans les précieux conseils et le soutien du bibliothécaire de la faculté, Rafael Braga. Nos échanges étaient très éclairants!

Malgré les difficultés vécues pendant la pandémie et la surcharge de travail importante, mes collègues autant à la DSI qu'à la SAPA ont été d'un grand soutien psychologique et émotionnel. Un merci tout spécial à Angélique, qui non seulement m'a soutenue dans le cadre du travail, mais m'a aussi motivée et encouragée à ne pas lâcher, voir le chemin parcouru et qu'il y a une fin ou juste répondre à mes questions super précises.

Pour finir, je ne peux que remercier ma famille et son soutien indéfectible toutes ces années. Mon mari, Philippe, qui a su pallier mes trop nombreuses heures absentes ou occupées et me soutenir lorsque l'angoisse prenait le dessus. Un remerciement spécial pour mon père également, Claude, qui malgré l'absence de lien de sang, m'a aimé et supporté comme sa fille depuis toujours. Si je suis infirmière et toujours si investie, c'est grâce à toi et ta confiance en moi.

C'est un beau projet qui prend fin, mais dont je me souviendrai et qui n'aurait pas été possible seul, je le dois à vous tous!

Chapitre 1 : Phénomène à l'étude

Dû à son cadre professionnel, étant conseillère-cadre en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), l'étudiante côtoie des résidents en soins palliatifs depuis plusieurs années. L'intégration de l'approche palliative aux soins offerts aux résidents dans les CHSLD est un sujet qui suscite l'intérêt de l'étudiante, car c'est souvent le dernier milieu de vie des personnes qui y résident, et donc, l'endroit où ils décéderont. Dans sa pratique, l'étudiante a pu observer une souffrance de proches, de résidents et de membre du personnel dû au choc et à la surprise d'une détérioration de la santé d'un résident ou d'un décès, alors que ces issues étaient pour la majorité prévisibles, mais non préparées. Considérant le nombre important d'aînés qui décèdent annuellement en CHSLD, les infirmières¹, qui sont le principal groupe de professionnels responsables des soins aux résidents, doivent faire preuve de leadership afin de bien accompagner les résidents en fin de vie et leurs proches. Elles peuvent également influencer le cheminement des soins en expliquant au résident et ses proches les différents niveaux d'intervention médicaux.

Comme d'autres endroits dans le monde, le Québec connaît un important vieillissement de sa population. Alors qu'en 2011 la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était d'une personne sur six, d'ici 2031, c'est un québécois sur quatre qui sera âgé de 65 ans et plus (Aubé et Souffez, 2016). Dans le contexte québécois, c'est un aîné sur deux qui vit avec au moins deux maladies chroniques diagnostiquées (Simard et al., 2019). C'est cette population âgée vivant avec des maladies chroniques qui réside en CHSLD. En 2012-2013, 3% des personnes de 65 ans et plus résidaient en CHSLD, ce taux grimpe à 42% pour ce qui est des personnes de plus de 85 ans (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2014). De plus, 80% des résidents admis en CHSLD sont atteints de troubles neurocognitifs majeurs et souffriraient d'au moins une maladie chronique (Bergman, 2009; Bravo et al., 2014).

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018), les CHSLD se veulent un milieu de vie substitut pour les personnes en grande perte d'autonomie où la grande majorité est âgée de 65 ans et plus. Le CHSLD « s'inscrit à la fin d'un continuum de services gradués, du domicile à l'hébergement et

¹ Dans le cadre de ce travail, le féminin sera utilisé pour parler des membres de la profession infirmière, mais se veut inclusif tant des hommes que des femmes

s'impose de plus en plus comme le recours ultime des personnes âgées et de leurs familles » (AQESSS, 2014, p.13). Dans les CHSLD, l'hébergement, l'accompagnement ainsi que les soins, incluant les soins de fin de vie, sont offerts aux résidents, et ce, en partenariat avec leurs proches (MSSS, 2018). La durée moyenne de séjour au Québec est environ de 2 ans et 3 mois (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2017) avec un taux de plus de 50% de décès dans les 18 mois suivant l'admission (Francoeur, 2016; Mitchell et al., 2009). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) présentait, dans un premier rapport sur les indicateurs des soins palliatifs en fin de vie, que 18.6% des décès qui auraient pu bénéficier de soins palliatifs sont survenus en CHSLD (Bédard et al., 2006). Dans son nouveau rapport publié en 2021, l'INSPQ a mis à jour son indicateur sur les lieux de décès et montre une augmentation du pourcentage de décès en CHSLD à près de 28% en 2016 (Guertin et al., 2021). Considérant qu'un résident admis décèdera probablement au CHSLD, dans les mois suivant son admission, il est pertinent de s'intéresser à l'intégration de l'approche palliative² nécessaire à l'accompagnement des résidents et de leurs proches, afin de respecter leurs volontés tout au long du continuum de soins jusqu'à la fin de la vie.

Selon le cadre de référence sur l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2018), une infirmière en CHSLD doit posséder un leadership important. En effet, l'infirmière doit établir les directives de soins, coordonner les interventions et les traitements ainsi que collaborer et soutenir les équipes interprofessionnelles. L'infirmière doit également soutenir le résident et ses proches dans leur cheminement vers les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Dans la pratique, au-delà du soulagement des symptômes encourus par la maladie, l'approche palliative permet une personnalisation des soins ainsi qu'un accompagnement à travers l'évolution de leur condition de vie. L'approche palliative devrait plutôt être intégrée dès l'admission. Ceci est également soutenu par Francoeur (2017), qui stipule que le leadership est une caractéristique importante d'une infirmière travaillant en SPFV en soins de longue durée. Selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

² L'approche palliative est la façon dont les professionnels offrent des soins palliatifs ou intègre les valeurs des soins palliatifs dans sa pratique. Une définition plus approfondie sera offerte en page 15 de ce travail.

(AIIAO) (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2011), le leadership infirmier se traduit par le développement d'opportunité en soins palliatifs et ainsi d'offrir un soulagement de symptômes en même temps que les traitements curatifs. En CHSLD, c'est l'infirmière qui détermine les interventions tout en assurant la coordination de l'équipe de soins ainsi que de l'équipe interprofessionnelle (OIIQ, 2018). Il s'avère donc pertinent pour la profession infirmière, d'approfondir ce rôle et les retombées que le leadership peut avoir sur l'intégration de l'approche palliative.

Dans le modèle du « nœud papillon » de Hawley (2015), les soins palliatifs sont intégrés tout au long de la trajectoire de la maladie (figure 1). Ainsi, plutôt que de voir les soins palliatifs comme un passage, une étape à la suite des soins curatifs, le modèle de Hawley (2015) présente davantage un continuum de soins. Avant ce modèle, les soins palliatifs étaient introduits lorsque la guérison était jugée impossible. Le modèle du nœud papillon propose un cheminement permettant l'intégration des soins palliatifs dès l'annonce d'un diagnostic à issue potentiellement fatal.

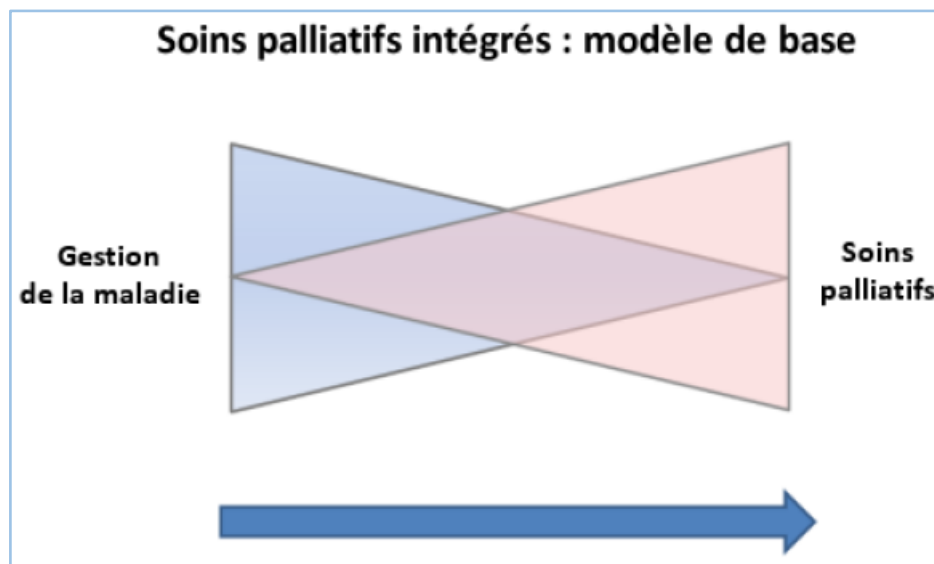


Figure 1. Modèle « Nœud Papillon » (Hawley, 2015)

Cette approche des soins palliatifs est cohérente avec la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2004) qui

mentionne que les soins palliatifs devraient être offerts plus tôt dans la trajectoire de la maladie de manière simultanée aux approches curatives. Pour l’OMS (2004), ce sont tous les patients atteints d’une maladie chronique potentiellement fatale qui doivent être visés par les soins palliatifs, et ce, dès l’annonce du diagnostic. Dans son modèle du « nœud papillon », Hawley (2015) soulève l’enjeu vécu lorsque les gens associent les soins palliatifs à la mort plutôt que de le voir comme un soulagement des symptômes qui n’empêche pas les traitements curatifs. Dans les CHSLD, le soulagement des symptômes se traduit également par la diminution des hospitalisations et des inconforts liés aux traitements et aux soins associés à la progression inévitable de la maladie (OIIQ, 2018).

Lorsqu’on parle d’approche palliative, cela induit une introduction précoce des principes des soins palliatifs, mais également des discussions s’y rattachant. Des auteurs (Caron, 2004; Center for Improving Value in Health Care [CIVHC], 2012; Verschuur et al., 2014) soutiennent l’importance d’aborder le sujet de la mort et de la fin de vie tôt dans la relation thérapeutique, soit dans les échanges entre l’intervenant, le résident et ses proches. Chez les infirmières qui adoptent une approche palliative, il y aurait une meilleure communication dans l’équipe ainsi qu’une meilleure collaboration interprofessionnelle en plus de leur permettre de jouer pleinement leur rôle d’*advocacy* pour le résident (Verschuur et al., 2014). Aussi, le fait d’aborder la fin de la vie à la suite de son admission permet au résident de discuter de ses préférences et de ses choix de traitements avec ses proches, les intervenants pour que tous cheminent dans le même sens (CIVHC, 2012). En abordant le sujet de la fin de vie rapidement dans la relation, l’infirmière offre également l’opportunité aux proches de participer à la prise de décision si le résident n’est plus apte (Caron, 2004). De plus, une étude sur la préparation du personnel au décès de leur patient illustre que lorsque le personnel est conscient que la personne est mourante ou d’être en souffrance, le personnel infirmier est mieux préparé au décès du patient (van Riesenbeck et al., 2015). Le fait de reconnaître les étapes de la fin de vie du résident et d’avoir des opportunités d’échanger sur le sujet aide donc autant le personnel soignant que le résident et ses proches à vivre le moment de la mort (CIVHC, 2012; van Riesenbeck et al., 2015). En partant du concept de leadership de l’OIIQ, c’est à travers une bonne communication que l’infirmière transmet ses directives, coordonne les soins et amène l’équipe interprofessionnelle, incluant le résident et ses proches, à collaborer vers un but commun (Gottlieb et al., 2012; OIIQ, 2008).

Du fait de son leadership, l'infirmière peut donc amener l'équipe de soins à changer sa pratique et intégrer des interventions selon l'approche palliative. Ce type de leadership, appelé transformationnel, se distingue par une approche dans laquelle un individu sera dans un processus d'échange avec un leader qui élargie et motive les deux parties pour atteindre un niveau supérieur d'accomplissement et changer un environnement de travail. Il y a un leadership transformationnel lorsqu'un leader prend une position novatrice et inspire les autres à le suivre (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2013). Ainsi, par son leadership, l'infirmière peut également faire des requêtes à l'équipe interprofessionnelle afin de faire cheminer l'équipe dans une approche palliative des soins aux résidents. C'est également par son leadership que l'infirmière, en utilisant ses connaissances et son expérience, initie les discussions sur la fin de vie entre le résident, ses proches et l'équipe. Cette initiative permet de discuter de diverses situations cliniques en lien avec l'état de santé du résident, d'anticiper l'évolution de la maladie ou encore de questionner les soins selon les volontés du résident et de ses proches (AIIAO, 2013). Il en résulterait ainsi une plus grande cohérence des soins en permettant au résident et à ses proches de s'exprimer et déterminer avec l'équipe le niveau d'intervention médicale ainsi que les différents soins pour répondre à ses besoins. Les infirmières sont donc un groupe de professionnels qui sont au cœur des soins offerts aux résidents des CHSLD et qui peuvent promouvoir et entraîner un changement en influençant les autres membres de l'équipe à adopter des comportements cohérents avec l'approche palliative (AIIAO, 2013).

But et objectifs

Le but du travail dirigé est de proposer, à partir d'une revue intégrative des écrits, un modèle des composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration précoce de l'approche palliative en CHSLD.

Les objectifs spécifiques poursuivis sont :

- 1) Identifier les pratiques du leadership infirmier en CHSLD;
- 2) Identifier les barrières et les facilitateurs de l'approche palliative intégrée en CHSLD;
- 3) Établir les relations entre les pratiques du leadership infirmier transformationnel et l'intégration précoce de l'approche palliative.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Tel que présenté précédemment, nous soutenons que le leadership infirmier peut jouer un rôle dans l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Ce chapitre permet de définir les concepts clés ainsi que de présenter le modèle conceptuel qui seront utilisés dans le cadre de ce travail dirigé.

Concepts clés

Afin d'assurer la cohérence et l'intelligibilité du propos, certains concepts clés doivent être définis. Plus spécifiquement, les concepts de soins palliatifs, d'approche palliative et de leadership infirmier feront l'objet de la présente section.

Soins palliatifs

L'Organisation mondiale de la santé (2020) définit les soins palliatifs comme suit :

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2019) définit les soins palliatifs comme l'ensemble des soins reçus pour améliorer la qualité de vie lorsque la durée de vie est diminuée, que la personne soit en fin de vie ou demande l'aide médicale à mourir. Le MSSS (2019) soutient que la collaboration de l'équipe ainsi que de la personne et ses proches est primordiale dans l'établissement des soins palliatifs. Il ressort de ces définitions que les soins palliatifs sont la recherche d'une amélioration de la qualité de la vie pour la personne et ses proches via le soulagement des symptômes, et ce, par toute l'équipe interprofessionnelle.

Approche palliative

L'approche palliative soutient les principes des soins palliatifs dans un contexte de pathologie chronique, dont la dignité, la qualité de vie et le soulagement des souffrances tout au long des étapes de la trajectoire de la maladie, avec une espérance de vie limitée et non seulement à la fin de la vie (Allard et al., 2021; Stajduhar, 2011).

Hawley (2015) propose un modèle où les soins palliatifs sont introduits dès l'annonce d'un diagnostic dont la guérison est peu probable, mais que le soulagement des symptômes sera fait conjointement à des traitements curatifs. Cette approche préconise une introduction précoce des soins palliatifs. L'approche palliative est ainsi utilisée par l'équipe de soins tout au long du continuum de soins.

L'approche palliative est une manière de prodiguer les soins qui peut être introduite par tous les membres de l'équipe, autant les professionnels que les non professionnels ainsi que le résident et ses proches.

Leadership infirmier

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009) définit le leadership infirmier comme étant une habileté perceptible chez les infirmières qui ont des compétences, une pratique exemplaire, une pensée critique et autonome, qui se basent sur les données probantes et qui occupent l'entièreté de leur champ de pratique. Francoeur et Durand (2016) soutiennent qu'une infirmière doit acquérir des connaissances, agir en interdisciplinarité, connaître les pratiques exemplaires en soins de fin de vie et savoir les appliquer.

Le American Association of Nurse Assessment Coordination (AANAC) décrit cinq types de leadership infirmier possible, particulièrement en résidence pour personnes âgées (American Association of Nurse Assessment Coordination [AANAC], 2014). D'abord le « *servant leadership* », qui se caractérise par un leader qui influence et motive ses collègues afin de construire des relations et de promouvoir le développement de leurs habiletés. Ensuite, il y a le leadership transformationnel qui se fonde aussi sur la construction de relations et de motiver ses collègues par une vision et une mission partagée, ces leaders sont également inspirant et respectés. Le leader démocratique pour sa part encourage la communication et les décisions partagées où les collègues se voient confier des responsabilités et recevront une rétroaction constructive, puisque ce leader se concentre sur le positif. À l'inverse, le leadership autoritaire se caractérise par un leader qui prendra toutes les décisions et qui utilisera bien souvent le renforcement négatif et la punition et certaines informations ne circuleront pas parmi les collègues. Pour terminer, le leadership laissez-faire se caractérise par un leader passif qui ne prendra pas de décision et où il y a très peu de changement.

Dans le cadre d'un changement de pratique afin d'intégrer l'approche palliative, l'infirmière doit amener l'équipe à adhérer au changement et donc à transformer leur pratique, ce qui est davantage associé au leadership transformationnel. L'AIIAO (2013) utilise la définition du leadership transformationnel comme toile de fond de leur modèle afin de soutenir une transformation dans les milieux.

Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel qui sera utilisé dans le cadre de ce travail dirigé est le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2013). L'AIIAO (2013) utilise la définition du leadership transformationnel comme base à leur modèle afin de soutenir une transformation dans les milieux. En effet, le leader se doit d'emprunter une posture innovatrice et inspirante qui permet, grâce aux échanges avec les autres, d'ouvrir de nouvelles options et motiver une vision commune du changement. Ce modèle permet à la fois de définir le concept de leadership clinique infirmier, soit le processus par lequel l'infirmière influencera les soins dont elle est responsable vers un objectif commun, et d'identifier les composantes qui guideront l'analyse lors de la revue intégrative. Ce modèle a la particularité d'amener le côté infirmier du leadership transformationnel et son impact sur la pratique terrain. De plus, le modèle s'oriente également sur le changement transformationnel, ce qui a influencé le choix de ce modèle pour l'étudiante, car pour intégrer l'approche palliative en CHSLD, un changement de culture devra être entrepris par les infirmières. Le modèle propose donc un changement par le biais du leadership infirmier transformationnel (AIIAO, 2013).

Le modèle de l'AIIAO (2013) encadre le concept de leadership infirmier. Ce modèle offre une compréhension des aspects du leadership qui contribuent à des résultats bénéfiques pour les patients et leurs proches, mais également au niveau organisationnel ainsi que pour l'équipe interprofessionnelle. Le modèle propose une structure complète permettant le développement et le maintien du leadership, dont cinq pratiques pour développer et maintenir dans sa pratique le leadership transformationnel (Figure 2). Ces pratiques sont influencées par les ressources personnelles et les facteurs organisationnels dans lesquels évolue le leader. Les pratiques du leadership transformationnel entraîneront à leur tour des résultats auprès des patients et de leurs proches, de l'organisation et de l'équipe interprofessionnelle.

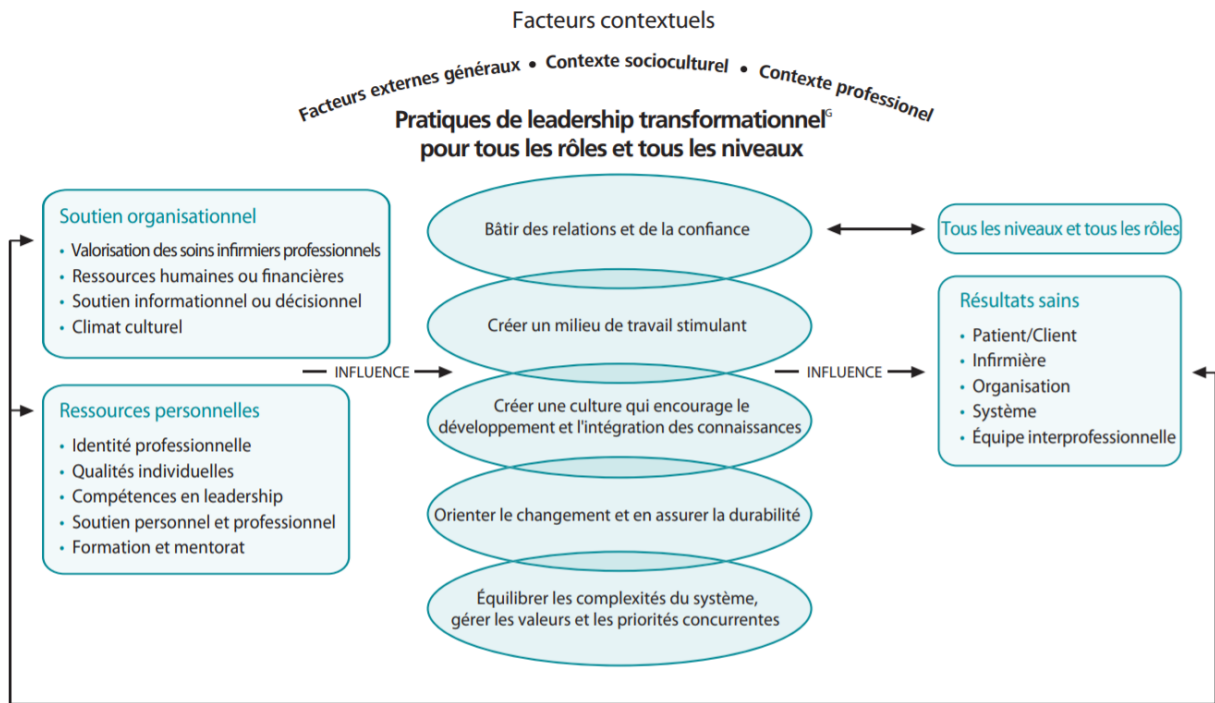


Figure 2. Modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013, page 16)³

La première pratique est d'établir des relations de confiance, et ce, avec tous les professionnels, peu importe leur titre ou niveau d'expérience. Cet élément de « Tous les niveaux et tous les rôles » est un ajout au modèle de l'AIIAO en 2013 qui a influencé le choix du modèle. En effet, l'établissement des relations de confiance prend en compte l'entièreté de l'équipe de soins, le résident, ses proches et l'équipe interprofessionnelle comme la pharmacienne, le médecin, le travailleur social, l'ergothérapeute pour ne nommer que ceux-ci ainsi que l'équipe de non-professionnelle comme les préposées aux bénéficiaires, les aides de services et les bénévoles. Cette première pratique est primordiale, car elle définit les relations entre les infirmières, l'équipe et les différents partenaires, par exemple le résident et ses proches. Rappelons que la collaboration interprofessionnelle est favorisée lorsque l'infirmière initie l'approche palliative (Verschuur et al., 2014). En CHSLD, l'infirmière doit assurer la coordination de l'équipe de soins et interprofessionnelle (OIIQ, 2018). La deuxième pratique est de créer un environnement de travail stimulant. Pour se faire, il doit y avoir un accès facile

³ Autorisation d'utilisation de l'AIIAO (Appendice A).

à de l'information, du soutien et des ressources. L'environnement doit également offrir des possibilités d'apprentissage et de développement personnel ainsi qu'une autonomie professionnelle, par exemple des occasions de rencontres avec l'équipe interprofessionnelle. Ensuite, vient la création d'une culture qui soutient le développement et l'intégration des connaissances dans une optique d'amélioration continue où le changement est vu de manière positive. La quatrième pratique est de diriger et maintenir le changement, ce qui implique la participation de tous à la gestion de changement, soit l'ensemble de l'équipe incluant le résident et ses proches. Pour terminer, il y a l'équilibre des valeurs et des priorités contradictoires où il faut défendre les ressources infirmières nécessaires à la dispensation de soins de qualité tout en mettant en perspective les diverses décisions organisationnelles, par exemple le déplacement du personnel ou les transferts de résidents sur des unités particulières. Le modèle intègre également à son analyse du développement du leadership des facteurs contextuels, socioculturels, professionnels, organisationnels et personnels des infirmières qui influencent les cinq pratiques précédemment énumérées. Finalement, le modèle souligne les effets positifs des pratiques de leadership à plusieurs niveaux, dont sur le résident et ses proches, l'organisation, le système de santé et des services sociaux, l'équipe interprofessionnelle et évidemment les infirmières.

Lors de l'analyse des écrits qui seront répertoriés lors de la revue intégrative, l'étudiante utilisera le modèle conceptuel de l'AIIAO (2013) afin de faire ressortir les différentes caractéristiques du leadership infirmier qui favorisent une approche palliative précoce. Plus précisément, les composantes du modèle serviront à identifier les pratiques de leadership ainsi que les facteurs et ressources tant organisationnels que personnels qui influencent l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Les principaux résultats de la synthèse des écrits seront par ailleurs présentés visuellement à partir de ce modèle.

Chapitre 3 : Méthode

Méthodologie

À titre de rappel, le but du travail dirigé est de proposer un modèle des composantes du leadership infirmier transformationnel ayant un rôle dans l'intégration précoce de l'approche palliative en CHSLD. Pour répondre à ce but et aux objectifs qui en découlent, une revue intégrative inspirée de la méthode de Whittemore et Knafl (2005) a été entreprise. Cette méthode permet d'inclure une variété plus grande de devis de recherche tant expérimentale que non-expérimentale. Ce qui résulte en une synthèse plus large et exhaustive des écrits. Une revue intégrative présente l'état des connaissances scientifiques, contribue au développement d'une théorie et permet une application directe dans la pratique et dans les politiques (Whittemore et Knafl, 2005). La méthode de Whittemore et Knafl (2005) se compose de cinq étapes : 1) l'identification du problème, 2) la recherche documentaire 3) l'évaluation des écrits 4) l'analyse des données et 5) la présentation des résultats, dans le cas présent, d'un modèle intégrateur. Les prochaines sections décrivent plus en détail les étapes 2 à 5 de la méthode.

Processus de recherche documentaire

Cette deuxième étape de la méthode de Whittemore et Knafl (2005) se décompose selon les critères d'éligibilité, les sources d'information et la stratégie de recherche. Ces éléments seront suivis par la sélection des écrits qui se décline par la gestion des écrits et le processus de leur sélection.

Critères d'éligibilité. Les écrits recherchés sont ceux portant sur le leadership infirmier (concept 1) et les soins palliatifs (concept 2) dans le contexte des CHSLD (concept 3) pour la population des infirmières (population) y œuvrant. Les écrits traitant de pédiatrie, de soins palliatifs infantiles et de soins palliatifs hospitaliers ont été exclus.

Les écrits de tous les types de devis sont inclus. Les écrits tirés de médias sociaux et de blogues ainsi que les résumés de conférence ont été exclus puisqu'ils n'offrent pas une compréhension suffisamment approfondie du sujet. Seuls les écrits en français ou en anglais, publiés depuis 2000 ont été inclus. Cette année a été ciblée dû aux avancements marqués de la définition des soins palliatifs de l'OMS aux débuts du siècle et à la publication du rapport de Lambert et Lecomte (2000) sur l'état des soins palliatifs au Québec. Dans ce rapport, il est fait

mention que les centres d'hébergement de longue durée manquent d'équipement et de formation pour le personnel afin de donner des soins palliatifs de qualité. De plus, la difficulté de traiter des résidents souffrant de trouble neurocognitif est un enjeu soulevé ainsi que le mauvais aménagement physique des lieux.

Sources d'information. Les banques de données explorées sont : PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycInfo et Web of Science. De plus, une stratégie de recherche inversée a été réalisée, soit en explorant les références des écrits jugés pertinents, mais aucun nouvel écrit n'en est ressorti.

Stratégie de recherche. La stratégie de recherche documentaire a été réalisée à partir des concepts clés suivants: leadership infirmier, approche palliative et CHSLD. Le terme de CHSLD étant propre au Québec, « soins de longue durée » a été utilisé comme l'illustre le tableau 1.

Concepts clés	Leadership infirmier	Approche palliative	Soins de longue durée
Traduction	Nursing leadership	Palliative approach	Long term care
Synonymes	Leadership	Palliative care	Elderly home-s
	Clinical leadership	End of life care	Elderly house-s
	Nursing leader-s	Terminal care	Nursing home-s
	Nurse leader-s	dying	Geriatric care
	Leader-s	end of life	Gerontologic care
	charge nurses	Hospice care	Long-term care
	nurse administrators	Palliative	
	nurse managers	intervention	
	nursing	Palliative approach	
	administration	Palliative practice	
	nursing		
	management		

Tableau 1. Mots clés

La recherche documentaire a été réalisée par descripteurs et adaptée pour chaque base de données identifiée précédemment. La liste des descripteurs utilisés est disponible à

l'Appendice B. La recherche par mots-clés a également été réalisée avec l'aide de la directrice et d'un bibliothécaire des sciences de la santé qui ont validé la stratégie. L'Appendice C présente la stratégie de recherche et les formules utilisées. Les descripteurs de chaque concept ont été recherchés avec « OR », puis les trois concepts combinés avec « AND ».

Sélection des écrits

Gestion des écrits. Les écrits répertoriés par la recherche documentaire ont été importés dans le logiciel EndNote X9 et les doublons retirés.

Processus de sélection des écrits. D'abord, une lecture des titres et des résumés de chacun des écrits a été réalisée afin de retirer ceux ne correspondant pas aux critères d'éligibilité et aux objectifs de la revue intégrative. Puis, les écrits restants et disponibles via les bibliothèques de l'Université de Montréal ou dont l'auteur principal contacté a remis une copie de l'article ont été lus en entier et les raisons d'exclusion documentées le cas échéant. L'Appendice D présente les cinq écrits retirés (Bolt et al., 2021; Dowson et al., 2020; Hasson et al., 2008; Kassalainen et al., 2013; Thompson et McClement, 2019). Ceux-ci ne répondaient pas à la question de recherche, car ils étaient trop précis. Bolt et al. (2021) présentaient des éléments spécifiques à la COVID-19 alors que Dowson et al. (2020) ciblaient l'utilisation des antibiotiques en fin de vie par rapport aux effets pharmaceutiques. Hasson et al. (2008) ne faisaient pas mention du leadership tout comme Kassalainen et al. (2013) qui axaient également sur l'intégration du rôle de la « *nurse practitioner* » et non sur l'intégration des SPFV. Thompson et McClement (2019) traitaient de l'approche à privilégier auprès de la clientèle souffrant de démence et non sur l'approche palliative et ne mentionnaient pas le leadership. La méthode Whitemore et Knafl (2005) ne précise pas que deux chercheurs doivent procéder à la sélection des écrits, mais en cas d'incertitude quant à l'inclusion ou non d'un écrit, la directrice de recherche a été consultée. Le processus de sélection des écrits est présenté selon le diagramme du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis* (PRISMA) (Moher et al., 2009) et se retrouve au tableau 2. Au final, 17 écrits ont été conservés pour analyse.

Évaluation de la qualité des écrits.

Toujours inspirée de la troisième étape de la revue intégrative de Whitemore et Knafl (2005), une évaluation de la qualité des écrits a été réalisée afin de les coter sur une échelle en

deux points, soit haute ou basse, au sujet de leur rigueur méthodologique et théorique ainsi que sur la pertinence des données. La rigueur méthodologique et théorique a été évaluée selon les outils du *Joanna Briggs Institute* adapté au devis de recherche de chacun des écrits. Cette évaluation n'a pas été réalisée afin d'éliminer des écrits s'ils obtenaient un score faible, mais plutôt pour servir dans la présentation et la discussion des résultats en ayant un regard critique sur leurs résultats selon leur score de rigueur méthodologique.

Analyse des données

Pour la quatrième étape de la méthode (Whittemore et Knafl, 2005) les données ont été extraites dans un tableau d'analyse sur le logiciel Excel. Les données extraites sont :

- Données générales : le titre, les auteurs (nom et pays d'origine), l'année de publication, le type d'écrit, le but et les questions de recherche;
- Données théoriques : le cadre de référence;
- Données méthodologiques : le devis de recherche, la méthode, la population, la méthode d'échantillonnage, l'échantillon (taille, caractéristiques), la méthode de collecte et d'analyse des données, les forces et limites soulevées par les auteurs;
- Données de résultats : les principaux résultats, les thèmes inspirés du modèle conceptuel et les barrières et facilitateurs.

La méthode préconisée est l'analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2012) où l'arbre thématique a été construit à partir des cinq pratiques encadrant le leadership transformationnel ainsi que des facteurs prédisposant du modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership (AIIAO, 2013). Les données associées à chaque thème ont été comparées afin d'en ressortir les liens entre le leadership et l'approche palliative. Cela a permis de positionner les résultats selon les thèmes du modèle de l'AIIAO (2013) afin d'illustrer comment promouvoir chacun des éléments dans la pratique via le leadership transformationnel. Les écrits ainsi séparés par thèmes permettent d'identifier les leviers possibles où les infirmières peuvent exercer leur leadership transformationnel dans l'intégration de l'approche palliative ainsi que les éléments non explorés ou peu explorés dans la littérature. Les facilitateurs et les barrières à l'intégration de l'approche palliative ont également été identifiés et le leadership infirmier peut être situé par rapport à ceux-ci. Les éléments qui ressortent comme influençant les cinq pratiques de

leadership ou qui sont influencés par ceux-ci sont également rassemblés sous ces thèmes et intégrés à l'analyse. Cette thématisation a servi de toile de fond à la création du modèle intégrateur en associant les thèmes récurrents aux éléments du modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership (AIIAO, 2013).

Présentation des résultats

Les résultats ont été rassemblés sous forme de tableau et décrits en texte dans l'article présenté à la prochaine section du travail ainsi que sous la forme d'un modèle intégrateur des composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Les éléments en lien avec l'intégration de l'approche palliative sont transposés dans le modèle de l'AIIAO (2013) afin de maintenir la structure du modèle en y ajoutant les résultats de l'analyse thématique. L'analyse thématique des résultats à partir des thèmes du modèle de l'AIIAO (2013) a donc mené à la construction du modèle intégrateur où les résultats ont été résumés sous chacun des thèmes du modèle. Pour ce faire, les résultats ressortis lors de l'extraction des données ont été revus un à un afin d'identifier les thèmes présents pour chacun des écrits. Les sujets récurrents sous chaque thème ont été rassemblés pour formuler une phrase décrivant la manière dont le leadership influençait l'intégration de l'approche palliative pour le thème. L'objectif étant de garder une schématisation simple basée sur le modèle existant et visuellement facile à consulter pour les infirmières travaillant en CHSLD.

Chapitre 4 : Résultats

Dans cette section du travail dirigé, les résultats de la revue intégrative des écrits seront présentés sous la forme d'un article soumis à la revue *La Gérontoise* (Appendice E). Afin de garder la fluidité du texte avec les autres chapitres, la mise en page sera maintenue plutôt que d'utiliser la police et les autres critères de rédaction de la revue sélectionnée, soit *La Gérontoise*. L'auteure principale, l'étudiante, a réalisé la recension, la sélection des écrits, l'extraction des données, l'évaluation de la qualité des écrits et leur analyse. La deuxième auteure a supervisé le travail de l'étudiante et a contribué à réviser l'article.

Article de résultats

Titre : Le leadership infirmier transformationnel et l'intégration précoce de l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée : Une revue intégrative des écrits

Auteures : Gabrielle Prud'homme et Émilie Allard

Revue : *La Gérontoise*

Introduction

Le CHSLD étant considéré comme leur dernière demeure, les résidents y vivront généralement jusqu'à leur décès, qui survient en moyenne dans les 18 mois suivant leur admission (Francoeur, 2016; Mitchell et al., 2009). Dans ce contexte, l'approche palliative intégrée, soit la continuité des soins offerts aux personnes et leurs proches dans la trajectoire de la maladie, est à privilégier par les équipes soignantes afin d'assurer des soins de qualité correspondant au projet de vie des résidents qui seront au CHSLD jusqu'à leur décès (Allard et al., 2021). Pour ce faire, l'infirmière, qui coordonne l'offre de soins en CHSLD, doit faire preuve de leadership afin d'émettre des directives infirmières, de coordonner les soins ainsi qu'interpeller au moment opportun l'équipe interprofessionnelle (OIIQ, 2018).

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a publié un modèle conceptuel du développement et du maintien du leadership infirmier (Figure 2) (2013). Selon l'AIIAO, ce modèle contribue à soutenir le changement dans la pratique via le leadership transformationnel. Ce modèle propose cinq pratiques de leadership transformationnel qui sont influencées par le soutien organisationnel et les ressources personnelles du leader. Ces cinq pratiques influencent à leur tour la clientèle et leurs proches, les infirmières, les équipes,

l'organisation et le système de santé. Le modèle de l'AIIAO (2013) peut donc être un cadre permettant de soutenir l'intégration de l'approche palliative en CHSLD.

Le but de cette revue intégrative des écrits est d'identifier le rôle du leadership infirmier dans l'intégration précoce de l'approche palliative en CHSLD. À partir du modèle de l'AIIAO, l'objectif est d'identifier les composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration de l'approche palliative en CHSLD ainsi que d'identifier les barrières et les facilitateurs de cette intégration.

Méthode

La revue intégrative a été menée en s'inspirant de la méthode de Whitemore et Knafl (2005). Cette méthode permet d'établir un portrait des connaissances scientifiques sur un sujet donné tout en contribuant à l'élargir par le développement théorique et son application dans les pratiques.

La recherche documentaire a été réalisée à partir des concepts suivants : 1) leadership infirmier, 2) approche palliative et 3) soins de longue durée⁴. La population cible est le personnel infirmier qui exerce en CHSLD. Les écrits provenant de médias sociaux, de blogues, les résumés de conférence et les articles professionnels ont été exclus. Seuls les écrits en français ou en anglais publiés depuis l'an 2000 ont été inclus. Les banques de données consultées sont : PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycInfo et Web of Science. Finalement, la liste des références des écrits jugés pertinents a été consultée afin d'identifier des références supplémentaires. La sélection des écrits a été réalisée à partir du logiciel EndNote, d'abord par la lecture du titre et du résumé et ensuite par la lecture de l'article en entier, lorsque disponible. L'extraction des données a été réalisée sur le logiciel Excel. En s'inspirant des thèmes du modèle conceptuel de l'AIIAO (2013), une analyse thématique a été réalisée (Paillé et Muchielli, 2012). Plus spécifiquement, les principaux résultats des écrits et leurs récurrences ont été identifiés et regroupés avant d'être classés selon les thèmes du modèle, soit les cinq pratiques de leadership ainsi que les facteurs organisationnels et personnels

⁴ Comme le terme CHSLD est propre au contexte québécois, le terme « soin de longue durée » a été utilisé.

l'influençant. Cette démarche d'analyse a permis d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'intégration de l'approche palliative.

Résultats

Des 540 écrits identifiés par la recherche documentaire, 17 articles ont été sélectionnés (Tableau 2) et ont été analysés (Tableau 3). De ces 17 écrits, 15 empruntent un devis qualitatif, un écrit utilise un devis quantitatif et un autre est une revue systématique. Les écrits ont été publiés entre 2006 et 2021, dont quatorze après 2010. Les écrits proviennent des États-Unis (n=4), du Canada (n=2), du Royaume-Uni (n=4), de la Suisse (n= 3), d'Autriche/Allemagne (n=1), des Pays-Bas (n=1), de Suède (n=1) et d'Australie (n=1).

Processus de sélection des écrits, tableau PRISMA

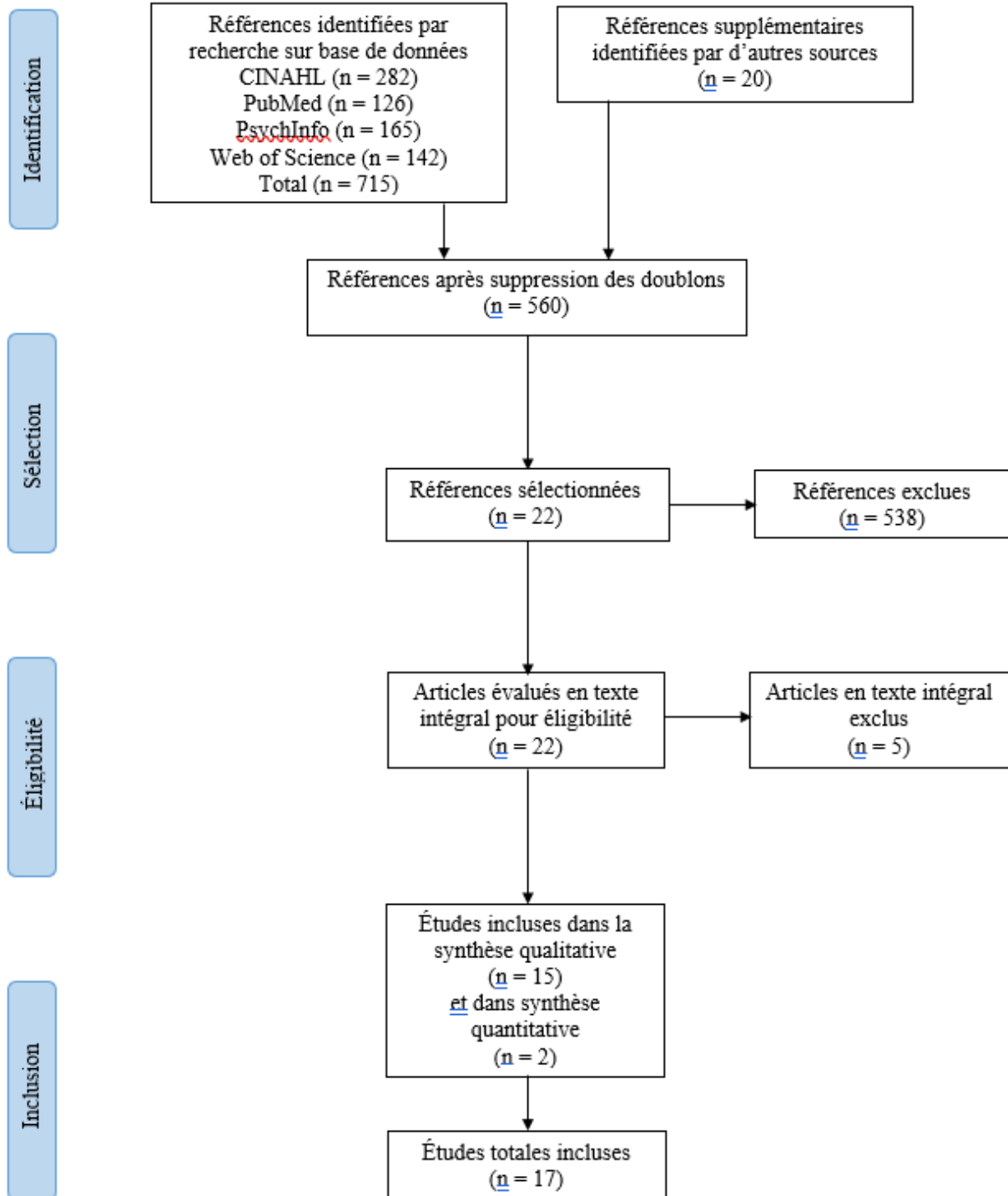


Tableau 2. Processus de sélection des écrits, tableau PRISMA

Caractéristiques écrits sélectionnés

#	Auteur (1er), Année	Région	Méthode	Echantillon	Qualité	Rigueur	Pertinence	Contribution ¹
1	Davies, Sarah et al., 2010	Royaume-Uni	Qualitative phénoménologique, entrevues semi-structurées	Infirmières communautaires (n=5)	9/10	Haut	Haut	5, 7
2	Dobbs, Debra et al., 2006	Etats-Unis	Quantitative descriptive	Administrateurs soins à domicile (SAD) et centre d'hébergement (n=390)	5/10	Bas	Bas	5
3	Dupuis, Réjeanne, 2011	Canada	Qualitative descriptive phénoménologique, entrevues narratives semi-structurées	Infirmières expertes/reconnues en soins palliatifs (n=14)	10/10	Haut	Haut	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
4	Gilissen, Joni et al., 2017	Pays-Bas	Revue systématique de la littérature	Les écrits scientifiques (n=38)	7/11	Haut	Haut	1, 3, 4, 6, 7
5	Håkanson, Cecilia et al., 2014	Suisse	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées	Gestionnaires de première ligne (n=9)	9/10	Haut	Bas	2
6	Heyison, Alistair et al., 2011	Royaume-Uni	Qualitative descriptive, apprentissage par plan d'action et rencontres	Gestionnaires en centre d'hébergement (n=12)	5/10	Bas	Bas	3, 7
7	Holm, Maja et al., 2017	Suisse	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées	Infirmières en maison de soins palliatifs (n=11)	9/10	Haut	Haut	1, 2, 6, 7
8	Jeong, Sarah Yeun-Sim et al., 2007	Australie	Qualitative, étude de cas, observation et entrevues semi-structurées	Infirmières en centre d'hébergement, résidents, membres de famille (n=27)	7/10	Haut	Haut	1, 4, 5, 6, 7
9	Klarare, Anna et al., 2020	Suisse	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées	Chef de l'équipe de soins palliatif d'un centre d'hébergement /10 (n=13)	10/10	Haut	Haut	1, 2, 4, 7
10	Lee, Richard et al., 2017	Royaume-Uni	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées et focus group	Chefs d'unité et équipe terrain au SAD et centre d'hébergement (n=87)	9/10	Haut	Haut	1, 3, 4, 6, 7
11	Lopez, Ruth Palan, 2009	Etats-Unis	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées et observation	Infirmières en centre d'hébergement (n=10)	9/10	Haut	Haut	1, 4, 6, 7
12	Nilsen, Per et al., 2018	Suède	Qualitative descriptive, entrevues semi-structurées	Gestionnaires en centre d'hébergement (n=22)	10/10	Haut	Haut	2, 3, 6, 7
13	Reimer-Kirkham, Sheryl et al., 2016	Canada	Qualitative descriptive interprétative, entrevues semi-structurées et focus group	Infirmières (n=25) et infirmières auxiliaires (n=5)	9/10	Haut	Haut	1, 3, 4, 5, 7
14	Reitinger, Elisabeth et al., 2018	Autriche/Allemagne	Qualitative descriptive, focus group	Proches des personnes étant décédées au centre d'hébergement (n=17)	9/10	Haut	Haut	1, 3, 5, 6
15	Saini, Geeta et al., 2016	Royaume-Uni	Qualitative étude ethnographique, entrevues semi-structurées et tenu d'un journal	Observation dans 2 centres d'hébergement; Proches aidants (n=7) et personnels soignants/encadrements (n=19)	10/10	Haut	Haut	1, 3, 4, 5, 6, 7
16	Sullivan, Suzanne S. et al., 2021	Etats-Unis	Qualitative théorisation ancrée, focus group	Infirmières (n=31)	10/10	Haut	Haut	1, 3, 4, 5, 6, 7
17	Waldrop, Deborah P. & Nyquist, Kathy, 2011	Etats-Unis	Qualitative descriptive, entrevues approfondies	Personnels de soins en centre d'hébergement (infirmières, infirmières auxiliaires et travailleurs sociaux) (n=35)	6/10	Haut	Haut	1, 3, 5, 6, 7

¹ La contribution aux thèmes du modèle intégrateur

Tableau 3. Caractéristiques des écrits sélectionnés

Les prochaines sections présentent les résultats de la revue intégrative selon les sept thèmes du modèle de l'AIIAO (2013), soit les cinq pratiques du leadership et les facteurs organisationnels et personnels. Ensuite sont présentés les barrières et facilitateurs identifiés avant une présentation du modèle intégrateur. Il est à noter que certains résultats pouvaient être associés à plusieurs thèmes du modèle. L'emplacement final des résultats a été décidé selon la pertinence de l'écrit envers le thème et la continuité avec les autres résultats.

Thème #1 : Bâtir des relations et de la confiance

Dans le modèle de l'AIIAO (2013), la pratique nommée « Bâtir des relations et de la confiance » est le fondement sur laquelle les autres pratiques reposent. Elle englobe les relations intraprofessionnelles, interprofessionnelles ainsi qu'avec les autres acteurs, tels les bénévoles, les préposés aux bénéficiaires, les résidents et leurs proches.

Pour favoriser l'intégration de l'approche palliative en CHLSD, des relations de confiance doivent d'être établies autant entre le personnel (Gilissen et al., 2017) qu'entre celui-ci et les proches, mais également à l'intérieur de l'entourage du résident (Sullivan et al., 2021). D'ailleurs, les volontés du résident en matière de soins doivent être respectées par tous (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018), contribuant ainsi à la confiance du résident envers l'équipe de soins. Pour ce faire, l'infirmière doit soutenir et impliquer le résident et ses proches dans la prise de décision, être disponible pour les écouter et leur démontrer de l'empathie (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al. 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011).

Pour favoriser l'intégration de l'approche palliative, l'infirmière doit voir l'équipe comme un tout (Klarare et al., 2020) et s'engager dans une collaboration interprofessionnelle afin d'établir des canaux de communication entre toutes les personnes impliquées auprès du résident, tout en incluant ce dernier (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Klarare et al., 2020; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al. 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021). La communication est nommée comme indispensable à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) de qualité, car l'initiation de la discussion passe par l'établissement d'une relation avec le résident et ses proches afin d'identifier les besoins individuels et de coordonner les soins pour y répondre. Pour maintenir

la confiance avec le résident et ses proches, cette initiation à la discussion nécessite d'identifier le bon moment pour l'engager (Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021), le bon intervenant et la bonne personne parmi les proches (Lee et al., 2017). Saini et al. (2016) identifient quatre stratégies clés pour initier la discussion concernant les SPFV en soins de longue durée, soit : 1) l'enseignement sur la progression de la maladie et les SPFV aux proches ainsi qu'aux personnels, 2) prioriser la discussion en profondeur plutôt que seulement remplir la documentation, 3) fournir l'espace et le temps pour les discussions sensibles et 4) s'assurer qu'un professionnel a la responsabilité d'aborder le sujet. Cette responsabilité reviendrait à l'infirmière. Lopez (2009) suggère qu'une infirmière qui ouvre la communication avec les proches et le médecin contribue à l'élaboration du plan de traitement respectant les volontés du résident.

Thème #2 : Créer un milieu de travail stimulant

Klarare et al. (2020) suggèrent que, pour créer un milieu stimulant contribuant à l'approche palliative, il faut que les infirmières encouragent l'intégration et les avancées en SPFV dans leur pratique. Des écrits identifient des stratégies importantes à la création d'un milieu stimulant intégrant l'approche palliative, comme le soutien par les pairs, être un modèle de rôle et mobiliser l'équipe pour qu'elle s'implique davantage lors des situations de SPFV (Dupuis, 2011; Håkanson et al., 2014; Nilsen et al., 2018). De plus, une infirmière ayant des compétences avancées en SPFV peut favoriser la création d'un environnement accueillant, sécuritaire et tolérant où les émotions vécues par tous peuvent être exprimées (Holm et al., 2017).

Thème #3 : Créer une culture qui encourage le développement et l'intégration des connaissances

Changer la pratique clinique d'un milieu nécessite qu'un leader instigue une culture de changement. La culture nécessaire à l'intégration des SPFV est celle de l'approche palliative (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Hewison et al., 2011; Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018). Nilsen et al. (2018) soutiennent qu'un leader joue un rôle important pour façonner une culture où les valeurs et les croyances seront partagées par tous et refléteront celles de l'approche palliative. Ainsi, les infirmières sont les mieux placées pour

assumer ce rôle par leur implication dans l'enseignement et le coaching des pairs tant des équipes intra qu'interdisciplinaire (Dupuis, 2011; Nilsen et al., 2018) ainsi que des proches. Ce coaching infirmier incite à observer les signes et symptômes de fin de vie et contribuer au soulagement des symptômes en plus d'interpeller l'infirmière au moment opportun (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lee et al., 2017; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Les résultats de l'étude qualitative-descriptive de Reimer-Kirkham et al. (2016) soutiennent la nécessité d'un changement de culture vers l'intégration de l'approche palliative où l'infirmière peut faciliter ce changement par les relations interpersonnelles précédemment mentionnées, la communication, la clarification des rôles et l'éducation en matière de SPFV.

Thème #4 : Mettre en œuvre le changement et en assurer la durabilité

Des écrits soulignent que pour assurer la cohérence des soins offerts aux résidents ainsi que la continuité des SPFV, tous les intervenants du CHSLD doivent naviguer dans le même sens et adhérer aux changements (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Klarare et al., 2020; Lee et al., 2017; Sullivan et al., 2021). Pour que les soins intégrant l'approche palliative soient cohérents pour l'équipe, le résident et ses proches, tout comme le médecin doivent y adhérer (Lopez, 2009; Jeong et al., 2007). Pour se faire, il importe de considérer la notion de « *timing* », qui au-delà du temps est le moment-clé dans l'intégration des SPFV. Plusieurs auteurs (Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021) soulignent que l'identification d'un moment-clé pour intégrer les SPFV améliore la communication et l'adhésion aux SPFV. De plus, afin de respecter les volontés des résidents et de leurs proches, l'intégration de l'approche palliative doit évoluer dans le temps. Parmi les moments-clés mentionnés dans les écrits, notons à l'admission (Saini et al., 2016), au cours d'hébergement selon le niveau de préparation du résident et des proches (Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021) et lors de l'évolution de la condition de santé du résident (Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021).

Thème #5 : Équilibrer les complexités du système, gérer les valeurs et les priorités concurrentes

Puisque les soins sont dispensés selon les directives infirmières, il importe donc à l'infirmière de s'assurer que les soins reçus par les résidents et leurs proches répondent à leurs besoins et leurs volontés ainsi qu'aux bonnes pratiques (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Au niveau des valeurs, des écrits soulignent l'importance pour les infirmières de connaître leurs propres systèmes de valeurs et croyances en lien avec les SPFV (Dupuis, 2011; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016; Waldrop et Nyquist, 2011), de savoir écouter leur intuition pour identifier le bon moment pour intégrer l'approche palliative (Sullivan et al., 2021) et de faire preuve d'une grande intelligence émotionnelle (Davies et al., 2010; Dupuis, 2011) afin de respecter la diversité et les particularités du personnel, des résidents et de leurs proches (Reitinger et al., 2018; Waldrop et Nyquist, 2011). Considérant que des croyances divergentes des membres de l'équipe de soins pourraient avoir un impact négatif sur la qualité des soins, l'infirmière doit connaître son équipe et prendre en considération leur croyance (Dobbs et al., 2006; Dupuis, 2011; Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021).

Thème # 6 : Soutien organisationnel

Selon le modèle de l'AIIAO (2013), le soutien organisationnel inclut la valorisation de la pratique infirmière, les ressources humaines ou financières, le soutien informationnel ou décisionnel et le climat culturel. Le soutien organisationnel module le contexte dans lequel le personnel évolue et constitue un facteur influençant positivement ou négativement les cinq pratiques de leadership transformationnel (AIIAO, 2013).

Différents auteurs (Holm et al., 2017; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011) suggèrent que l'organisation reconnaisse, valorise et soutienne adéquatement les SPFV et l'expertise infirmière s'y rattachant. Pour ce faire, l'organisation doit reconnaître la charge émotionnelle associée et renforcer la collaboration avec l'équipe médicale et spécialisée en soins palliatifs (Lee et al., 2017).

Nilsen et al. (2018) et Saini et al. (2016) soutiennent que pour engager les discussions sur la fin de vie avec les résidents et les proches, le personnel a besoin de temps puisque ces conversations sont souvent chargées d'émotions. Dupuis (2011) et Lee et al. (2017) soutiennent

que la stabilité du personnel et la présence d'une pratique de collaboration interprofessionnelle sont fondamentales à une continuité des soins, particulièrement en SPFV. Ils ajoutent qu'un aspect clé des SPFV est de fournir un soutien émotionnel et pratique aux familles en répondant à leurs besoins, par exemple assouplir les heures de visites ou permettre de dormir sur place. Pour soutenir l'intégration de l'approche palliative, Lee et al. (2017) et Waldrop et Nyquist (2011) recommandent que du soutien émotionnel soit offert par l'organisation et que la charge émotionnelle de ces situations soit considérée dans le calcul de la charge de travail des infirmières (Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011). De plus, un environnement physique adéquat est primordial pour permettre une discussion ouverte avec le résident et ses proches ainsi qu'une bonne collecte de données (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Saini et al., 2016).

Les écrits recensés soutiennent aussi l'importance d'avoir des documents disponibles permettant de soutenir sa pratique en SPFV et documenter adéquatement ses interventions auprès de l'équipe, du résident et de ses proches (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lopez, 2009; Sullivan et al., 2021; Waldrop et Nyquist, 2011). Afin de développer une culture où l'approche palliative est intégrée aux soins courants, des écrits soulignent que l'organisation doit soutenir l'approche palliative intégrée (Reitinger et al., 2018) en s'assurant que du temps soit dégagé pour le développement des connaissances du personnel et en offrant une latitude pour la prise de décision (Nilsen et al., 2018).

Thèmes # 7 : Ressources personnelles

La capacité d'exercer son leadership est influencée par un ensemble de ressources personnelles incluant l'identité professionnelle, les qualités individuelles, les compétences en leadership, le soutien personnel et professionnel ainsi que la formation et le mentorat (AIIAO, 2013).

Afin d'intégrer à leur pratique l'approche palliative, les infirmières doivent inclure la prestation de SPFV comme inhérent à leur rôle (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Lee et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Waldrop et Nyquist, 2011). Les qualités individuelles comme une bonne santé, la capacité de résilience, l'observation, l'empathie et réaliser une bonne collecte de donnée influencent positivement la capacité des infirmières à identifier rapidement les résidents, les proches et les situations nécessitant l'approche palliative

ou des interventions particulières en SPFV (Dupuis, 2011; Jeong et al., 2007; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021). Des auteurs (Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Sullivan et al., 2021) ajoutent que les infirmières doivent être en mesure de s'engager émotionnellement dans la relation avec le résident et ses proches. Pour intégrer l'approche palliative dans sa pratique, des compétences avancées en SPFV et une confiance en ses capacités sont nécessaires (Dupuis, 2011; Holm et al., 2017; Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018). Lee et al. (2017) et Reimer-Kirkham et al. (2016) soutiennent également le développement d'habiletés de communication.

Dû à la charge émotionnelle importante que représente l'accompagnement des résidents et des proches en situation de SPFV, les infirmières doivent bénéficier d'un soutien personnel, professionnel, mais également émotionnel (Davies et al., 2010; Dupuis, 2011; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011). Afin de soutenir le développement continu de leurs connaissances et compétences, les infirmières doivent avoir accès à de la formation et du mentorat (Dupuis, 2011; Gilissen et al., 2017; Lee et al., 2017; Waldrop et Nyquist, 2011) ainsi que du soutien par les pairs (Dupuis, 2011; Hewison et al., 2011; Holm et al., 2017; Nilsen et al., 2018). Les connaissances et compétences à améliorer sont la reconnaissance des signes et symptômes, leurs traitements associés et les trajectoires particulières (Reimer-Kirkham et al., 2016), et ce, plus particulièrement lors de troubles neurocognitifs majeurs (Saini et al., 2016). Les connaissances et compétences des infirmières basées sur les données probantes en SPFV (Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018).

Barrières et facilitateurs

Ce travail de synthèse nous a permis d'identifier des barrières et facilitateurs à l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Comme le souligne Håkanson et al. (2014) le manque de ressources, de compétence, de leadership et de soutien de l'organisation représente des barrières à l'intégration de l'approche palliative. Par exemple, si le nombre de ressources humaines et matérielles ne respecte pas les besoins spécifiques de l'unité, cela occasionne une surcharge de travail (Davies et al., 2010; Håkanson et al., 2014; Klarare et al., 2020; Reimer-Kirkham et al., 2016).

Parmi les facteurs facilitant l'intégration de l'approche palliative, des écrits nomment l'appropriation du rôle infirmier en SPFV (Holm et al., 2017; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et

al., 2016). Parmi les autres stratégies qui facilitent l'intégration de l'approche palliative en CHSLD, Jeong et al. (2007) nomment la collecte de données, planifier et utiliser l'environnement et la présence de mentor. De plus, l'évaluation des situations (Jeong et al., 2007; Sullivan et al., 2021), la communication (Gilissen et al., 2017; Jeong et al., 2007; Lee et al., 2007; Lopez, 2009; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018; Saini et al., 2016; Sullivan et al., 2021), l'éducation des résidents et des proches (Gilissen et al., 2017; Jeong et al., 2007; Reimer-Kirkham et al., 2016; Saini et al., 2016) et avoir une pratique basée sur les données probantes (Jeong et al., 2007; Nilsen et al., 2018) facilitent également l'intégration de l'approche palliative.

Modèle intégrateur

Les résultats ont été rassemblés sous les thèmes du modèle de l'AIIAO (2013). Cette illustration visuelle (Figure 3 et Appendice F) permet un regard rapide sur l'ensemble des thèmes et leur application dans le milieu pour proposer des actions concrètes aux infirmières afin d'intégrer l'approche palliative dans leur pratique quotidienne.

Modèle intégrateur du leadership infirmier transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté du AIAO (2013)

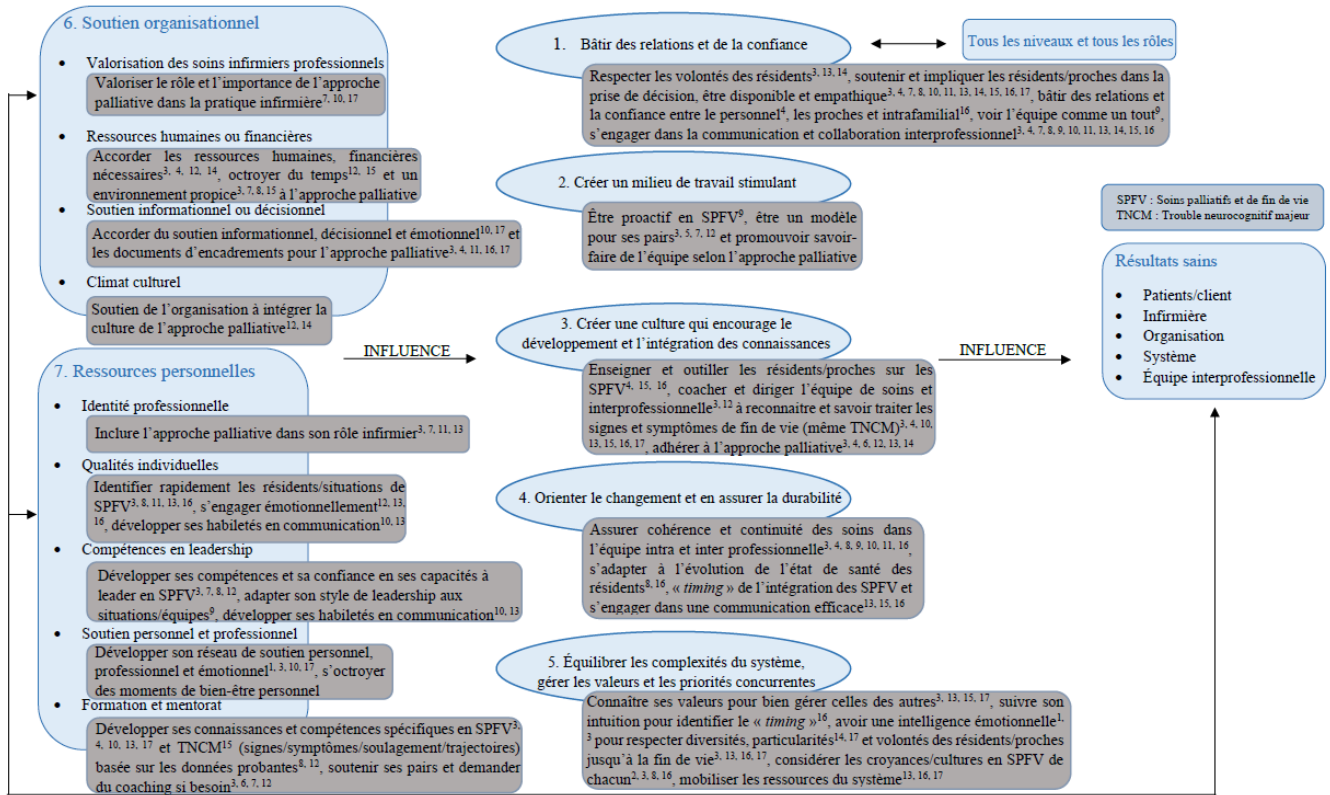


Figure 1. Modèle intégrateur du leadership infirmier transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté de l'AIAO (2013)

Discussion et conclusion

Cette revue intégrative avait pour objectif d'identifier les composantes du leadership infirmier ayant un rôle dans l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. Même si plusieurs articles suggèrent que le leadership facilite l'intégration de l'approche palliative (Davies et al., 2010; Håkanson et al., 2014; Hewison et al., 2011; Holm et al., 2017; Klarare et al., 2020; Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018), le processus par lequel le leadership contribue à cette intégration n'est pas clairement défini dans les écrits recensés.

Sommes toutes, la revue intégrative des écrits a montré que le leadership influence positivement l'implantation de bonnes pratiques de soins et peut ainsi contribuer à l'intégration de l'approche palliative. Le modèle intégrateur propose diverses stratégies pour appliquer les principes de l'approche palliative dans la pratique clinique en CHSLD. Il est primordial pour les infirmières d'aborder le sujet des SPFV dans leurs discussions auprès des résidents et de leurs proches et de les impliquer lorsqu'elles identifient le bon moment et la bonne personne pour ce faire. Ces discussions doivent être introduits auprès de tous, mais pas d'emblée de la même manière ni au même moment. Elles doivent être personnalisées en respect des valeurs et croyances individuelles identifiées par les infirmières. Lors des discussions entourant le niveau d'intervention médicale (NIM) à l'admission par exemple, les infirmières peuvent prêter une attention particulière aux réflexions et commentaires que les résidents et leurs proches peuvent dire pour élaborer la manière qu'elles communiqueront, soit directement ou indirectement. Il importe également que les infirmières s'assurent d'une continuité des soins auprès de l'équipe soignante (intra et interprofessionnelle) en assurant une vigie pour que les volontés des résidents et de leurs proches se reflètent dans les directives infirmières, dans les plans de travail et dans les requêtes professionnelles émises. L'intégration de l'approche palliative est donc l'affaire de tous.

Chapitre 5 : Discussion

Dans le cadre de ce dernier chapitre, un retour sera fait sur la revue intégrative, ce qui l'a motivé, le modèle conceptuel utilisé ainsi que le processus de réalisation et les résultats en ressortant. Ensuite, les forces et limites sont mises en lumière avant d'approfondir les implications possibles au regard de la pratique clinique, de la formation, de la recherche et de la gestion.

But et objectifs

La revue intégrative avait pour objectif d'identifier le rôle du leadership infirmier dans l'intégration de l'approche palliative en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Plus précisément, d'identifier les pratiques du leadership infirmier en CHSLD, d'identifier les barrières et les facilitateurs de l'approche palliative intégrée en CHSLD et d'établir les relations entre les pratiques du leadership infirmier transformationnel et l'intégration précoce de l'approche palliative.

Il ressort que le leadership est un facilitateur dans l'intégration de l'approche palliative (Davies et al., 2010; Dupuis, 2011; Håkanson et al., 2014; Hewison et al., 2011; Holm et al., 2017; Klarare et al., 2020; Nilsen et al., 2018; Reimer-Kirkham et al., 2016; Reitinger et al., 2018). Le degré avec lequel le leadership est défini et où il vient influencer l'intégration de l'approche palliative est à hauteur variable dans les écrits, mais des pratiques ont pu être repérées grâce au modèle conceptuel utilisé. Dans le même sens, des barrières et des facilitateurs ont été identifiés dans les écrits, et ce, en lien avec les aspects organisationnels et les ressources individuelles du modèle de l'AIIAO (2013).

Modèle conceptuel

En suivant les thèmes présents dans le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership (AIIAO, 2013), la relation entre le leadership infirmier et l'intégration de l'approche palliative en CHSLD a pu être décomposée parmi les cinq pratiques, le soutien organisationnel et les ressources personnelles. Il en est ressorti que le leadership des infirmières influencera la pratique de l'équipe de soins, de l'équipe interprofessionnelle ainsi que la compréhension du résident et de ses proches. Le modèle de l'AIIAO (2013) offrait déjà une structure du leadership infirmier nécessaire à son application dans différents milieux de soins. Le milieu des CHSLD et le domaine des soins palliatifs étaient donc la précision amenée par le

présent projet aux thèmes du modèle. L'exercice de recension a permis de constater que les thèmes du modèle sont perméables et que les résultats extraient des écrits se chevauchent dans plus d'un thème. Plus particulièrement, le thème de la communication revenait dans plusieurs sections de l'analyse, ce qui nous laisse croire que la communication pourrait être une compétence nécessaire à l'exercice du leadership et à la mise en application de l'approche palliative. L'identification des moments-clés présente également une récurrence parmi les thèmes et les infirmières qui développent leur acuité pour les identifier faciliteraient l'intégration de l'approche palliative. Les thèmes s'influençaient aussi les uns les autres. Par exemple, pour construire une culture qui intègre l'approche palliative et la mettre en œuvre dans le milieu de soins, la relation et la confiance avec les résidents et les proches sont indispensables. Finalement, bien que le modèle du RNAO souligne l'importance du leadership par l'ensemble des infirmières (en lien avec la mention tous les niveaux et tous les rôles dans le modèle), on pourrait penser que la présence du leadership peut varier selon les rôles professionnels et les années d'expérience. Cette distinction ne semble pas avoir été exploré dans la littérature à ce jour. Il serait pertinent que la recherche se penche sur cette nuance, par exemple si un leader avec une position en gestion aura le même niveau d'impact sur l'intégration de l'approche palliative qu'un leader au chevet ou dans un rôle clinique.

Méthodologie

Lors de la recension, quelques obstacles ont été rencontrés. D'abord, les équations de recherche ont dû être revues par suite d'une première recherche où la génération de résultat était trop grande et ne ciblait pas spécifiquement les concepts clés. Cela a réduit la recherche aux 540 résultats. Des 523 écrits éliminés, plusieurs l'ont été, car ils ne contenaient pas le concept de leadership. Les termes « *charge* », « *administrat** » et « *manage* » combinés avec « *nurs** » jusqu'à quatre mots les séparant a amené à des résumés où il était question de gestion des symptômes et de l'administration de la médication en soins de fin de vie, ce qui est très commun au deuxième concept, soit celui des soins palliatifs. Ces écrits n'abordaient donc pas le concept de leadership, mais seulement de SPFV en soins de longue durée.

Ensuite, certains éléments ressortant des quatre écrits provenant des États-Unis s'éloignaient de la réalité vécue dans le système de santé québécois, par exemple les frais déboursés par le résident et ses proches pour avoir accès à des SPFV. Les dix écrits d'Europe

ou d'Australie ont nécessité la vérification de programme spécifique, tel le « *Advance Care Planning* », soit la planification préalable des soins, ainsi que les structures des équipes de soins et des soins de première ligne. La planification préalable des soins était définie comme l'implantation des SPFV. Celle-ci explore la volonté des personnes et il s'agit de documents se rapprochant des directives médicales anticipées au Québec et non l'application de l'approche palliative. Cependant, Gilissen et al. (2017) et Jeong et al. (2007) suggèrent que l'implantation et la responsabilité d'intégrer la planification préalable des soins permet l'ouverture de discussions et d'accompagner le résident et ses proches a exprimé ses volontés afin de guider les soins. Les éléments soulevés allaient donc au-delà d'une complétion de document, mais offraient un guide aux infirmières sur comment les intégrer pour faciliter l'application des principes de l'approche palliative. Les deux écrits d'origine canadienne et l'écrit de la Suède, où le système ressemble au réseau québécois en fait de politique, de gestion et d'organisation du travail ont été d'autant plus pertinent puisque les éléments abordés correspondaient à la réalité vécue au Québec, par exemple comment une reddition de compte ou les nombreux changements de politique peuvent créer une fatigue du changement. Cette fatigue du changement peut créer un désengagement du personnel et une barrière à un changement de culture comme l'implantation de l'approche palliative. Dans sa thèse, Dupuis (2011) présentait le point de vue d'infirmières soignantes en soins palliatifs et d'infirmières référentes en SPFV et leur compréhension du leadership en soins palliatifs dans le contexte québécois et quelles significations elles attribuent à leur pratique et à leurs actions. L'entièreté des thèmes du modèle de l'AIIAO (2013) était abordée dans la recherche de Dupuis (2011).

Certains écrits présentaient également des échantillons non exclusifs à des infirmières, mais présentaient aussi des intervenants en travail social et une distinction a dû être faite pour l'analyse des résultats (Nilsen et al., 2018; Saini et al., 2016). Il est aussi intéressant de noter la différence entre certains écrits où l'intervenant est dégagé et il y a une équipe dédiée aux SPFV (Håkanson et al., 2014; Jeong et al., 2007; Saini et al., 2016) comparativement aux équipes soignantes directement au chevet des résidents. Lorsqu'il y a un intervenant ou une équipe dégagée pour les SPFV, les données recueillies étaient ciblées et le personnel dégagé avait des connaissances à jour et sa pratique respectait les données probantes, mais un désengagement des autres membres du personnel était observé ainsi qu'une certaine frustration à ne pas poursuivre les soins jusqu'à la fin alors qu'ils avaient déjà un lien d'établi auprès des résidents et de leurs

proches. En l'absence d'un intervenant ou d'une équipe dédiée, il était clair que l'équipe devait prendre la responsabilité des SPFV, mais une surcharge de travail était alors notée ainsi qu'un manque de temps (Nilsen et al., 2018). Il serait intéressant pour de futures études d'évaluer s'il y a un impact au niveau de l'intégration de l'approche palliative entre une équipe dédiée ou non et si ce pourrait être un modèle d'organisation réaliste et pertinent pour améliorer les SPFV.

Forces et limites

La revue intégrative a permis la consultation de types d'écrits variés. Cependant une majorité des écrits étaient exploratoires à devis qualitatif, un seul écrit quantitatif et une revue systématique ont été inclus. L'une des forces de ce travail consiste en la pertinence du processus de recherche documentaire pour répondre à l'objectif, soit d'explorer le contexte des soins de longue durée. Néanmoins, l'étudiante-chercheuse tient à souligner que les résultats ne sont pas nécessairement généralisables pour l'entièreté du continuum de soins que traverseront le résident et ses proches avant d'arriver en CHSLD. D'autres recherches pourraient être réalisées à cet effet. Par ailleurs, le faible volume d'écrits recensés suggère que de plus amples recherches doivent être menées sur le leadership et l'approche palliative en contexte de soins de longue durée. Une limite de la recherche est la grande variété dans les échantillons autant au niveau du nombre que de sa constitution où il n'y avait pas exclusivement des infirmières.

La sélection des écrits n'a été réalisée que par l'étudiante plutôt qu'à deux, certains écrits pourraient donc avoir été éliminés par erreur, cependant lors de tous doutes pendant la sélection des écrits, l'étudiante validait auprès de la directrice. De plus, comme plusieurs écrits ont été retirés à défaut d'inclure explicitement le leadership, il n'est pas exclu que certains aient pu traiter des thèmes du leadership infirmier implicitement sans pour autant nommer le concept dans le titre, les mots-clés ou le résumé.

Une force de la recherche documentaire est sa rigueur, car celle-ci a été basée sur une méthode réputée de Whittemore et Knafl (2005), les concepts et leurs synonymes en découlant étaient bien identifiés et les équations de recherche ont été validées avec le soutien d'un bibliothécaire et de la directrice. Les banques de données choisies sont reconnues en sciences de la santé.

Retombées du projet

Le travail réalisé suggère des retombées pour les sciences infirmières à plusieurs niveaux soit pour la pratique clinique, la formation, la recherche et la gestion.

Pour la pratique clinique

Le modèle de l'AIIAO (2013) propose des pratiques pour un leadership transformationnel concret dans un milieu et les résultats obtenus proposent diverses stratégies pour appliquer les principes de l'approche palliative dans la pratique clinique en CHSLD. D'abord, il est primordial pour les infirmières d'aborder le sujet des SPFV dans leurs discussions auprès des résidents et de leurs proches et de les impliquer lorsqu'elles identifient le bon moment et la bonne personne pour ce faire. Ces discussions ne doivent pas être de routine, car elles doivent certes être introduites auprès de tous, mais pas d'emblée de la même manière ni au même moment et les infirmières doivent chercher à les personnaliser en respect des valeurs et croyances individuelles. Lors des discussions entourant le niveau d'intervention médicale (NIM) à l'admission par exemple, les infirmières peuvent prêter une attention particulière aux réflexions et commentaires que les résidents et ses proches peuvent dire afin d'élaborer la manière qu'elles communiqueront, soit directement ou indirectement. De plus, il importe également que les infirmières s'assurent d'une cohésion et d'une continuité des soins auprès de l'équipe soignante, mais également auprès de l'équipe interprofessionnelle en assurant une vigie que les volontés des résidents et de leurs proches se reflètent dans les directives infirmières, dans les plans de travail et dans les requêtes professionnelles émises.

Pour la formation

Les résultats recueillis mettent en lumière l'importance de la formation en matière de SPFV tant au niveau des infirmières et de l'équipe soignante et interprofessionnelle, mais également l'éducation des résidents et de leurs proches. Les soins palliatifs devraient être intégrés dans le cursus régulier de la formation infirmière afin que toutes y soient sensibilisées. Le développement des connaissances en soins palliatifs ressort comme un élément important au leadership et à l'intégration de l'approche palliative. Des formations continues devraient également être offertes régulièrement ainsi qu'un soutien par les pairs et du coaching selon les besoins individuels des infirmières.

Pour la recherche

Le présent projet nous a permis d'identifier des pistes de recherches futures. Entre autres, comme le leadership ne s'applique pas qu'aux infirmières gestionnaires, il semble important d'explorer la perception des infirmières soignantes quant au leadership infirmier et son effet sur l'intégration de l'approche palliative. Il serait également pertinent d'explorer comment le leadership infirmier contribue aux SPFV dans le reste du continuum de soins afin d'identifier les similarités et différences entre les milieux de soins et si les résultats trouvés lors de la présente revue intégrative peuvent se généraliser à d'autres milieux.

Pour la gestion

Les résultats démontrent le rôle important que joue l'organisation et la gestion du système de santé dans l'intégration de l'approche palliative. La valorisation des soins infirmiers et des SPFV dans la conception des directives et des documents d'encadrement entraînera des répercussions sur l'intégration de l'approche palliative en CHSLD. De plus, l'organisation définit les ressources humaines, financières et émotionnelles qui seront attribuées en CHSLD. Ces éléments peuvent autant être des facilitateurs notables que des barrières considérables à l'intégration de l'approche palliative. Il s'avère important que les organisations se penchent sur l'évaluation des besoins des professionnels travaillant en CHSLD afin de soutenir le développement de leurs connaissances et de leurs aptitudes en SPFV. L'organisation pourrait par exemple, offrir à même les CHSLD des formations continues sur l'approche palliative, assurer une vigie de la qualité des soins en matière de SPFV et offrir du soutien clinique si besoin, s'assurer que les gestionnaires soient également formés et pratiquent une gestion de proximité avec leur équipe. Certaines de ces pistes ont d'ailleurs été discutées lors des derniers états généraux de la profession infirmière où l'importance d'une gestion de proximité, d'une gouvernance infirmière, du soutien clinique et de la formation continue est ressortie comme des éléments gagnants à une bonne pratique infirmière ainsi qu'au développement d'une expertise infirmière. Il serait donc gagnant de miser sur une expertise infirmière forte en SPFV basée sur des données probantes afin d'améliorer les soins prodigués aux résidents et à leurs proches.

Conclusion

Ce travail dirigé a permis de mettre en lumière le rôle du leadership infirmier sur l'intégration de l'approche palliative en CHSLD, mais également les facteurs l'influençant. L'intégration précoce de l'approche palliative doit se faire sur des relations solides et une confiance au sein de l'équipe ainsi qu'auprès des résidents et de leurs proches. Les infirmières doivent endosser pleinement leur rôle et devenir des modèles pour les membres du personnel. Elles doivent également être à l'affût pour repérer rapidement s'il y a des signes et symptômes de fin de vie, enseigner au personnel ainsi qu'aux résidents et à leurs proches afin de les soulager efficacement dans le respect de leurs volontés.

De plus, l'approche palliative doit être une priorité organisationnelle pour que les soins infirmiers en SPFV soient valorisés. Les exigences de l'organisation doivent aller de pair avec les ressources financières et humaines octroyées et celles-ci doivent correspondre aux besoins des CHSLD pour prodiguer des SPFV de qualité à l'ensemble des résidents et leurs proches. L'environnement et le temps doivent aussi être propice à une dispensation de SPFV de qualité, mais également aux proches d'être présents à tout moment selon les volontés des résidents et de leur besoin. L'organisation doit mettre à disposition du personnel, des résidents et de leurs proches des documents d'encadrement soutenant l'approche palliative attendue basée sur des données probantes. Il importe également que les valeurs organisationnelles soient en cohérence avec la culture de l'approche palliative.

Au niveau individuel, les infirmières doivent s'approprier leur rôle et responsabilité en matière de prestation de soins et services en soins palliatifs. Elles doivent également s'engager émotionnellement ainsi que dans le développement de leurs connaissances et de leur compétence autant en SPFV qu'en termes de leadership afin de bien soutenir leurs pairs. Il importe aux infirmières d'avoir un réseau de soutien personnel, professionnel et émotionnel afin de conserver un équilibre et de pouvoir bien accompagner les résidents et leurs proches jusqu'à la fin de leur vie.

Finalement, l'intégration de l'approche palliative en CHSLD est positivement influencée par le leadership infirmier, mais elle n'en reste pas moins l'affaire de tous, à tous les niveaux du système de santé.

Références

- Allard, E., Prud'homme, G., Lachance, G. et Francoeur, L. (2021). L'approche palliative : fondement pour des soins de qualité et éthiques. *La Gérontoise*, 32(2), 7-11.
- American Association of Nurse Assessment Coordination. (2014). *Nursing leadership. Management & leadership styles*. <https://www.aanac.org/docs/white-papers/2013-nursing-leadership---management-leadership-styles.pdf?sfvrsn=2>
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD*. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Montréal.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Le leadership de la profession infirmière*. Énoncé de position. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Le_leadership_de_la_profession_infirmiere_enonce_de_position.pdf
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier*, (2e éd.). Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Aubé, D. et Souffez, K. (2016). *Le vieillissement au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/028-le-vieillissement-au-quebec.pdf>
- Bédard, C., Major, D., Ladouceur-Kègle, P., Guertin, M.-H. et Brisson, J. (2006). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs. Partie 1 : Population adulte (20 ans et plus)*. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/472-SoinsPalliatifsQuebec.pdf>
- Bergman, H. (2009). *Relevé le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>
- Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Mujezinović, I., Janssen, D. J. A., Schols, J. M. G. A., Zwakhalen, S. M. G., Khemai, C., Knapen, E. P. A. G. M., Dijkstra, L. et Meijers, J. M. M. (2021). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103781. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103781>

- Bravo, G., Dubois, M.-F., Demers, L., Dubuc, N., Blanchette, D., Painter, K., Lestage, C. et Corbin, C. (2014). Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), 330-336. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu032> %J International Journal for Quality in Health Care
- Caron, C., (2004). Fin de vie et démence : soutenir les aidants familiaux lorsque des décisions surviennent. *La Gérontoise*, 15(1), 21-33.
- Center for Improving Value in Health Care. (2012). *Palliative care best practices a guide for long-term care and hospice*. CIVHC. <https://www.civhc.org/wp-content/uploads/2017/08/Palliative-Care-Best-Practices-Guide-2012.pdf>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD*. Info-Performance. (Bulletin N°16, p.4) https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_no16.pdf
- Davies, S., Jenkins, E. et Mabbett, G. (2010, mars). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*, 15(3), 141-146. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.3.46903>
- Dobbs, D. J., Hanson, L., Zimmerman, S., Williams, C. S. et Munn, J. (2006, décembre). Hospice attitudes among assisted living and nursing home administrators, and the long-term care hospice attitudes scale. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1388-1400. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1388>
- Dowson, L., Friedman, N. D., Marshall, C., Stuart, R. L., Busing, K., Rajkhowa, A., Gotterson, F. et Kong, D. C. M. (2020). The role of nurses in antimicrobial stewardship near the end of life in aged-care homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103502. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103502>
- Dupuis, R. (2011). Nursing leadership in palliative care: The point of view of committed and experienced nurse leaders [Thèse de doctorat, York University (Canada)]. CINAHL Plus with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109857319&lang=fr&site=ehost-live>
- Francoeur, L. (2016, 5 mai). *Les soins de fin de vie en CHSLD : les enjeux*. [Communication orale]. Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS). https://palliscience.com/sites/default/files/miseencommun/francoeur_louise_0.pdf
- Francoeur, L. (2017). *Exercice infirmier en soins palliatifs et de fin de vie en soins de longue durée*. [Communication oral]. Congrès OIIQ 2017. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2017/pdf/A36-exercice-infirmier-soins-palliatifs.pdf>

- Francoeur, L. et Durand, S. (2016). Les soins de fin de vie. Rôles et responsabilités de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 13(1), 56-64.
- Gilissen, J., Pivodic, L., Smets, T., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L. et Van den Block, L. (2017). Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.003>
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B. et Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership*, 25(2), 38-50. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22960>
- Guertin, M.-H., Tremblay, M., Allard, É., Pucella, E., Hamel, D. et Duhoux, A. (2021). *Indicateurs de soins palliatifs : mise à jour des résultats pour la population adulte du Québec (2002-2016)*. Institut National de Santé Publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2727_indicateurs_soins_palliatifs_adultes.pdf
- Håkanson, C., Cronfalk, B. S., Henriksen, E., Norberg, A., Ternstedt, B. M. et Sandberg, J. (2014). First-Line nursing home managers in Sweden and their views on leadership and palliative care. *Open Nursing Journal*, 8, 71-78. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010071>
- Hasson, F., Kernohan, W. G., Waldron, M., Whittaker, E. et McLaughlin, D. (2008). The palliative care link nurse role in nursing homes: barriers and facilitators. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 64(3), 233-242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04803.x>
- Hawley, P. (2015). *Le « Noeud papillon » des soins palliatifs : un modèle pour le 21e siècle*. Portail canadien en soins palliatifs. https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/The+Bow+Tie+Model+of+21st+Century+Palliative+Care.aspx
- Hewison, A., Badger, F. et Swani, T. (2011). Leading end-of-life care: an action learning set approach in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(3), 135-141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.3.135>
- Holm, M., Goliath, I., Södlind, H. et Alvariza, A. (2017, 2 avril). Leading an intervention for family caregivers-a part of nursing in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(4), 166-172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.166>

- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2019. Chapitre 3 : Décès et mortalité. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2019.pdf>
- Jeong, S. Y., Higgins, I. et McMillan, M. (2007). Advance care planning (ACP): the nurse as 'broker' in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(2), 184-195. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.26.2.184>
- Kaasalainen, S., Ploeg, J., McAiney, C., Schindel Martin, L., Donald, F., Martin-Misener, R., Brazil, K., Taniguchi, A., Wickson-Griffiths, A., Carter, N. et Sangster-Gormley, E. (2013). Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 477-485. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.477>
- Klarare, A., Lind, S., Hansson, J., Fossum, B., Fürst, C. J. et Lundh Hagelin, C. (2020, Jan). Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 102-111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12902>
- Lambert, P. et Lecomte, M. (2000). *Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie*. Rapport sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs20052>
- Lee, R. P., Bamford, C., Poole, M., McLellan, E., Exley, C. et Robinson, L. (2017, juin). End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practice. *Plos One*, 12(6), 19, article no e0179355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179355>
- Lopez, R. P. (2009). Decision-making for acutely ill nursing home residents: nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(5), 1001-1009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04958.x>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Orientation ministérielle. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Document d'introduction. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Soins palliatifs*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/soins-palliatifs/>
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L. et Hamel, M. B. (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia.

The New England Journal of Medicine, 361(16), 1529-1538.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>

Nilsen, P., Wallerstedt, B., Behm, L. et Ahlström, G. (2018). Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation Science*, 13, 1-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0699-0>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de longue durée (CHSLD)*. Cadre de référence. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2004). *The Solid Facts: Palliative Care*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2020). *Soins palliatifs*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Developing and sustaining nursing leadership, (2nd ed.)*. Toronto, ON. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_Booklet_Web_1.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). *End-of-life care during the last days and hours*. Toronto, ON. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/End-of-Life_Care_During_the_Last_Days_and_Hours_0.pdf

Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane, M. et Stajduhar, K. (2016, août). '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. <https://doi.org/10.1111/jocn.13256>

Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K. et Wegleitner, K. (2018). Palliative care culture in nursing homes: The relatives' perspective. *Journal of Research in Nursing*, 23(2-3), 239-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1744987117753275>

Saini, G., Sampson, E. L., Davis, S., Kupeli, N., Harrington, J., Leavey, G., Nazareth, I., Jones, L. et Moore, K. J. (2016, 7 juillet). An ethnographic study of strategies to support

- discussions with family members on end-of-life care for people with advanced dementia in nursing homes. *BMC Palliative Care*, 15, 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0127-2>
- Simard, M., Dubé, M., Gaulin, M., Trépanier, P.-L. et Sirois, C. (2019) *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*. Institut national de santé publique du Québec. Rapport de surveillance. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf
- Stajduhar, K. I. (2011). Chronic illness, palliative care, and the problematic nature of dying. *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 43(3), 7-15.
- Sullivan, S. S., Mann, C., Mullen, S. et Chang, Y. P. (2021, 27 janvier). Homecare nurses guide goals for care and care transitions in serious illness: A grounded theory of relationship-based care. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14739>
- Thompson, G. N. et McClement, S. E. (2019). Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. *BMC Nursing*, 18(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5>
- van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A. et Burack, O. R. (2015). Preparedness for resident death in long-term care: The experience of front-line staff. *Journal of pain and symptom management*, 50(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.008>.
- Verschuur, E.M.L., Groot, M.M. et van der Sande, R., (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: A dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245.
- Waldrop, D. P. et Nyquist, K. (2011). The transition from routine care to end-of-life care in a nursing home: exploring staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(2), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.04.002>
- Whittemore, R., et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.

Appendice A : Autorisation d'utilisation de l'AIIAO

January 28, 2022

Dear Gabrielle Prud'homme,

As developers of the *Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier (Deuxième édition)*, the Registered Nurses' Association of Ontario hereby grants you permission to use *Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier*, figure 2, page 16 as requested for work related to your thesis and for an upcoming article to be published in *La Gérontoise*, based on your thesis.

It is understood that the above content and the indication that it is adapted/modified from the above resource published by the Registered Nurses' Association of Ontario remains with the content.

Please reference as follows:

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier*, (2e éd.). Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

With best wishes,



Heather McConnell RN, BScN, MA(Ed)
Director, International Affairs and Best Practice Guidelines Centre

Appendice B : Liste des descripteurs par concept

Liste des descripteurs par concept

Concepts	Leadership infirmier		Approche palliative		Soins de longue durée
Descripteurs	(MH "Nursing leaders") OR (MH "Nurse Administrators ") OR (MH "Leaders ") OR (MH "Nurse Counselors ") OR (MH "Nurse Legal Consultant ") OR (MH "Nursing Skills ") OR (MH "Nursing Assistants") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Gerontologic Nurse Practitioners") OR (MH "Expert Nurses") OR (MH "Clinical Nurse Specialist") OR (MH "Advanced Nursing Practice") OR (MH "Charge Nurses") OR (MH "Head Nurses") OR (MH "Advanced Practice Nurses")	AND	(MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR (MH "Terminal Care")	AND	(MH "Nursing Home Patients") OR « (MH "Nursing Homes") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Gerontologic Nursing") OR (MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Gerontologic Care") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Residential Care") OR (MH "Postmortem Care")

	OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Management") OR (MH "Nurse-Patient Relation") OR (MH "Leadership") OR (MH "Nurse Managers")				
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Appendice C : Stratégie de recherche et résultats

Stratégie de recherche et résultats

Base de données	Concept	Formules
<i>CINAHL</i> (Title, Abstract, MW world)	Leadership infirmier	nurs* N4 (charge OR administrat* OR manage* OR leader*)
	Approche palliative	(end N2 life) OR ((terminal* OR palliative OR hospice OR dying) N2 (care OR approach* OR intervention* OR practice*))
	Soins de longue durée	((elder* OR nurs*) N1 (home* OR house*)) OR ((geriatric* OR geronto* OR "long term" OR longterm) N2 care)
<i>PubMed</i> (Title/Abstract)	Leadership infirmier	("Nurs*" AND "leader*") OR "charge nurse" OR (nurse AND ("administrat*" OR "manager*"))
	Approche palliative	((palliative OR end-of-life OR terminal OR hospice) AND (care OR approach OR intervention OR practice))
	Soins de longue durée	("elder*" OR nursing) AND (home OR house)) OR ((Geriatric OR "Gerontolog*" OR long-term) AND care)
<i>PsycInfo</i> (Title, Abstract, Keywords)	Leadership infirmier	nurs* NEAR/4 (charge OR administrat* OR manage* OR leader*)
	Approche palliative	(end NEAR/2 life) OR ((terminal* OR palliative OR hospice OR dying) NEAR/2 (care OR approach* OR intervention* OR practice*))
	Soins de longue durée	((elder* OR nurs*) NEAR/1 (home OR house)) OR ((geriatric* OR geronto* OR long-term) NEAR/2 care)
Web of Science	Leadership infirmier	nurs* NEAR/4 (charge OR administrat* OR manage* OR leader*)
	Approche palliative	(end NEAR/2 life) OR ((terminal* OR palliative OR hospice OR dying) NEAR/2 (care OR approach))
	Soins de longue durée	((elder* OR nurs*) NEAR/1 (home OR house)) OR ((geriatric* OR geronto* OR long-term) NEAR/2 care)

Résultats de recherche					
Éléments		CINAHL	PubMed	PsycInfo	Web of Science
Mots clés	Nombre articles / avec champs	(1) 88 554 (2) 71 822 (3) 103 258	(1) 26 178 (2) 80 787 (3) 137 665	(1) 25 628 (2) 20 182 (3) 21 435	(1) 23 737 (2) 74 303 (3) 68 090
	Nombre avec inclusions exclusions (année/langue)	(1) 66 054 (2) 63 274 (3) 80 871	(1) 19 673 (2) 66 096 (3) 101 404	(1) 25 220 (2) 18 580 (3) 16 215	(1) 20 477 (2) 66 137 (3) 53 575
	Sous-total mots clés	258	123	165	142
Descripteurs	Nombre articles	(1) 110 459 (2) 70 802 (3) 90 616	(1) 15 358 (2) 106 690 (3) 85 583	(1) 937 (2) 34 897 (3) 44 587	-
	Nombre avec inclusions exclusions (année/langue)	(1) 85 845 (2) 60 306 (3) 70 859	(1) 6 655 (2) 61 670 (3) 39 918	(1) 700 (2) 25 603 (3) 34 252	-
	Sous-total descripteurs	143	4	0	-
	Total additionné	282	126	165	142
EndNote	Importation	276	126	157	142
	Retrait doublons	260	87	129	64
		540			
	Nombre lecture titre et abstract	260 – 249 = 11	87 – 80 = 7	129 – 127 = 2	64 – 62 = 2
	Sous-total	22			
	Retrait non accessibles	0			
	Retrait après lecture	5			
Grand total	Nombre pour analyse	17			

Appendice D : Écrits retirés

Tableau des écrits retirés

Auteurs/(Année)	Titre	Raison retrait
Bolt, Sascha R.; van der Steen, Jenny T.; Mujezinović, Irma; Janssen, Daisy J. A.; Schols, Jos M. G. A.; Zwakhalen, Sandra M. G.; Khemai, Chandni; Knapen, Els P. A. G. M.; Dijkstra, Lara; Meijers, Judith M. M. /(2021)	Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review	Spécifique au COVID-19 et non général
Dowson, Leslie; Friedman, N. Deborah; Marshall, Caroline; Stuart, Rhonda L.; Buising, Kirsty; Rajkhowa, Arjun; Gotterson, Fiona; Kong, David C. M. /(2020)	The role of nurses in antimicrobial stewardship near the end of life in aged-care homes: A qualitative study	Ciblé sur l'utilisation des antibiotiques en fin de vie, mais pas du point de vue de l'approche palliative, simplement sur l'effet du Rx
Hasson, Felicity; Kernohan, W. George; Waldron, Mary; Whittaker, Evelyn; McLaughlin, Dorry /(2008)	The palliative care link nurse role in nursing homes: barriers and facilitators	Ne mentionne aucunement le leadership
Kaasalainen, Sharon; Ploeg, Jenny; McAiney, Carrie; Schindel Martin, Lori; Donald, Faith; Martin-Misener, Ruth; Brazil, Kevin; Taniguchi, Alan; Wickson-Griffiths, Abigail; Carter, Nancy; Sangster-Gormley, Esther /(2013)	Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes	Est axé sur l'intégration du rôle de la « <i>nurse practitioner</i> » plutôt que sur l'intégration du SPVF et ne fait pas mention du rôle du leadership.
Thompson, Genevieve N.; McClement, Susan E. /(2019)	Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia	Ne traite pas de l'approche palliative et il n'est aucunement fait mention du leadership. Traite l'approche à privilégier auprès de la clientèle souffrant de démence.

Appendice E : Preuve de soumission de l'article à la revue *La Gérontoise*

Courriel de réception de l'article par la rédactrice en chef de la revue *La Gérontoise*



Labbé Ginette <[redacted]>

Mer 2022-02-02 14:32

À : Gabrielle Prud'Homme



Bonjour madame Prud'homme,

Merci pour votre texte.

Je l'envoie à la réviseuse linguistique pour lecture. Votre texte vous sera retourné avant l'envoi au graphiste si suggestion de changement majeur dans le texte.

Sincèrement vôtre,

Ginette Labbé, inf. clinicienne retraitée
Rédactrice en chef par intérim de *La Gérontoise*



Appendice F : Modèle intégrateur du leadership transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté du AIIAO (2013)

Modèle intégrateur du leadership infirmier transformationnel pour l'approche palliative en CHSLD, adapté du AIIAO (2013)

