

Université de Montréal

Élaboration d'un programme de formation continue en ligne sur les soins palliatifs aux
personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

par

Sophia Merisier

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.sc.)
en soins infirmiers option formation

Décembre 2011

© Sophia Merisier, 2011

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :

Élaboration d'un programme de formation continue en ligne sur les soins
palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Présenté par :
Sophia Merisier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Alain Legault, Ph. D., directeur du travail dirigé
Sylvie Cossette, Ph. D., membre du jury

Résumé

Le bienfait des soins palliatifs dans la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique est maintenant reconnu sur le plan international (Organisation mondiale de la santé, 2004). Malgré cette constatation, nombreuses sont les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui décèdent dans des lits de soins de courte durée, accompagnées par des infirmières ayant peu de compétences en matière de soins palliatifs (Institut national de santé publique du Québec, 2006). L'une des solutions possibles à ce problème est de former en matière de soins palliatifs les infirmières œuvrant dans des milieux de soins où elles sont susceptibles d'accompagner des patients vers la mort et de soutenir leurs familles. Par contre, compte tenu des diverses contraintes causées par la pénurie d'infirmières, il est très difficile, dans le contexte de soins actuel, de permettre aux infirmières d'assister à des formations continues. En offrant des formations en ligne, nous pouvons peut-être contourner ce problème. En effet, l'Internet est un outil offrant beaucoup de flexibilité aux apprenants en leur permettant, notamment, de choisir le moment et le lieu qui leur conviennent pour effectuer une formation. Ce travail dirigé a donc pour but d'émettre des propositions quant à la forme et au contenu que devrait présenter une formation en ligne pour les infirmières sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. À cette fin, une synthèse critique des écrits théoriques et empiriques en matière de soins palliatifs destinés à la clientèle

insuffisante cardiaque a été réalisée. La même démarche a été appliquée à l'usage de l'Internet dans le domaine de la formation continue.

Mots-clés : Insuffisance cardiaque, soins palliatifs, soins palliatifs de fin de vie, formation en ligne

Abstract

The benefits of palliative care for people with chronic disease is now recognized worldwide (World Health Organisation, 2004). Despite this fact, many elderly patients with heart failure are still dying in acute care hospital settings cared for by nurses who are inappropriately trained to cope with their condition (National Public Health Institute of Quebec, 2006). This can be solved by training nurses who are likely to care for families with dying patients in the field of palliative care. Unfortunately, today, nurse's shortage threatens the attendance of continuing education courses. Another idea is to allow nurses to complete their studies online which offer flexible hours and accessible Internet locations. It would be imperative to consider these propositions in favor for palliative care tutoring and online studies in order to insure the well-being of future elderly patients. In consequence, the goal of this paper is to formulate propositions in regards of the content and the form that should have an online course on palliative care for elderly with heart failure. To achieve that aim a synthesis of theoretical and empirical studies on palliative care for heart failure and the use of Internet in continuing education was made.

Keyword: Heart failure, palliative care, end of life palliative care, online education

Tables des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iv
Tables des matières.....	v
Liste des tableaux	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements	ix
Recension des écrits.....	16
Les soins palliatifs et le caring.....	16
Les soins palliatifs en situation d'insuffisance cardiaque.....	20
La définition et le rôle des soins palliatifs.....	21
L'accès de la clientèle cardiaque aux soins palliatifs	24
La spécificité des soins palliatifs pour les insuffisants cardiaques.....	26
Discussion sur la mort	27
Les soins palliatifs sur des unités de soins aigus	31
Les symptômes de fin de vie	33
Le traitement.....	33
La formation.....	40
La nécessité d'une formation en soins palliatifs.....	42
La formation en ligne.....	44
Le paradigme de l'enseignement et le paradigme de l'apprentissage	50
L'approche par compétences	53
Les types de connaissances.....	55
Propositions pour l'élaboration d'une formation en ligne sur les soins palliatifs de fin de vie chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque	58

L'analyse du contexte de la formation.....	58
Le choix des compétences visées par la formation.....	61
La détermination des méthodes d'enseignement/apprentissage	65
L'identification des ressources internes et externes à acquérir et à mobiliser	66
L'organisation du travail du professeur et des apprenants puis les modalités de suivi	69
Conclusion.....	74
Appendice A	91
L'insuffisance cardiaque	91
La définition et les symptômes	92
Les impacts	93
Le traitement.....	95
Appendice B	97
Appendice C	99
Appendice D	100

Liste des tableaux

Tableau 1 : Symptômes ressentis par les insuffisants cardiaques en fin de vie.	34
Tableau 2 : Compétences visées par la formation (adaptées de Legault et coll., 2009).....	63
Tableau 3 : Ressources à acquérir en fonction des compétences visées par la formation pour chaque histoire de cas.....	68

Liste des abréviations

AIIC : Association des infirmières et des infirmiers du Canada

ARA : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVD : Activités de la vie domestique

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CLSC : Centre local de services communautaires

DEC : Diplôme d'études collégiales

ECOS : Examen clinique d'objectifs structurés

ERIC : Education Resources Information Center

ICM : Institut de cardiologie de Montréal

IECA : Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

IPSC : Infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie

MEDLINE : Retrieval System Online

MELS : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

NYHA: New York Heart Association

OIIQ: Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

Remerciements

À mon directeur Alain Legault, mes très sincères remerciements pour les nombreux conseils et l'intérêt porté à mon travail. Celui-ci n'aurait pas été une réussite sans vos précieux avis.

Je remercie Anie Brisebois qui a participé au début de ce projet, ses commentaires m'ont aidée à prendre mon envol.

Mes remerciements d'adressent également au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même qu'à l'Institut de cardiologie de Montréal pour leur soutien financier à la réalisation de cette maîtrise.

Un merci tout particulier à Nephtalie Maignan. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude pour son appui dans cette épreuve que nous avons traversée main dans la main.

À ma famille et à mes amis, merci pour cette affectueuse complicité, le soutien et les nombreux encouragements. Leur présence m'a permis de conserver une belle qualité de vie au cours de ces dures années d'étude.

Introduction

Alors que jadis la plupart des gens décédaient à domicile entourés de leurs proches, de nos jours, cet événement a souvent lieu en milieu hospitalier. Ainsi, au Québec, 69,8 % des décès enregistrés entre 1997 et 2001 sont survenus dans un milieu hospitalier général ou spécialisé (Institut national de santé publique, 2006). Dès lors, les infirmières, qui ont le privilège d'être les professionnelles de la santé le plus souvent au chevet des patients (Green, Gardiner, Gott & Ingleton, 2011), ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille. Pourtant, la formation des infirmières les prépare peu à assumer ce rôle (Institut national de santé publique, 2006).

Actuellement, au cégep, selon les exigences établies par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), aucune des 65 unités consacrées à la formation spécifique du programme de soins infirmiers n'est associée à un cours où il n'est question uniquement que de soins palliatifs (Cloutier, Croteau & Mastriani, 2007). D'ailleurs, parmi les 22 compétences associées à la formation spécifique en techniques de soins infirmiers, il n'est question de soins palliatifs qu'en lien avec la compétence : « établir une communication aidante avec la personne et ses proches ». L'un des éléments de cette compétence est d' « accompagner une personne qui traverse un deuil ou subit une perte ainsi que son entourage » (Cloutier et al., 2007). Or, bien que la communication représente l'un des aspects importants de l'accompagnement en fin de vie, ne considérer que celui-ci ne permet pas d'affirmer que les futures infirmières

posséderont des compétences de base en matière de soins palliatifs. Certains cégeps offrent des programmes de soins palliatifs, mais ils sont indépendants de celui menant au DEC en soins infirmiers.

La réalité est différente pour les infirmières formées en milieu universitaire suivant l'institution où elles sont formées. À la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, depuis l'implantation du programme selon une approche par compétences en 2004, un cours obligatoire intitulé « Expériences de fin de vie » a été ajouté au programme du baccalauréat. L'université McGill dans le cadre du baccalauréat en sciences infirmières, oblige également ses étudiantes à suivre le cours « Maladie chronique et soins palliatifs ». Cette réalité n'est malheureusement pas celle de toutes les universités. Ainsi, à l'instar de ce qui se passe au collégial, nous pouvons affirmer qu'un grand nombre d'infirmières formées en milieu universitaire ne possèdent pas de formation de base en soins palliatifs.

À la lumière de ces constatations, on a pu relever que bien souvent, seules les infirmières travaillant au sein d'équipes spécialisées en soins palliatifs ont reçu une formation plus étendue en la matière (Institut national de santé publique, 2006). De ce fait, quotidiennement dans nos hôpitaux, de nombreux patients en fin de vie sont pris en charge par des infirmières ayant peu de compétences en soins palliatifs. C'est notamment le cas des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. En effet, bon nombre d'entre elles décèdent dans des lits de soins de courte durée (Institut national de santé publique, 2006) entourées d'infirmières souvent plus habilitées à donner des soins aigus

que des soins de fin de vie. Ainsi, d'une part, les infirmières ne sont pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins de ces patients et de leur famille. D'autre part, plusieurs infirmières ressentent un malaise lorsqu'elles doivent prodiguer de tels soins. Pourtant, selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers :

*L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie **ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.** (Gouvernement du Québec, 2002. Section VIII.)*

Il s'agit donc d'une responsabilité des milieux d'enseignement, des milieux de soins et de l'OIIQ de s'assurer que les infirmières aient un minimum de compétences dans un domaine où la loi les oblige à intervenir. Pour contribuer à une telle réorientation en cardiologie, la candidate propose un programme de formation continue s'adressant aux infirmières et portant sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Il est reconnu depuis plusieurs années que la formation continue permet l'amélioration de la qualité des soins tout en favorisant le développement de la profession infirmière (Gallagher, 2007). Malheureusement, en raison du contexte actuel marqué par une pénurie d'infirmières (Tessier Dufour & Couchesne, 2008), une diminution du budget alloué à la formation (Harvey, 2011) et de la difficulté de permettre au personnel infirmier d'assister aux formations (Benson, 2004; Gallagher, 2007), ce type de formation est considérablement compromis. La formation en ligne est une voie intéressante pour contrer en partie ces obstacles (Atack, Rankin & Then, 2005). Bien que récent comme approche, le format en ligne a montré qu'il permettait

l'acquisition de certaines connaissances. Par exemple, Koczwara et al. (2010) ont utilisé une approche de formation en ligne pour préparer des infirmières en oncologie en matière de soins palliatifs (Koczwara et al., 2010). L'expérience s'est avérée adéquate pour rejoindre un grand nombre d'infirmières et la majorité d'entre elles ont affirmé que le programme avait répondu partiellement ou totalement à leurs attentes (Koczwara et al., 2010). De plus, 75 % des participantes à cette étude ont affirmé avoir amélioré leur pratique ou se disposaient à le faire à la suite de cette formation.

Au Québec, à la lumière des recherches effectuées par la candidate, il n'existe actuellement aucune formation en ligne destinée aux infirmières et portant spécifiquement sur les soins palliatifs de fin de vie aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Pour pallier ce manque, la candidate propose par ce travail dirigé un guide qui pourra être employé dans les différents milieux de soins qui désirent bâtir une formation en ligne sur le sujet.

Le but du travail dirigé :

Élaborer la macroplanification d'une formation en ligne s'adressant aux infirmières et portant sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Les objectifs du travail dirigé sont les suivants :

1. Déterminer les compétences en lien avec les soins palliatifs de fin de vie que devraient développer les infirmières prenant soin de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque terminale.

2. Déterminer les ressources que les infirmières travaillant avec des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque terminale devraient acquérir pour développer des compétences en matière de soins palliatifs de fin de vie.
3. Déterminer les méthodes d'apprentissage appropriées pour favoriser l'acquisition des ressources préalablement identifiées et par le fait même soutenir le développement des compétences.

La méthode

Pour bâtir ce travail dirigé, une recherche a été effectuée à l'aide des bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Education Resources Information Center (ERIC)*, et du moteur de recherche *Google scholar*. La recherche documentaire a été effectuée au moyen des mots clés *heart failure or congestive heart failure, palliative care et online course or online learning or online education*. Elle a permis de relever 450 documents dont 153 écrits ont été retenus à la suite de la lecture de leur résumé. Parmi les articles rejetés, certains ne traitaient pas principalement du sujet étudié, d'autres n'étaient pas de sources scientifiques, plusieurs étaient rédigés dans d'autres langues que le français ou l'anglais et quelques-uns avaient été répertoriés plus d'une fois. En somme, 138 articles théoriques et empiriques pertinents ont été classés selon le thème abordé puis analysés en vue de la production d'une synthèse critique des connaissances sur le sujet.

Les grands thèmes qui seront explorés dans ce travail dirigé sont les suivants : l'insuffisance cardiaque, les soins palliatifs, la formation en ligne et l'approche par

compétences. À la suite du traitement de ces sujets, des recommandations seront émises pour guider toute personne désirant construire une formation en ligne destinée aux infirmières et qui porterait spécifiquement sur les soins palliatifs de fin de vie aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Recension des écrits

Les soins palliatifs et le caring

Les soins palliatifs peuvent être perçus comme une spécialité ou comme une philosophie de soins (Hupcey et al., 2009). Les considérer sous ce premier angle sous-entend en quelque sorte qu'une équipe de professionnels de la santé spécialisée dans le domaine est nécessaire pour accompagner les patients dont l'état requiert ces soins. En optant pour la seconde vision, il est possible d'affirmer que ces soins peuvent être donnés par tout professionnel de la santé adhérant à cette philosophie de soin.

« La discipline infirmière, puisqu'elle s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec son environnement, vivent des expériences de santé (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010) », se préoccupe de tous les domaines interpellés par les soins palliatifs. De ce fait, l'infirmière, compte tenu du fait qu'elle possède des connaissances variées dans diverses sphères d'études, est probablement la personne de choix pour jouer le rôle principal dans l'administration de ces soins, puis pour coordonner ceux-ci au sein de l'équipe multidisciplinaire. Aussi, la vision holistique des soins palliatifs rejoint beaucoup celle prônée par la philosophie du caring reconnue au sein de la profession infirmière.

Effectivement, le développement d'une relation d'aide et de confiance est au cœur du caring (Watson, 2008), tout comme elle est à la base des soins palliatifs. C'est à

travers une telle relation que le patient pourra s'ouvrir à l'infirmière et que celle-ci sera en mesure de l'accompagner vers une belle mort telle que lui seul la définit. Cette relation interpersonnelle, selon Watson (2008), est si importante qu'elle est considérée comme étant l'élément le plus significatif pour déterminer l'efficacité de l'aide que l'infirmière apporte au patient. La relation transpersonnelle, lorsqu'elle est atteinte, permet au patient d'accéder à l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit. Selon Watson (2008) la qualité de cette relation est déterminée par trois des dix facteurs caratifs, qu'elle a élaboré pour guider toute personne désirant baser sa pratique sur le caring, soit : le développement d'un système de valeurs humanistes et altruistes, le soutien des croyances et de l'espoir ainsi que la culture d'une sensibilité à soi et aux autres.

Le développement d'un système de valeurs humanistes et altruistes constitue la base d'une relation empreinte de caring pour Watson (2008). En soins palliatifs, ces valeurs sont primordiales. L'amour, le souci de l'autre et la gentillesse envers lui mais également envers soi sont des qualités qui favorisent l'acceptation de la différence et de l'unicité de l'autre (Watson, 2008). L'infirmière qui adopte une telle philosophie saura accompagner le patient et sa famille vers une belle mort, non pas comme elle la définit mais plutôt comme le patient la perçoit. Et ce n'est qu'en montrant une ouverture et un intérêt à découvrir la personne que nous soignons que celle-ci devient à l'aise à son tour de partager ses sentiments avec nous. Andershed et Ternstedt (1999) nous invitent à entrer dans le monde du patient. Cet échange est essentiel afin de pouvoir saisir la signification de ce que vit la personne unique avec laquelle nous sommes en relation.

Cette compréhension est nécessaire à l'atteinte du facteur caratif suivant qui est de maintenir les croyances et l'espoir du patient.

En effet, pour être en mesure de soutenir le patient dans ses croyances, il faut tout d'abord connaître celles-ci. De même, pour conserver l'espoir du patient ses objectifs doivent être connus. Notre rôle d'infirmière n'est pas de favoriser la culture de fausses croyances ou de faux espoirs, bien au contraire. Nous devons toutefois nous adapter à la réalité du patient et accepter qu'il entretienne les croyances qui lui procurent un certain bien-être. La spiritualité intervient beaucoup dans cet aspect des soins visant la santé de l'esprit et de l'âme, éléments indissociables du corps dans la définition que Watson fait de la personne (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010)

En effet, la spiritualité permet à la personne confrontée à la mort de trouver un peu d'espoir au sein de l'épreuve que celle-ci traverse. Elle permet à la personne et à ses proches, même à l'aube de la mort, de trouver quelque chose de positif, de la sérénité et de la confiance dans la vie. De plus, la spiritualité aide la personne à déterminer la valeur, la signification et le sens de sa vie (Davies & Curtis, 2000). Ces éléments, selon Davies et Curtis, ne peuvent être partagés entre deux personnes qu'au sein d'une relation empreinte d'ouverture et d'honnêteté, d'où le lien avec la théorie du caring de Watson. L'infirmière doit donc tenter d'explorer ce qui dans la situation du patient lui procure une certaine qualité de vie.

Nous ne pouvons aborder le concept de la spiritualité sans glisser un mot sur la diversité culturelle. Cette diversité est souvent abordée en lien avec l'ethnicité et la

religion (Habayeb, 1995). Pourtant, la diversité culturelle fait également référence aux connaissances, aux croyances, à l'idéal moral, aux coutumes, aux valeurs, à la langue, aux habitudes alimentaires et au comportement social. (Habayeb, 1995). La fin de vie est un moment particulièrement influencé par des facteurs culturels. Les valeurs prônées par la théorie du caring, c'est-à-dire l'amour de soi et des autres, le respect des valeurs et des croyances d'autrui, le support, l'encouragement, l'honnêteté et l'ouverture, nous poussent à vouloir comprendre la réalité de l'autre et à l'accompagner même si celle-ci est différente de la nôtre, tant et aussi longtemps que cet accompagnement peut se faire dans le respect de toutes les personnes qu'il implique.

Bien entendu, comprendre la philosophie des soins palliatifs est loin d'être suffisant pour répondre aux besoins de cette clientèle. La candidate a constaté dans son milieu de soins que nombreuses sont les infirmières qui se questionnent face à ces soins. Leurs interrogations portent notamment sur la gestion des divers symptômes de fin de vie, le processus physiologique de la mort et l'implication de la famille dans les soins au patient. Afin de répondre à leurs besoins, mais surtout afin de permettre aux personnes décédant d'insuffisance cardiaque ainsi qu'à leurs proches d'être bien accompagnés au cours de cette épreuve, la candidate propose de former en soins palliatifs le plus grand nombre d'infirmières susceptibles de prendre soin de patients mourants.

Les soins palliatifs en situation d'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est un syndrome caractérisé par l'incapacité du cœur à expulser une quantité de sang suffisante pour fournir à l'organisme l'oxygène et les nutriments nécessaires à son bon fonctionnement. Elle est la conséquence de problèmes cardiaques aigus, notamment l'infarctus du myocarde et les arythmies, de problèmes cardiaques chroniques tels que la coronaropathie et les valvulopathies ou de dommages causés par certains facteurs de risque dont les principaux sont l'hypertension et le diabète (Bizier, Gagnon & Sawyer, 2003). (voir l'appendice A pour une description détaillée de l'insuffisance cardiaque)

Malgré une détérioration progressive et marquée par de nombreuses hospitalisations (O'Leary, Murphy, O'Loughlin, Tiernan & McDonald, 2009), à l'aube de la mort, certaines personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ainsi que leur famille ont peine à croire et à accepter ce qui leur arrive. Cette attitude s'explique, en partie, par le fait qu'elles n'ont pas développée une bonne compréhension de l'évolution de l'insuffisance cardiaque et de sa gravité (Harding et al., 2008). Mais également par le fait que la progression de la maladie comprend de nombreuses périodes de décompensation suivies d'autant de périodes de récupération (Brännström, Brulin, Norberg, Boman & Strandberg, 2005; Daley, Matthews & Williams, 2006). Ainsi, à plusieurs reprises, ces patients ont touché le fond pour ensuite remonter la pente et ils gardent souvent l'espoir jusqu'à la toute fin que cela se reproduira à nouveau. Malheureusement, chaque épisode de décompensation cardiaque peut les mener à la mort ou les en rapprocher (Hochgerner, Fruhwald & Strohscheer, 2009). Les patients de

même que leur famille doivent être préparés à un tel dénouement, d'où l'importance d'introduire pour cette clientèle les soins palliatifs le plus tôt possible après l'annonce du diagnostic.

La définition et le rôle des soins palliatifs

Jadis développés pour répondre aux besoins des cancéreux puis, par la suite, des sidéens (Jupp & Walter, 2000), l'apport des soins palliatifs dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, dont l'insuffisance cardiaque, est à présent reconnu sur le plan international, comme nous pouvons le constater dans la définition des soins palliatifs de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2004) :

L'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs.

Malgré l'exigence que souligne cette définition, en 2001, seulement 26,5 % des personnes qui auraient pu bénéficier de soins palliatifs y ont effectivement eu accès au Québec (Institut national de santé publique, 2006). Bien qu'il s'agisse d'une proportion peu élevée, celle-ci témoigne tout de même des progrès qui ont été accomplis dans ce domaine. En 2000, selon le rapport de Lambert et Lecomte, seulement 5 à 10 % des québécois bénéficiaient de soins palliatifs. Cependant, malgré le fait que 70 % des décès au Québec sont liés à des maladies chroniques pour lesquelles nous aurions pu avoir recours à des soins palliatifs, ces services demeurent sous-utilisés par cette population,

les personnes atteintes de cancer demeurant les principaux bénéficiaires de soins palliatifs (Institut national de santé publique, 2006).

Pourtant, les maladies chroniques sont aussi dommageables pour le patient et sa famille que le cancer. Si nous prenons le cas de l'insuffisance cardiaque, le taux de mortalité à la suite du diagnostic est de 50 % après 5 ans (Levy et al., 2002). Plus récemment, en 2009, l'*American Heart Association* a affirmé dans un rapport portant sur les maladies cardiovasculaire que 80 % des hommes et 70 % des femmes âgés de moins de 65 ans et atteints d'insuffisance cardiaque meurent dans les huit ans suivant le diagnostic (Lloyd-Jones et al., 2009). Ce même rapport indique qu'au cours de la première année, la prévalence est d'une personne sur cinq (Lloyd-Jones et al., 2009). Les symptômes ressentis par les personnes atteintes de ce syndrome sont analogues à ceux couramment dénoncés par celles vivant avec le cancer, ou pires notamment en ce qui a trait à la dyspnée et la douleur (Bédard, Major, Ladouceur-Kègle, Guertin & Brisson, 2006; Bekelman et al., 2009; Davis et al., 2005; O'Leary et al., 2009; Shah et al., 2006). Leurs besoins spirituels sont similaires : ces patients se questionnent sur le but de la vie et le sens de la mort, certains cherchent à obtenir le pardon avant de quitter ce monde et plusieurs se sentent inutiles (Murray, Kendall, Boyd, Worth & Benton, 2004). Ainsi, ils ont autant besoin de soins palliatifs que tout autre patient.

La Société canadienne de cardiologie, qui soutient cette position, présente dans ses lignes directrices de 2011 sa version de la définition des soins palliatifs établie par

l'Organisation mondiale de la santé qu'elle a adaptée à la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque :

Palliative care is a patient-centred and family-centred approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. It is applicable early, as well as later, in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, including but not limited to in the setting of heart failure, oral pharmacotherapy, surgery, implantable device therapy, hemofiltration or dialysis, the use of intravenous inotropic agents, and ventricular assist devices (Société canadienne de cardiologie, 2011, p. 327).

En effet, selon la définition de la Société canadienne de cardiologie et selon le modèle de guide des soins palliatifs (appendice C) produit par l'Association canadienne de soins palliatifs (2002), nous constatons que ces soins sont dispensés pour aider le patient et ses proches à répondre à leurs besoins :

- physiques tels que la gestion de leurs symptômes;
- psychologiques tels que la verbalisation de leurs craintes;
- sociaux tels que contrer l'isolement;
- spirituels tels que la réponse aux questions existentielles;
- pratiques tels que l'aide à la réalisation des AVQ.

Ces soins correspondent également aux besoins suivants :

- ceux en soins de fin de vie telle que la préparation à la mort;
- ceux en matière de perte et de deuil, tels que la poursuite de la vie quotidienne à la suite du décès de l'être cher.

Par ailleurs, les bénéfices des soins palliatifs pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et leurs proches ont été démontrés à maintes reprises (Adler, Goldfinger, Kalman, Park & Meier, 2009; Rabow, Dibble, Pantilat & McPhee, 2004). Adler et al. (2009), ayant effectué une revue de la littérature sur le sujet, rapportent en effet, que les soins palliatifs augmentent la satisfaction des patients et de leur famille envers ces soins, promeuvent le bien-être, la dignité du patient et favorisent la communication entre celui-ci et les professionnels de la santé; ils augmentent également le support émotionnel et spirituel offert au patient. Rabow et al. (2004), pour leur part, ont effectué un essai clinique contrôlé afin d'examiner l'effet du suivi par une équipe de soins palliatifs sur des patients fréquentant une clinique externe. Dans cette intention, 50 patients ont été assignés aléatoirement au groupe intervention qui consistait en un suivi conjoint fait par le médecin traitant et l'équipe de soins palliatifs, et 40 patients ont été assignés au groupe contrôle dans lequel le suivi était fait uniquement par le médecin traitant. Ces auteurs rapportent un meilleur bien-être physique, psychologique, social et spirituel des patients qui étaient suivis conjointement par l'équipe de soins palliatifs et leur médecin traitant, par rapport à ceux qui étaient suivis uniquement par leur médecin traitant. Malgré ces constatations sur les bienfaits des soins palliatifs, seul un nombre restreint de patients atteints d'insuffisance cardiaque ont accès à ces soins.

L'accès de la clientèle cardiaque aux soins palliatifs

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer l'accès limité de la clientèle cardiaque aux soins palliatifs. Tout d'abord, contrairement à ce qui se passe pour le cancer, la trajectoire de fin de vie de l'insuffisance cardiaque est plus difficile à prédire

(Hanratty et al., 2002; Selman, Harding, Beynon, Hodson, Hazeldine, et al., 2007). Il est donc difficile pour les médecins de poser un pronostic clair pour cette maladie (Hauptman & Havranek, 2005; O'Leary et al., 2009). Ainsi, les professionnels de la santé tout comme le patient et sa famille éprouvent de la difficulté à reconnaître que la mort est proche (Brännström et al., 2005; O'Leary et al., 2009). C'est pourquoi les médecins arrivent rarement à déterminer le moment approprié pour avoir recours aux soins palliatifs (Boyd et al., 2009); ils font alors le choix de passer des soins curatifs à ces soins tardivement (Adler et al., 2009; Johnson, 2010). L'ensemble de ces facteurs nuit à l'accessibilité à des lits dédiés aux soins palliatifs (Hanratty et al., 2002), entrave la qualité des soins donnés aux patients (Schockett, Teno, Miller & Stuart, 2005) et constitue une source de frustrations pour les familles (Schockett et al., 2005), les infirmières (Wotton, Borbasi & Redden, 2005) et les médecins (Hanratty et al., 2002).

Ce transfert vers des soins de confort est également freiné par la mentalité des professionnels de la santé. Certains cardiologues perçoivent encore la mort comme un échec (Hanratty et al., 2002; Wotton et al., 2005). Les patients eux-mêmes, en raison de la connotation négative souvent associée aux soins palliatifs dans l'ensemble de la population (Skilbeck et al., 2005), craignent le recours à ces soins. Enfin, compte tenu du fait que les soins palliatifs ne sont pas offerts en continuum avec les soins curatifs chez les insuffisants cardiaques, bon nombre d'entre eux décédant soudainement ne peuvent pas en bénéficier (Hupcey et al., 2009; Pantilat & Steimle, 2004).

La spécificité des soins palliatifs pour les insuffisants cardiaques

L'un des premiers constats qui ressort de plusieurs études effectuées sur les soins palliatifs prodigués aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque est l'absence de directives claires en vue de déterminer le moment approprié pour faire la transition des soins curatifs aux soins palliatifs. Plusieurs critères sont cités dans les études (O'Leary et al., 2009; Selman, Harding, Beynon, Hodson, Hazeldine, et al., 2007; Wotton et al., 2005), mais il n'existe au moment actuel aucun consensus sur le sujet. Parmi les critères couramment proposés se trouvent les hospitalisations fréquentes, la détérioration de l'état du patient malgré une prise en charge optimale par une équipe multidisciplinaire, une augmentation de la dépendance dans les AVQ, l'épuisement de l'aidant familial, la demande formelle de ces soins par le patient, une insuffisance cardiaque de classe IV selon le NYHA, une augmentation de la fatigue, une augmentation de la détresse émotionnelle et une diminution de la qualité de vie.

Afin de contrer le problème, plusieurs auteurs (Hupcey et al., 2009; Jaarsma et al., 2009) suggèrent d'offrir au patient et à sa famille, tout au long de son expérience de santé, des soins curatifs en continuum avec des soins palliatifs. De cette façon, la question de savoir quand avoir recours à l'une de ces catégories de soins plutôt qu'à l'autre serait facilitée, puisque les interventions se feront en fonction des besoins du patient et de ses proches.

Discussion sur la mort

Une équipe multidisciplinaire en soins palliatifs se compose généralement d'un médecin, d'une infirmière et d'un travailleur social auxquels peuvent s'ajouter une nutritionniste, un pharmacien, un psychologue, un psychiatre, un intervenant spirituel et un bénévole (Rabow et al., 2004). Leurs interventions visent à soutenir le patient et sa famille tout au cours de leur expérience de santé et à les préparer à la mort, tout en maintenant leur qualité de vie (Gibbs, McCoy, Gibbs, Rogers & Addington-Hall, 2002). L'intégration d'une telle équipe en cardiologie est bénéfique pour traiter des diverses questions entourant la mort, avec le patient et sa famille, car plusieurs cardiologues rapportent ne pas évoquer ce sujet (Boyd et al., 2009). Et nombreuses sont les infirmières qui mentionnent le manque de préparation des patients à la mort (Brännström et al., 2005). Hanratty et al. (2002) affirment que certains médecins croient que la responsabilité d'aborder ces questions de fin de vie relève beaucoup plus des sciences infirmières que de la médecine. Mais, en général, ce type de discussion n'est pas couramment engagé par les infirmières. Interrogées sur le sujet, certaines infirmières pratiquant en oncologie et en soins palliatifs affirment néanmoins sortir des frontières habituelles de leur profession en s'engageant dans des conversations avec le patient au sujet de son pronostic et de ses préférences en termes de directives avancées (Reinke, Shannon, Engelberg, Young & Curtis, 2010).

Certains cardiologues soutiennent ne pas aborder ce sujet avec leurs patients en raison de la crainte de diminuer leur espoir, alors qu'ils ne sont pas certains que la mort de ceux-ci est réellement proche (Boyd et al., 2009; Brännström, Forssell & Pettersson,

2011). D'autres affirment simplement qu'à cause de l'imprévisibilité de l'insuffisance cardiaque, ils ne savent pas quel est le moment approprié pour en discuter (Brännström et al., 2011; Gott, Small, Barnes, Payne & Seamark, 2008). Plusieurs jugent que l'impossibilité de donner un pronostic clair pour cette maladie ne permet pas de discuter de directives de soins avancés (Green et al., 2011; Harding et al., 2008). D'autres encore accusent un manque de temps les empêchant d'aborder les questions de fin de vie avec leur patients (Harding et al., 2008). Et certains médecins se disent mal à l'aise d'aborder un sujet si délicat avec leurs patients eu regard à leur manque d'habilités en communication (Selman, Harding, Beynon, Hodson, Hazeldine, et al., 2007).

Or, alors que selon plusieurs écrits certains patients ne désirent pas toucher à ce genre de sujet (Gott et al., 2008; Harding et al., 2008), plusieurs abondent également dans l'autre sens (Aldred et al., 2005; Caldwell, Arthur & Demers, 2007; Harding et al., 2008). Des patients ont affirmé que le fait d'être peu informés constituent pour eux une source d'anxiété (Harding et al., 2008). D'autres confient avoir des questions sur leur fin de vie, mais ne pas les poser à leur médecin (Gott et al., 2008). Caldwell, Arthur et Demers (2007) signalent, pour leur part, que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque préfèrent avoir des conversations sur ce qui entoure leur fin de vie pendant qu'ils se sentent encore bien et qu'ils sont en mesure de prendre des décisions libres et éclairées. Ainsi, nous constatons que les opinions des patients sont partagées sur le sujet. Les résultats de ces études qualitatives doivent cependant être interprétés avec prudence, compte tenu des différences entre les personnes qui y ont participé. En effet, certaines de ces études prenaient en compte les opinions des patients, alors que d'autres étaient

basées sur le témoignage de leurs proches ou de professionnels de la santé. Quelques-unes des entrevues ont été réalisées avec le patient seul, alors que pour d'autres un proche de la famille était présent, ce qui pourrait avoir influencé les résultats.

Le fait d'entretenir une discussion ouverte et honnête sur la mort avec les patients atteints d'insuffisance cardiaque leur apporterait d'appréciables bienfaits (Selman, Harding, Beynon, Hodson, Coady, et al., 2007). Tout d'abord, cette action favoriserait leur compréhension de l'évolution de la maladie (Selman, Harding, Beynon, Hodson, Coady, et al., 2007), ce qui est important compte tenu du fait que l'absence d'échanges peut entraîner des conséquences néfastes selon les observations cliniques effectuées par la candidate. Pensons simplement aux patients qui se sont fait dire que leur mort était imminente et qui finalement ont vécu encore plusieurs mois à la suite de cette annonce. En mettant l'accent sur les questions de fin de vie, les soins palliatifs permettent de discuter de l'incertitude du pronostic de l'insuffisance cardiaque, ce qui favorise une certaine compréhension chez ces patients et leur famille. Selman, Harding, Beynon, Hodson, Coady et al. (2007) mettent également en lumière le fait que bon nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque perçoivent leur maladie comme étant moins grave que le cancer. Pourtant, celle-ci assombrit l'espérance de vie et, sans apeurer ces patients, il est important de leur faire prendre conscience de sa gravité. Entre autres, afin de favoriser leur adhésion au traitement puis de les préparer à la trajectoire de fin de vie tumultueuse liée à l'insuffisance cardiaque.

Selon Waterworth et Jorgensen (2010), l'implication des patients dans ce genre de discussion leur procure également un sentiment d'autonomie. Ces auteurs rapportent aussi que cette participation crée l'occasion pour les patients de discuter de la mort avec leur famille. Ainsi, dans une situation où un patient ne serait pas en mesure d'exprimer ses volontés, les membres de sa famille, étant au courant de celles-ci, pourraient tout de même s'assurer qu'elles soient respectées. De plus, cette clarification leur permettrait de ne pas garder le poids de la décision sur leurs épaules en plus de leur éviter le tourment de se questionner sur la meilleure option à choisir. Pantilat et Steimle (2004) notent, pour leur part, que discuter de pronostic avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque leur permet de recadrer leur espoir autour de choses plus réalistes. Ils peuvent ainsi saisir l'opportunité de se préparer à la mort (Caldwell et al., 2007) .

Bien que généralement, comme mentionné précédemment, il ne soit pas du ressort des infirmières de discuter de pronostic avec les patients et leur famille (Reinke et al., 2010), la tenue d'une telle conversation entre le patient et le médecin produit aussi un impact sur leur travail. Tout d'abord, à la suite de cette rencontre, il est courant de constater que la première intervention de l'infirmière sera de s'informer sur ce que le médecin a dit au patient, puis d'en valider la compréhension auprès de celui-ci afin de rectifier certaines informations si nécessaire (Reinke et al., 2010). L'infirmière doit être prête dès cet instant à faire face à une gamme diversifiée d'émotion de la part du patient et de sa famille. Elle doit manifester une écoute active, c'est-à-dire porter attention tant à ce qui se dit qu'à ce qui se voit par les expressions faciales et la posture du patient et de celle de ses proches. Elle doit être attentive à la dynamique familiale, tout comme aux

réactions particulières de chacun. À partir du moment où le patient a un portrait réaliste de sa situation et qu'il comprend que l'insuffisance cardiaque ne peut être guérie mais qu'il est simplement possible de pallier les symptômes de cette pathologie, le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement du patient vers sa fin de vie débute. Cela ne signifie pas qu'il faut constamment rappeler au patient pendant toute la durée de sa maladie qu'il va mourir. Mais cette honnêteté permet d'aborder à différents moments de l'expérience de santé du patient, jugés appropriés, certaines questions relatives à la fin de vie.

Par ailleurs, même s'il est vrai que certaines personnes ont peur de la mort et ne désirent pas mourir (Horne & Payne, 2004), il serait faux de penser que cet événement est triste pour tous. Pour quelques personnes la mort est vue comme un événement positif (Waterworth & Jorgensen, 2010). La chance de rejoindre un partenaire de vie décédé (Gott et al., 2008) et l'acceptation de la mort comme une finalité sont des exemples de visions positives de la mort (Selman, Harding, Beynon, Hodson, Hazeldine, et al., 2007). Dans tous les cas, l'infirmière se doit d'aider le patient à se préparer à sa mort du mieux qu'elle le peut. Au cours de leurs derniers mois de vie, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont fréquemment hospitalisées. Chacun de leur séjour à l'hôpital devrait constituer une opportunité de les renseigner sur leur maladie et de discuter de certains aspects de la fin de vie.

Les soins palliatifs sur des unités de soins aigus

Aider des patients à se préparer à leur mort n'est pas facile pour les infirmières travaillant sur des unités de soins aigus (Green et al., 2011). Mais, celles-ci ne désirent

pas pour autant le transfert de ces patients vers des unités de soins palliatifs (Wotton et al., 2005). Ceux-ci en raison de leurs nombreuses hospitalisations ont bien souvent développé un certain lien de confiance avec les infirmières et ces dernières valorisent cette relation (Green et al., 2011). Tout de même, celles qui travaillent sur des unités de lits de courte durée se plaignent de certains irritants qui nuisent à la prestation de soins palliatifs de qualité.

Tout d'abord, ces infirmières déplorent le fait que les directives avancées choisies par le patient sont valides seulement pour l'hospitalisation en cours (Wotton et al., 2005). Or, en fin de vie, comme mentionné précédemment, ces patients sont hospitalisés à plusieurs reprises. À chaque séjour hospitalier, les infirmières doivent donc s'assurer que les médecins complètent cette feuille de directives (Wotton et al., 2005), ce qui peut s'avérer une source de stress si la tâche tarde à être effectuée. Wotton, et al. (2005) rapportent aussi qu'en raison d'un manque de temps et d'une absence de soutien, les infirmières travaillant sur des unités de médecine ou de cardiologie confient ne pas être en mesure de répondre aux besoins complexes de ces patients en fin de vie. Car, contrairement à ce que certaines personnes peuvent penser, la charge de travail imposée par un patient en soins palliatifs est énorme. Le terme « soins actifs de confort » est souvent employé auprès des familles. D'une part, parce que le terme « soins palliatifs » revêt parfois une connotation négative au sein de la population en général (Brumley, Enguidanos & Hillary, 2003), D'autre part, dans le but de montrer aux familles que les infirmières feront tout ce qui est en leur pouvoir pour les accompagner adéquatement dans ce qu'elles vivent.

Les symptômes de fin de vie

À l'aube de la mort, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ainsi que leur famille connaissent de nombreux besoins. Premièrement, ces patients présentent plusieurs symptômes physiques qu'il est parfois difficile d'apaiser. Cette situation nécessite le soutien constant de l'infirmière. Le tableau 1 (page suivante) présente les symptômes le plus souvent cités dans la littérature se rapportant aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en fin de vie.

Sans être exhaustive, cette liste permet quand même à toute personne s'intéressant aux soins palliatifs destinés à la clientèle cardiaque de cibler les symptômes sur lesquels mettre l'accent. À noter que pour faciliter la lecture, les symptômes ont été placés en ordre alphabétique. Selon l'ensemble des écrits consultés sur le sujet, la dyspnée et la douleur sont les symptômes qui prédominent à l'aube de la mort chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Il est donc important de savoir comment les traiter.

Le traitement

Avant de discuter des traitements usuels prônés pour la dyspnée et la douleur, il serait intéressant de mentionner qu'il existe une divergence d'opinions en ce qui concerne le traitement pharmacologique à privilégier chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque en fin de vie. Certains médecins soutiennent que les médicaments cardiaques usuels de ces patients gardent encore leur place dans le traitement, même à l'aube de la mort, tant qu'ils sont supportés par les patients, car ils

peuvent contribuer à diminuer les symptômes dont souffrent eux-ci (Brännström et al., 2011; Davis et al., 2005; Green et al., 2011; Pantilat & Steimle, 2004).

Tableau 1 : Symptômes ressentis par les insuffisants cardiaques en fin de vie

Symptômes	Textes qui abordent chacun des symptômes
Anorexie	(Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Opasich et al., 2008)
Céphalée	(Cortis & Williams, 2007)
Chute	(Cortis & Williams, 2007)
Douleur	(Anderson et al., 2001; Bekelman et al., 2009; Goebel et al., 2009; Janssen, Spruit, Wouters & Schols, 2008; Nordgren & Sørensen, 2003)
- Angine	
- Articulations	
- Membres inférieurs	
- Membres supérieurs	
Dyspnée	(Aldred et al., 2005; Anderson et al., 2001; Bekelman et al., 2009; Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Goebel et al., 2009; Janssen et al., 2008; Johnson & Houghton, 2006; Nordgren & Sørensen, 2003; O'Leary et al., 2009; Opasich et al., 2008; Zambroski, Moser, Roser, Heo & Chung, 2005)
Fatigue	(Aldred et al., 2005; Anderson et al., 2001; Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Goebel et al., 2009; Janssen et al., 2008; Johnson & Houghton, 2006; Nordgren & Sørensen, 2003; Opasich et al., 2008)
Inconfort généralisé	(Opasich et al., 2008)
Insomnie	(Cortis & Williams, 2007; Janssen et al., 2008)
Manque d'énergie ou manque de tolérance à l'exercice	(Bekelman et al., 2009; Boyd et al., 2004)
Œdème	(Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Zambroski et al., 2005)
Palpitations	(Cortis & Williams, 2007)
Somnolence ou trouble de	(Bekelman et al., 2009; Boyd et al., 2004)

sommeil

Xérostomie

(Bekelman et al., 2009)

Pour la Société canadienne de cardiologie (2011), il semblerait que l'arrêt des médicaments usuels s'impose. Les opinions des infirmières diffèrent également sur le sujet selon leur domaine d'expertise. Ainsi, celles travaillant sur des unités de soins palliatifs croient que la prise de médicaments pour traiter l'insuffisance cardiaque devrait être cessée, alors que les infirmières en cardiologie prônent une approche pharmacologique combinée (Wotton et al., 2005). Pour leur part, certains médecins justifient le maintien de ces médicaments simplement par leur incertitude que le patient est bel et bien dans la phase terminale de sa maladie (O'Leary et al., 2009). Dans tous les cas, une seule évidence s'impose : la meilleure approche demeure celle qui soulage le patient tout en convenant à ses préférences.

La dyspnée. La dyspnée peut être définie comme étant une sensation de difficulté respiratoire décrite par le patient (Coutu-Lamontagne, 2008). Wotton et al., (2005) font état de la complexité de ce symptôme chez les patients cardiaques en raison des multiples causes qui peuvent y être associées. Bien que rarement évalué ainsi, ce symptôme peut être quantifié, notamment, à l'aide d'une échelle visuelle analogue, d'une échelle numérique ainsi qu'à l'aide de l'échelle de Borg modifiée (Bausewein, Farquhar, Booth, Gysels & Higginson, 2007). Il est important d'évaluer adéquatement la dyspnée, tout comme il est courant de le faire pour la douleur, afin d'être en mesure d'apprécier l'efficacité du traitement.

En termes de traitement pharmacologique, plusieurs auteurs rapportent les bénéfices des diurétiques (Opasich & Gualco, 2007; Pantilat & Steimle, 2004), des vasodilatateurs (Opasich & Gualco, 2007; Pantilat & Steimle, 2004), des opioïdes (Opasich & Gualco, 2007; Zambroski & Bekelman, 2008), des inotropes (Goldhaber & Hamilton, 2010) et de l'oxygène (Pantilat & Steimle, 2004) pour atténuer cette sensation désagréable chez le patient.

Zacharias, Raw, Parsons et Johnson (2011) ont notamment effectué une étude en vue d'évaluer l'efficacité d'une perfusion sous-cutanée continue de furosémide pour atténuer la dyspnée causée par l'insuffisance cardiaque. Le traitement s'est avéré efficace chez les 15 personnes en phase terminale qui l'ont reçu. Cependant, six participants à l'étude ont manifesté une réaction cutanée au site d'insertion du cathéter. Outre ce fait, il est à noter que bien souvent le traitement de la dyspnée à l'aide de diurétiques est entravé par la résistance de l'organisme à ces derniers (Adler et al., 2009). Johnson, McDonagh, Harkness, McKay et Dargie (2002) ont quant à eux montré l'utilité de la prise quotidienne de 5 mg de morphine per os pour diminuer la sensation de dyspnée chez 10 hommes atteints d'insuffisance cardiaque de classe trois et quatre. Certains patients ont tout de même opté pour l'arrêt du traitement en raison de la sédation occasionnée par celui-ci. En fin de vie, certains patients font effectivement le choix de ne pas pallier complètement leur inconfort afin d'être suffisamment conscients pour passer du temps avec leurs proches. En tant qu'infirmières, nous devons les accompagner dans ce choix. La nausée et les vomissements sont également des effets secondaires qui ont été rapportés chez deux de ces patients, mais compte tenu du fait

qu'ils étaient de courte durée, ils n'ont pas compromis la poursuite du traitement (Johnson et al., 2002). Étonnamment, bien que souvent utilisé pour apaiser la dyspnée, l'usage de l'oxygène n'est pas approuvé pour pallier ce symptôme (Booth et al., 2004; Coutu-Lamontagne, 2008).

Pour ce qui est du traitement non pharmacologique, le positionnement (Zambroski & Bekelman, 2008), la présence réconfortante d'une personne (Coutu-Lamontagne, 2008), les soins de bouche (Coutu-Lamontagne, 2008), l'aération de la pièce où se trouve le patient (Pantilat & Steimle, 2004) et l'usage d'un ventilateur (Pantilat & Steimle, 2004) sont autant de facteurs susceptibles d'aider à diminuer la sensation de dyspnée chez les insuffisants cardiaques. Par ailleurs, puisque la plupart de ces interventions ne requièrent pas l'expertise d'un professionnel de la santé, il s'agit d'une bonne occasion d'impliquer les proches du patient dans les soins.

La dyspnée est parfois confondue avec la détresse respiratoire. Celle-ci est une augmentation rapide de la dyspnée s'accompagnant d'une tachypnée de plus de 28 respirations/min et d'agitation (Coutu-Lamontagne, 2008). Son traitement diffère de celui de la dyspnée à plusieurs égards. Pour soulager la détresse respiratoire, il est courant d'employer une triade de médicaments comprenant un opioïde, un anticholinergique et un hyposédatif (Coutu-Lamontagne, 2008). L'hyposédatif est d'abord donné, suivi de l'opioïde et de l'anticholinergique qui peuvent être quant à eux administrés dans la même seringue (Coutu-Lamontagne, 2008).

Les anticholinergiques sont aussi utiles pour diminuer les râles terminaux qui sont très fréquents en fin de vie. Coutu-Lamontagne (2008) rapporte que ces râles, causés par l'accumulation de sécrétions que le patient ne parvient plus à expectorer par lui-même, sont souvent davantage une source d'inconfort pour les proches du patient que pour celui-ci. Ainsi, il est du rôle de l'infirmière d'informer les proches du patient sur la nature de ces râles et sur le peu d'effet qu'ils ont sur le patient, afin d'aider à apaiser leurs inquiétudes.

La douleur. La douleur qu'on définit comme une expérience subjective désagréable est également fréquente chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque en fin de vie. Rustøen et al. (2008) ont évalué la douleur chez 93 de ces patients. Ils ont constaté que 85 % d'entre eux, ce qui est élevé, ressentait de la douleur. Bien que fréquente au sein de la population cardiaque, la douleur ne se limite à l'angine, d'où l'importance d'une évaluation en profondeur de la douleur également (Evangelista, Sackett & Dracup, 2009). Elle peut par exemple être reliée à l'une des comorbidités du patient ou à toute autre cause (Goebel et al., 2009), ce qui en complexifie la prise en charge. Elle peut être notamment causée par les chocs fréquents et inappropriés du défibrillateur chez les patients qui en sont porteurs (Jaarsma et al., 2009). En raison du risque élevé de mort subite chez les insuffisants cardiaques, nombreux sont ceux qui en ont un. Cependant, à l'aube de la mort, cet appareil peut être une source de malaise tant pour le patient que pour ses proches étant donné les nombreux chocs qu'il génère. Ainsi, l'une des particularités des soins de fin de vie chez ces patients est la tenue d'une

discussion sur la possibilité de désactiver le défibrillateur (Gibbs, Khatri & Gibbs, 2006).

Comme certains professionnels craignent de leur donner une dose létale de narcotique, la douleur de ces patients est souvent mal contrôlée alors qu'ils approchent de la mort (Wotton et al., 2005). Tout comme la dyspnée, la douleur de chaque patient doit faire l'objet d'une évaluation détaillée afin de tenter d'en déceler l'origine et, par conséquent, d'appliquer le meilleur traitement possible en la circonstance. Ceci étant dit, en fin de vie les opioïdes sont généralement le traitement pharmacologique de choix chez ces patients, indépendamment de la cause de la douleur (Pantilat & Steimle, 2004).

Les autres symptômes. Les soins palliatifs doivent également permettre un soulagement des besoins psychologiques, sociaux et spirituels des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. À l'approche de leur décès, celles-ci vivent un vrai tourbillon émotionnel et la prise en compte de ces besoins est tout aussi importante que celle de leurs malaises physiques. Plusieurs disent avoir peur, être anxieux ou se sentir frustrés (Cortis & Williams, 2007; Opasich et al., 2008). L'infirmière doit être sensible à leur détresse. Il importe aussi, et souvent nous l'oublions, de se préoccuper des besoins tant physiques que psychologiques des proches du malade et de référer ceux-ci vers d'autres ressources au besoin.

Il est important de mentionner finalement que plusieurs études effectuées sur des patients en phase terminale d'insuffisance cardiaque comprennent peu de sujets. Car, il est difficile de recruter des patients acceptant de participer à des projets de recherche

alors qu'ils sont à l'aube de la mort. Quoi qu'il en soit, il faut garder en perspective que chaque expérience de santé est unique et que les informations rapportées dans les écrits ne représentent pas nécessairement la réalité de tous.

La formation

La nécessité de fournir une formation adéquate en soins palliatifs à des professionnels de la santé est criante. Nos hôpitaux sont bondés de personnes contraintes de vivre avec une maladie chronique et l'approche palliative selon Bruera et al. (2010) est celle qui peut le mieux répondre aux multiples besoins de cette clientèle. Malgré ce constat, dans de nombreux milieux, la qualité de ces soins est déficiente, ce qui entraîne une insatisfaction des patients et de leur famille (Heyland et al., 2005; Teno et al., 2004). Cette situation s'observe particulièrement dans les hôpitaux de soins aigus (Garnier, Cobb, Gott & Ingleton, 2011), où la priorité va aux soins curatifs plutôt qu'aux soins palliatifs. Cela s'explique, en partie, par le fait que dans ces environnements, les soins palliatifs constituent rarement une priorité en matière de formation. L'accent est plutôt mis sur l'apprentissage de notions et techniques de soins favorisant le rétablissement des patients, puisque tel est le but visé par ces établissements (Roche-Fahy & Dowling, 2009; Seamark, Ryan, Smallwood & Gilbert, 2002). Or, la prestation de soins palliatifs de qualité engendre de nombreux avantages.

Tout d'abord, on réussit à réduire les coûts associés à la prise en charge de personnes aux prises avec de multiples pathologies chroniques (Bendaly, Groves, Juliar

& Gramelspacher, 2008; Morrison et al., 2008). En effet, Bendaly et al. ont bien montré que les coûts engendrés par la prise en charge de patients en fin de vie, sur une unité de médecine d'un hôpital général d'Indianapolis, sont diminués d'environ 7 000 \$ par hospitalisation lorsque l'équipe de soins palliatifs est consultée par l'équipe traitante. Morrison et al. (2008) ont pour leur part établi, en analysant les données de huit hôpitaux, que le coût moyen par jour d'hospitalisation diminue de 1 163\$ à 589\$ chez les patients en fin de vie ayant été suivis par une équipe de soins palliatifs. Ils affirment que cette diminution de coût est reliée à la réduction des produits pharmaceutiques utilisés, des tests de laboratoires effectués et du nombre de recours aux soins intensifs. Ce dernier élément est également relevé par une étude de Smith et Cassel (2009). L'économie pouvant être générée par le recours aux soins palliatifs est certainement un premier argument de poids pour faire valoir le développement de formations en la matière aux différents gestionnaires de nos milieux hospitaliers.

En second lieu, par un meilleur contrôle des symptômes de fin de vie (Follwell et al., 2009; Hanson, Usher, Spragens & Bernard, 2008) les soins palliatifs favorisent le confort et la qualité de vie des patients à l'approche de la mort. De plus, ils permettent d'offrir un meilleur soutien aux proches de ces patients (Gelfman, Meier & Morrison, 2008) en les aidant à traverser cette épreuve difficile. Après un décès ayant eu lieu en milieu hospitalier, il est rare que les proches du défunt puissent bénéficier d'un accompagnement des mêmes professionnels de la santé qui les ont épaulés lors des derniers moments de vie de leur être cher. Benkel, Wijk et Molander (2009) ont effectué une étude qualitative auprès de 55 personnes dont un proche était décédé en milieu

hospitalier. Le groupe comprenait tant des conjoints, des enfants d'âge adulte que des amis du défunt. Les auteurs ont alors observé que la majeure partie du soutien psychologique, social et instrumental provenait de la famille et des amis. Cependant, le tiers d'entre eux ont tout de même exprimé le besoin de soutien de la part de professionnels de la santé et la nécessité de savoir vers qui se tourner au moment opportun.

Enfin, les soins palliatifs peuvent également être bénéfiques aux professionnels de la santé. En effet, Brännström, Brulin, Norberg, Boman et Strandberg (2005) tout comme Wallerstedt et Andershed (2007) rapportent que bien que difficile, la prestation de soins palliatifs est perçue comme une expérience positive pour plusieurs infirmières. Celles-ci apprécient la vision globale des soins liée aux soins palliatifs ainsi que l'intimité qui se crée en travaillant en collaboration avec le patient (Brännström et al., 2005). Kearney, Weininger, Vachon, Harrison et Mount (2009) notent aussi que l'accompagnement de patients en soins palliatifs est perçu de façon positive par certains médecins. Ces derniers soulignent en effet leur appréciation de la reconnaissance des patients, leur satisfaction personnelle devant le bon travail accompli et une augmentation du goût de vivre (Kearney et al., 2009).

La nécessité d'une formation en soins palliatifs

Bruera et al. (2010) associent, en partie, la mauvaise qualité des soins palliatifs au manque de formation des médecins et des infirmières. Weissman et Blust (2005) constatent également que la formation de plusieurs professionnels de la santé est

déficiente en matière de soins palliatifs. Or, comme indiqué dans la politique en soins palliatifs de fin de vie (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2004), l'amélioration de la qualité des soins palliatifs est une nécessité au Québec. Et celle-ci ne sera possible que par la mise en place de quatre conditions parmi lesquelles figure « l'amélioration de la formation de base et de la formation continue pour l'ensemble des personnes qui côtoient les usagers et leurs proches (p. 61) ». Le besoin de développer et d'améliorer la formation en soins palliatifs est aussi reconnu sur le plan fédéral. Le Sénat du Canada (2000) a publié un rapport intitulé *Des soins de fin de vie de qualité chaque canadien et canadienne y a droit*. Il y recommande que tous les professionnels devant administrer des soins palliatifs soient adéquatement formés en la matière. À la suite de ce rapport est née la *Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada* (2010) qui propose dans son plan d'action 2010 à 2020, une augmentation du nombre de professionnels de la santé et de bénévoles formés en soins palliatifs. Cependant, ce plan d'action rapporte aussi qu'il reste beaucoup de travail à faire à ce niveau.

L'*Association des infirmières et infirmiers du Canada* (AIIC) reconnaît également l'importance de la formation de ses membres en matière de soins palliatifs. Dans son énoncé de position sur la prestation de soins infirmiers de fin de vie, l'AIIC (2008) affirme que « la formation continue, une dotation adéquate et du soutien psychologique sont requis pour faire en sorte que les infirmières puissent prodiguer des soins de fin de vie de qualité (p. 4) ». L'*Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec* (2010) se positionne dans le même sens dans son rapport intitulé *Mourir dans la dignité – développer d'abord les soins palliatifs*. Il y est mentionné qu'il est de la

responsabilité de tous, autant les milieux d'enseignement que les établissements de santé, de favoriser le développement de l'expertise en soins palliatifs.

Le problème, en milieu hospitalier, est que la formation infirmière se heurte toujours à de nombreux obstacles financiers (Benson, 2004; Gallagher, 2007; Harvey, 2011), à la difficulté de permettre au personnel d'assister aux formations en raison de la pénurie de main-d'œuvre (Benson, 2004; Gallagher, 2007; Leprohon, 2001; Priest, 2006) et à la réduction du personnel responsable de la formation (Priest, 2006). C'est dans le but de contourner ces différents problèmes, comme nous le verrons plus loin, que la candidate suggère une formation en ligne sur le sujet.

La formation en ligne

On entend par formation en ligne tout matériel éducatif transmis via Internet (Benson, 2004; Dussart & Petit, 2007). Comme toute formation qui serait donnée dans une salle de façon traditionnelle, elle impose un travail d'élaboration structurée afin de choisir les compétences visées ainsi que les activités éducatives à mettre en place pour en favoriser le développement. Depuis quelques années, en raison des nombreux avantages qu'elle offre, la formation en ligne gagne du terrain en sciences infirmières (Carter, 2008). En effet, elle offre aux infirmières une très grande flexibilité, leur permettant de suivre toute formation au moment et à l'endroit de leur choix (Atack et al., 2005; Benson, 2004; Carter, 2008; Dussart & Petit, 2007; Smith, Passmore & Faught, 2009), ce qui amoindrit les difficultés liées à la libération du personnel infirmier. La formation en ligne encourage également l'autonomie en donnant à l'apprenant la liberté

de choisir ce qu'il veut apprendre à l'intérieur d'un cours et de déterminer quand il désire le faire (Lange et al., 2009; Moore, 2007). Ainsi, cette méthode d'enseignement pousse l'apprenant à jouer un plus grand rôle dans son apprentissage, notamment en optant pour les compétences qu'il désire développer. On peut alors mieux répondre aux besoins particuliers de chaque infirmière, lesquels peuvent être très variables à l'intérieur d'un même groupe en raison des différences en termes de scolarité et d'expérience clinique. C'est d'ailleurs pour cette raison que, dans son rapport récent sur les nouvelles normes de formation continue qui entreront en vigueur dès janvier 2012 pour les infirmières du Québec, l'OIIQ promeut fortement le développement de la formation en ligne, notamment par l'intermédiaire des universités (Ouellet, Durand & Maillé, 2011). L'OIIQ soutient en effet que cette approche serait extrêmement intéressante pour contrer l'un des obstacles à la formation continue les plus cités par les infirmières, soit le manque d'accessibilité à celle-ci (Ouellet et al., 2011). De plus, l'OIIQ considère comme étant accréditée toute formation universitaire ne faisant pas partie du baccalauréat initial en soins infirmiers; il précise également que dans le cadre des nouvelles normes en matière de formation continue, sept heures de formation accréditée seront obligatoires annuellement.

Plusieurs recherches ont montré l'efficacité de la formation en ligne. Elgie, Sapien, Fullerton et Moore (2010) ainsi que Attack et al. (2005) ont révélé qu'une formation en ligne était plus efficace qu'une formation traditionnelle pour apprendre les rudiments du travail à l'urgence chez des infirmières. Elgie et al. (2010) ont observé, dans une étude regroupant 52 infirmières, que le pourcentage de questions réussies lors

d'un examen portant sur le travail à l'urgence était significativement plus élevé chez des infirmières ayant suivi une formation en ligne sur le sujet comparativement à d'autres ayant suivi la même formation, mais selon l'approche traditionnelle en face-à-face. Le taux de réussite à l'examen clinique objectif structuré (ECOS) était aussi, dans le cadre de cette étude, supérieur chez le groupe ayant suivi la formation en ligne. Atack et al. (2005) ont, pour leur part, interrogé 28 infirmières canadiennes afin d'explorer leur niveau de satisfaction à l'égard d'une formation en ligne sur le travail de triage à l'urgence. Les auteurs rapportent que 78 % des infirmières ont affirmé que la formation a produit un impact positif sur leur pratique. Atack et al. (2005) ont également recueilli au cours de la même étude les notes consignées à l'urgence par des infirmières ayant suivi la formation en ligne. Un expert en matière de triage a analysé ces notes et les a ensuite interprétées en indiquant le niveau de triage qui selon lui correspondait à chaque cas décrit par l'infirmière. Ce niveau a par la suite été comparé à celui émis préalablement par l'infirmière au triage. Les auteurs ont observé un taux de similitude de 70 % entre les réponses de l'expert et celles des infirmières. Ce résultat ne peut malheureusement être comparé avec un autre, car une démarche similaire n'avait pas été entreprise avant la formation en ligne.

L'usage d'Internet a également montré son efficacité dans la préparation des infirmières au rôle de préceptrices (Parsons, 2007; Zahner, Tipple, Rather & Schendzielos, 2009) tout comme dans l'accroissement de leurs connaissances en matière de prévention des infections (Atack & Luke, 2009). Parsons (2007) a évalué les connaissances en matière de préceptorat de 48 infirmières travaillant en santé publique

et en santé communautaire avant qu'elles suivent une formation en ligne sur le sujet, immédiatement après qu'elles l'eurent suivie puis 30 jours suivant celle-ci. Cette étude a montré de façon significative que la formation en ligne s'est avérée efficace pour augmenter non seulement les connaissances de ces infirmières, mais également leur perception d'efficacité personnelle. Zahner et al. (2009) ont, de leur côté, montré de façon aussi significative qu'une formation en ligne sur le préceptorat a permis d'augmenter les connaissances de 13 infirmières travaillant en milieu de soins aigus, par une évaluation effectuée immédiatement après la formation mais aussi par une autre réalisée six mois plus tard. Atack et Luke (2009) ont, quant à eux, observé une amélioration des compétences de 66 professionnels de la santé, parmi lesquels se trouvaient 49 infirmières, en matière de prévention des infections, à la suite d'une formation en ligne donnée sur le sujet.

Atack et al. (2005) ont constaté, à leur tour, qu'une formation en ligne s'avère aussi efficace qu'un cours traditionnel pour favoriser le développement de la pensée critique, notamment par les forums de discussion ou, selon Smith et al. (2009), à l'aide d'études de cas. Le forum de discussion permet de faire le pont entre la théorie et la réalité (Atack et al., 2005). À la faveur des différentes conversations qui s'y tiennent, les apprenants portent un regard critique sur la matière (Atack et al., 2005). De plus, dans sa forme asynchrone, le forum de discussion permet à l'apprenant de réfléchir et de formuler adéquatement sa pensée avant de la rendre publique (Atack et al., 2005). Les études de cas favorisent aussi le développement de la pensée critique, entre autres, par le fait qu'elles obligent la participation active de l'apprenant (Day & Williams, 2000). En

effet, celui-ci est amené dans ce type d'approche à se questionner davantage et à tenter de répondre par lui-même à ses questions. En raison de la complexité des soins de santé d'aujourd'hui, il est essentiel que les infirmières développent leur jugement clinique pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle et aux défis posés par un réseau de santé exigeant sans cesse de faire plus avec moins.

La formation en ligne, il faut le reconnaître, n'a pas que des avantages. Pour certains professionnels de la santé non familiers avec l'Internet, suivre une formation utilisant ce média peut être au début une vraie corvée (Atack et al., 2005; Farley & Tchameni Ngamo, 2011; Mitra et al., 2006), en obligeant l'apprenant à passer plus de temps à se familiariser avec l'outil utilisé plutôt qu'à comprendre la matière transmise. Song, Singleton, Hill et Koh (2004) ont interrogé 76 étudiants ayant suivi des cours en ligne dans le cadre de l'obtention de leur baccalauréat afin de repérer les facteurs influençant la réussite d'un tel cours. Les participants à l'étude ont indiqué le fait d'être à l'aise d'utiliser un ordinateur comme un élément favorisant la réussite de leur formation. Mitra et al. (2006) ont interrogé, pour leur part, 900 professionnels de la santé ayant reçu de la formation en ligne sur les matières dangereuses et les drogues. Leur étude montre l'existence d'une différence entre les professionnels de la santé toujours aux études et ceux qui se tiennent uniquement sur le marché du travail : ces derniers, selon Mitra et al. (2006), seraient moins à l'aise avec le monde de la technologie que les premiers. La familiarisation avec la technologie devient donc pour eux un défi supplémentaire à relever lorsqu'ils suivent une formation en ligne.

Le manque de temps empêchant de trouver un moment idéal pour se consacrer à la formation en ligne et le temps considérable requis pour terminer celle-ci une fois qu'elle est commencée sont également des facteurs cités à maintes reprises pour expliquer l'abandon des participants à un cours en ligne ou carrément leur non-inscription à celui-ci (Lange et al., 2009). Il n'est pas rare en effet que certaines personnes privilégient diverses tâches familiales ou sociales à la formation en ligne, particulièrement lorsqu'elles demeurent à la maison. Tout comme il est courant d'interrompre la poursuite d'une formation en ligne à plusieurs reprises en raison de certaines distractions telles que les appels téléphoniques et les visites. Murphy et Coleman (2004) ont interrogé 21 étudiants ayant participé à un forum de discussion en ligne. Leur étude rapporte, notamment, que lire tous les commentaires affichés sur le forum requiert beaucoup de temps. La formation en ligne s'avère aussi peu adéquate pour favoriser l'apprentissage de techniques de soin et d'habiletés de relations d'aide (Kelly, Lyng, McGrath & Cannon, 2009; Smith et al., 2009). Ces deux éléments étant très importants en soins palliatifs, une formation en ligne sur le sujet doit inévitablement être combinée avec d'autres activités d'apprentissage pour favoriser l'acquisition de ces compétences. Ainsi, dans ces cas, les laboratoires cliniques selon les apprenants sont toujours préférables (Kelly et al., 2009). Certains pourraient être tentés d'affirmer qu'à l'aide de vidéos ces apprentissages sont possibles. Or, les laboratoires cliniques ont l'avantage de permettre à l'apprenant de s'exercer devant d'autres et de recevoir de la rétroaction rapidement, ce que ne permet pas la formation en ligne pour le moment.

Bien des recherches seront encore nécessaires pour prouver l'efficacité de la formation en ligne. Les études existantes présentent de nombreuses limites. Tout d'abord, la plupart sont effectuées avec un petit nombre de participants. Ensuite, plusieurs sont réalisées dans le cadre de cours en ligne offerts aux étudiantes en sciences infirmières plutôt qu'à des infirmières qui se trouvent sur le marché du travail. Enfin, bien qu'elles prouvent l'augmentation des connaissances théoriques des participants, très peu d'études permettent d'évaluer l'impact de celles-ci sur les pratiques de soins et par conséquent sur la qualité des soins au patient. Et nous savons que c'est ce dernier élément qui justifie la création d'une formation. L'élaboration d'une formation étant indéniablement tributaire du paradigme auquel adhère le concepteur du cours, il est essentiel d'aborder ce sujet avant d'examiner les autres aspects de cette recherche.

Le paradigme de l'enseignement et le paradigme de l'apprentissage

Le paradigme de l'enseignement et celui de l'apprentissage sont les principaux cadres de référence qui guident le monde de l'éducation de nos jours. Voici un bref résumé de ceux-ci.

Le paradigme de l'enseignement met l'accent sur la transmission des connaissances du formateur aux apprenants. Le centre d'intérêt est alors l'enseignant ainsi que les divers procédés qu'il emploie dans le but de favoriser la mémorisation des notions par les apprenants (Tardif & Presseau, 1998). Couvrir le plus de matière possible préoccupe davantage les professeurs adhérant à ce paradigme que la compréhension de leurs étudiants (Tardif & Presseau, 1998). Le formateur a pour rôle, selon le paradigme

de l'enseignement, de présenter les connaissances aux apprenants, qui ne font que les recevoir passivement, sans nécessairement tenter de faire un lien entre la théorie et le contexte d'utilisation de cette dernière. Ce paradigme est le fruit de l'influence de la théorie béhavioriste qui met l'accent sur le comportement observable. Ainsi, les principales méthodes pédagogiques employées par les tenants de cette philosophie sont la répétition et la mémorisation en vue d'amener les étudiants à atteindre les objectifs voulus sans trop se soucier de leur compréhension (De Young, 2002).

Le paradigme de l'apprentissage place l'apprenant au premier plan (Tardif & Presseau, 1998). Sa compréhension, son évolution et sa façon de raisonner importent plus que le simple enregistrement de notions. Ce paradigme a été, quant à lui, influencé par la théorie cognitive. Les cognitivistes accordent une grande importance aux processus mentaux dans l'interprétation du comportement (De Young, 2002; Nicolas & Ferrand, 2008). Le cerveau s'apparente dans la théorie cognitive à un ordinateur en mesure de recevoir, de traiter, d'emmagasiner et d'envoyer des informations (Nicolas & Ferrand, 2008). La connaissance et le fonctionnement de la pensée sont au cœur de l'apprentissage selon la théorie cognitive. C'est également à celle-ci que l'on doit la naissance de la schématisation (Boujou et al., 2004; De Young, 2002). Le schéma est simplement une représentation de ce qui se passe dans le cerveau lorsqu'il tente d'acquérir de nouvelles informations. Tout enseignant se basant sur cette théorie cherchera à s'assurer de la compréhension de ses élèves et il tentera d'aider ces derniers à donner un sens aux nouvelles connaissances afin de favoriser leur acquisition. De ce fait, le

paradigme de l'apprentissage prône la participation active de l'apprenant afin qu'il puisse lui-même construire ses connaissances.

Le cognitivisme, tout comme le constructivisme et le socioconstructivisme, ont influencé l'approche par compétences (Tardif, 2006) que la candidate propose d'utiliser pour bâtir cette formation. Avant d'examiner en quoi consiste cette approche, voici donc une description du constructivisme et du socioconstructivisme.

Le constructivisme prône l'implication de l'apprenant dans son apprentissage (Caillé, 1995; De Young, 2002). Pour les tenants de cette théorie, plus les apprenants sont en mesure de lier les nouvelles informations à celles qu'ils ont préalablement acquises, plus celles-ci sont susceptibles d'être retenues (De Young, 2002). Les expériences et les connaissances antérieures des apprenants influencent ainsi leur processus d'apprentissage. Selon le courant constructiviste l'enseignant doit guider l'apprenant afin que celui-ci puisse lui-même bâtir ses propres connaissances (Caillé, 1995).

Le socioconstructivisme, quant à lui, diffère du constructivisme uniquement par le fait qu'il reconnaît l'importance de l'interaction sociale dans l'apprentissage (Lebrun, 2007). Selon cette théorie, l'apprenant construit ses connaissances non pas seul, mais à travers ses divers contacts avec l'environnement (Lebrun, 2007). Ainsi, les conditions sociales, culturelles et politiques, pour ne nommer que celles-ci exercent une influence sur l'apprentissage. Par conséquent, l'enseignant adhérent à la théorie socioconstructiviste favorisera, entre autres, les échanges entre les apprenants afin qu'ils puissent apprendre les uns des autres. La formation en ligne favorise ce type d'échange.

Cragg, Dunning et Ellis (2008) ont démontré que, contrairement à ce qu'on observe dans un cours traditionnel où 70 % des mots prononcés proviennent du professeur, lors d'un cours en ligne, ce pourcentage n'est que de 22 %. Ainsi, à l'occasion d'un cours en ligne, les étudiants interagissent beaucoup plus entre eux (Cragg et al., 2008). Examinons à présent en quoi consiste l'approche par compétences qui a été influencée par ces théories de l'apprentissage.

L'approche par compétences

L'approche par compétences est née, en partie, pour répondre aux exigences des milieux professionnels (Mellouki & Gauthier, 2005). En effet, de nos jours, les entreprises font face à de multiples défis de nature variée, ce qui nécessite des employés ayant une grande capacité d'adaptation. Cette méthode visant à former des individus compétents, c'est-à-dire « (...) capables de transposer (leurs) compétences et (leurs) savoir-faire dans des situations nouvelles et des contextes variés (Mellouki & Gauthier, 2005, p. 11) », est tout à fait de mise pour répondre à une telle demande. Et cela particulièrement, pour les infirmières, qui sont sans cesse confrontées à des cas cliniques de plus en plus complexes et parfois différents de ceux qu'elles ont étudiés au cours de leur formation de base, en raison de l'évolution de la technologie et de la complexification des problèmes de santé.

Tardif (2006) définit la compétence comme étant « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation (p. 22). » Cette définition

montre bien que contrairement à la formation traditionnelle qui met l'accent sur la maîtrise d'un savoir, d'un savoir-être ou d'un savoir-faire particulier, l'approche par compétences vise à fournir à l'apprenant la capacité de recourir aux outils nécessaires pour résoudre de multiples problèmes au moment opportun. Tardif (2006) affirme qu'une compétence doit être intégratrice, combinatoire, développementale, contextuelle et évolutive. Il est important de bien comprendre chacune de ces caractéristiques pour être en mesure de définir adéquatement une compétence.

En premier lieu, toute compétence doit faire appel à un éventail diversifié de ressource. Selon Tardif (2006), une ressource peut être tant un savoir qu'une attitude ou un savoir-faire. Deuxièmement, ces ressources doivent être combinées de façon appropriée en fonction de la situation. Ainsi, un même groupe de ressources peut servir à solutionner deux problèmes de nature différente selon la façon de les agencer. Troisièmement, Tardif (2006) soutient que le développement d'une compétence est un processus sans fin. De ce fait, les expériences de vie d'un individu contribuent à façonner et à accroître ses compétences. Quatrièmement, chaque compétence doit revêtir un caractère contextuel, c'est-à-dire que chacune d'entre elles permet de répondre à une situation donnée. Enfin, Tardif (2006) affirme qu'une compétence présente un caractère évolutif : subséquemment elle change et elle progresse en fonction des nouvelles découvertes et des nouvelles ressources mises à la disposition de l'apprenant.

Tout formateur adhérant à l'approche par compétences qui entame la rédaction de matériel pédagogique doit s'interroger sur les compétences qu'il souhaite que les apprenants développent. Et il doit s'assurer à la suite de la rédaction de ces compétences

que celles-ci répondent aux cinq caractéristiques d'une compétence définies par Tardif (2006). Le formateur doit également s'interroger, après avoir délimité la matière dont il désire favoriser la compréhension par les apprenants, sur le type de connaissances associé à celle-ci et les stratégies d'apprentissage à employer pour y parvenir.

Les types de connaissances

Il existe trois types de connaissances, selon le cognitivisme : les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles (Barbeau, Montini & Roy, 1997). Chacune d'entre elles requiert un processus intellectuel différent pour être assimilées d'où la nécessité de les distinguer. Selon Barbeau et al., (1997) les connaissances déclaratives font référence au savoir théorique alors que les connaissances procédurales représentent le savoir-faire. Les connaissances conditionnelles, quant à elles, sont de nature pratique. Elles permettent de juger de la meilleure action à effectuer selon le contexte. La catégorisation des ressources en fonction du type de connaissance permet de choisir des stratégies d'apprentissage appropriées pour en favoriser la compréhension.

Selon Dessaint (1995), une activité d'apprentissage est « une tâche ou un exercice qu'on demande à l'apprenant d'effectuer afin qu'il puisse mettre en application les nouvelles connaissances et les nouvelles habiletés acquises (p. 168) ». Elles ont pour but de permettre à l'apprenant d'évaluer sa compréhension de la matière présentée, de favoriser son engagement dans son apprentissage et de maintenir son intérêt durant toute la formation (Dessaint, 1995). Chaque type de connaissances fait appel à des activités d'apprentissage se basant sur les méthodes pédagogiques différentes, selon Barbeau et

al. (1997). Les activités d'apprentissage doivent être diversifiées et mettre à l'épreuve les connaissances des apprenants.

C'est ainsi que Barbeau et coll. (1997) soutiennent que l'élaboration et l'organisation aident à l'acquisition de savoirs théoriques, que la procéduralisation et la composition promeuvent le savoir-faire; puis la généralisation et la discrimination facilitent l'acquisition des connaissances conditionnelles. Examinons en quoi consiste chacune de ces méthodes.

Tout d'abord, l'élaboration, c'est le fait de rendre une notion plus significative pour l'apprenant (Barbeau et al., 1997). L'opération est possible en employant notamment l'exemple, l'analogie, le rappel des connaissances antérieures et diverses composantes de l'environnement. L'organisation, quant à elle, est la mise en évidence des liens qui existent entre divers éléments (Barbeau et al., 1997). Les tableaux de classification et de comparaison, la schématisation et le plan sont des stratégies qui respectent ce principe.

La procéduralisation et la composition vont de pair. Barbeau et al., (1997) décrivent la première comme étant la description des étapes menant à la réalisation d'une procédure. Celle-ci peut être écrite ou démontrée. L'action de faire l'ensemble de la démarche, de la pratiquer et de comprendre les circonstances où il est nécessaire de l'appliquer représente la composition (Barbeau et al., 1997). Nous constatons donc qu'il est primordial que l'apprenant s'exerce de nombreuses fois et dans différents contextes pour favoriser l'acquisition des connaissances procédurales.

Par ailleurs, l'habileté de reconnaître dans quelle situation une procédure quelconque s'utilise une fois que l'apprenant en maîtrise plusieurs requiert la capacité de généraliser et celle de discriminer. La généralisation est la compréhension du fait que diverses circonstances distinctes peuvent nécessiter la même action, alors que la discrimination consiste à reconnaître l'élément particulier d'une situation à priori semblable à d'autres, qui fait en sorte que l'action à effectuer dans celle-ci est différente de celle qui serait faite dans les autres.

Il est important, surtout lorsque l'on construit un cours en ligne de bien maîtriser ces principes afin de favoriser l'organisation d'une formation qui se veut la plus claire et la plus explicite possible pour l'apprenant qui sera souvent laissé à lui-même. Afin de guider toute personne qui entame cette démarche, la candidate a mis au point, à la lumière de la recension des écrits qu'elle a effectuée la macroplanification d'une formation en ligne portant sur les soins infirmiers palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Propositions pour l'élaboration d'une formation en ligne sur les soins palliatifs de fin de vie chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

L'élaboration d'une formation est un travail méticuleux qui exige le respect de plusieurs étapes. Elle débute selon Dessaint (1995) par l'analyse du contexte de formation qui comprend les éléments suivants : le contexte administratif, le contexte pédagogique, les caractéristiques des apprenants et les caractéristiques du rédacteur.

L'analyse du contexte de la formation

Le contexte administratif se rapporte au temps, aux ressources et au budget mis à la disposition du concepteur du cours (Dessaint, 1995). Considérant que la formation proposée par la candidate se fera en ligne, il est essentiel de s'assurer que tous les apprenants aient accès à un ordinateur soit à la maison ou au travail (Atack & Rankin, 2002). Ainsi, le formateur doit vérifier qu'un nombre suffisant d'ordinateurs seront mis à la disposition des apprenants, et ce, selon des plages horaires variées afin de répondre aux préférences et aux disponibilités de chacun. Il faut aussi veiller à ce que les apprenants puissent avoir recours à un service de soutien tant technique que pédagogique au besoin et en tout temps (Atack & Rankin, 2002; Küçük, Genç-Kumtepe, & Tasci, 2010; Smith et al., 2009). En cas de difficulté et de manque de ressources pour y pourvoir, la participation en ligne des apprenants pourrait être considérablement compromise (Küçük, Genç-Kumtepe & Tasci, 2010)

Pour ce qui est du contexte pédagogique, celui-ci se rapporte au but du cours et à sa durée (Dessaint, 1995). Le but du cours est sans aucun doute l'élément qui a mené à

la naissance de ce projet. En effet, en observant et en donnant des soins palliatifs de fin de vie aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans son milieu de travail, la candidate a constaté un manque de préparation des infirmières sur certains aspects de ces soins, de même parfois qu'un certain malaise. Cette formation en ligne sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque a par conséquent pour but premier d'outiller et d'éduquer les infirmières, afin qu'elles soient en mesure d'accompagner de façon plus appropriée ces patients vers la mort et de soutenir leur famille à travers cette épreuve.

En plus de ces aspects, il importe de tenir compte des caractéristiques des apprenants. Elles peuvent être obtenues, entre autres, à l'aide d'un questionnaire ou d'un sondage. Le niveau d'éducation des apprenants, leurs objectifs d'apprentissage ainsi que leurs sources de motivation sont, selon Dessaint (1995), certaines des informations qu'il est intéressant de recueillir en raison de l'influence qu'elles peuvent exercer sur le cours tant en terme de contenu que de format.

Dans le cadre de la formation qui constitue le sujet de ce travail, le concepteur doit, entre autres, prendre en considération le fait qu'il s'adresse essentiellement à une clientèle féminine et d'âge adulte. En effet, encore aujourd'hui on ne compte que 9,5 % d'hommes au sein de la profession infirmière et la majorité des infirmières sont âgées de plus de 24 ans (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009-2010). Ces données sont importantes, car l'apprentissage des adultes ne s'effectue pas comme celui des enfants. Les adultes s'intéressent davantage à une formation lorsqu'ils savent qu'elle

leur sera utile rapidement dans l'exercice de leur fonctions quotidiennes. Ainsi, le concepteur a intérêt à tenir compte des besoins exprimés par ceux-ci au moment de l'élaboration de son cours (Dessaint, 1995). En outre, les activités d'apprentissage devront être complètes, structurées et brèves car, comme le signale Dessaint (1995), la formation continue sera une priorité secondaire pour plusieurs de ces femmes qui mettront probablement leurs responsabilités sociales et familiales à l'avant-plan.

Enfin, l'analyse du contexte de formation comprend également les caractéristiques du concepteur. Celles-ci sont tributaires en grande partie de sa vision de l'éducation. La candidate qui croit aux bénéfices de l'approche par compétences, suggère bien entendu une formation en ligne fondée sur cette approche. Elle propose de s'inspirer des étapes élaborées par Tardif pour effectuer la macroplanification tout en suivant les principes proposés par Lasnier (2000). Celui-ci décrit dix principes pouvant aider tout concepteur à réussir la création d'une formation par compétences (annexe C). Pour sa part, Tardif (2003) a établi huit étapes menant au développement d'un programme basé sur l'approche par compétences. La candidate a tout simplement repris ces étapes en précisant qu'elles viseront non pas l'élaboration d'un programme mais d'une formation en ligne. Ainsi, selon Tardif (2003), le développement d'une formation par compétences se fait en huit phases soit : 1) la détermination des compétences qui seront visées par la formation; 2) la détermination du degré de développement des compétences attendu à la fin de la formation; 3) la détermination des ressources internes et externes que les apprenants devront acquérir et mobiliser pour développer les compétences visées par la formation; 4) la planification de l'étalement des compétences

sur l'ensemble de la formation en ligne; 5) la détermination des méthodes d'enseignement/apprentissage; 6) la détermination des modalités d'évaluation des compétences; 7) la détermination de l'organisation du travail des professeurs et des étudiants; 8) l'établissement des modalités de suivi des apprentissages.

Ces phases, bien qu'elles risquent d'être effectuées en ordre dans un premier temps, s'entremêlent au fur et à mesure que la formation prend forme. Ainsi, tout concepteur ne doit pas s'étonner de passer de l'une à l'autre dans un tout autre ordre que celui qui est proposé par Tardif (2003). Ceci étant dit, la détermination des compétences visées par la formation est une phase cruciale qui doit toujours se faire au début du développement d'un cours, car il s'agit d'une étape qui guidera l'élaboration de toutes les autres phases. Inspirées de Tardif, voici les étapes que la candidate suggère de suivre pour construire cette formation en ligne destinée aux infirmières et portant sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque terminale.

Le choix des compétences visées par la formation

Legault, Brien, Francoeur et Lebel (2009) ont rédigé un référentiel de compétences pour bâtir une formation interprofessionnelle sur les soins palliatifs en soins de longue durée. La candidate suggère de reprendre ces compétences en les adaptant à la réalité de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque et au rôle de l'infirmière dans ce contexte. Les participants au projet pilote de Legault et al. (2009) se sont dits dans l'ensemble satisfaits de la formation et le peu de commentaires négatifs émis ne touchaient pas son contenu mais plutôt le déroulement des activités

pédagogiques. Par conséquent, nous pouvons tenir pour acquis que les compétences visées par la formation répondaient aux besoins éducatifs en soins palliatifs des professionnels concernés, d'où l'intérêt de s'appuyer sur celles-ci pour bâtir la formation en ligne qui fait l'objet de ce travail (voir tableau 2, page suivante).

Par ailleurs, étant donné que cette formation en ligne est destinée à une population d'infirmières dont la formation et l'expérience clinique peuvent être très variées, il est difficile d'établir le degré de développement des compétences attendu à la suite de celle-ci. La candidate croit donc que seuls les apprenants peuvent évaluer leur niveau de développement pour chaque compétence. Et elle suggère à toute personne soucieuse de cette étape d'avoir recours à l'autoévaluation pour apprécier la portée de sa formation.

Tableau 2 : Compétences visées par la formation (adaptées de Legault et coll., 2009)

<p>1. <i>Contribuer au confort et à la qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en fin de vie</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à l'évaluation continue des besoins de la personne âgée et de ses proches, selon les critères reconnus et des outils validés ▪ Prendre part à la mise en œuvre, sans délai, des traitements et des interventions visant le soulagement de la douleur et de l'inconfort selon les normes de pratiques ▪ Anticiper les signes de fin de vie ainsi que les situations d'urgence et amorcer les mesures appropriées ▪ Soutenir la participation des proches aux soins en respectant leur volonté de s'impliquer dans ceux-ci ▪ Partager avec les autres membres de l'équipe les informations recueillies afin de faciliter la révision continue du plan d'intervention
<p>2. <i>Accompagner la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et ses proches durant la dernière étape de vie</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire preuve de respect au regard de la dignité de la personne en appuyant toute action sur la qualité de vie et l'espoir tel que défini par la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et ses proches ▪ Créer un environnement favorable à l'intimité et aux rapprochements ▪ Créer une relation compatissante à chaque prestation de soins ▪ Soutenir activement la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et ses proches dans leur recherche de sens au regard des différentes dimensions de l'expérience de la fin de vie ▪ Soutenir les processus d'adaptation qu'amènent le statut de mourant et celui d'endeuillé ▪ Soutenir activement les proches lors de l'agonie et dans la période immédiate qui suit le décès ▪ Valoriser la mise en œuvre de rituels personnalisés

3. *Agir de façon éthique auprès de la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et de ses proches*

- Respecter la démarche éthique lors des réflexions et des dilemmes éthiques
- Impliquer le patient et les proches dans la démarche de prise de décision
- S'assurer que la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et ses proches disposent des éléments essentiels pour prendre une décision éclairée
- Représenter les intérêts de la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et de ses proches

4. *Participer au travail de l'équipe interprofessionnelle afin d'assurer la qualité et la continuité des soins offerts en fin de vie*

- Intégrer la philosophie des soins palliatifs et du milieu hospitalier à ses valeurs personnelles
- Reconnaître ses valeurs personnelles, ses capacités et ses limites en regard de la vie, de la mort et de la souffrance
- Préserver sa intégrité personnelle et prendre soin de soi en tant qu'intervenant
- Offrir du soutien aux collègues et accepter le leur
- Se référer à l'expertise des autres membres de l'équipe dans les meilleurs délais
- Mettre en pratique l'approche de collaboration interprofessionnelle dans les soins quotidiens
- Communiquer adéquatement les informations dans une perspective de collaboration interprofessionnelle et de continuité des soins

En s'appuyant sur les compétences précédentes et à la lumière de la recension des écrits effectuée précédemment la candidate propose de construire cette formation en ligne autour d'études de cas. Le fait d'analyser divers éléments d'une situation globale et complexe répond au principe de globalité de Lasnier (2000). Ce principe sous-entend que la compétence est vue comme un tout et que les activités qui préconisent des tâches globales sont à favoriser.

La détermination des méthodes d'enseignement/apprentissage

La faculté de médecine de l'Université de Montréal a émis des recommandations sur la rédaction de vignettes cliniques. Elle suggère de rédiger des histoires de cas représentatives des situations les plus couramment rencontrées en clinique, mais qui respectent le niveau de raisonnement des apprenants. En gardant en tête ces directives, la candidate a élaboré trois cas cliniques. Le **premier cas** reflète l'une des caractéristiques importantes de la phase terminale de l'insuffisance cardiaque, soit l'incertitude reliée au pronostic et le rôle de l'infirmière qui accompagne les patients dans ces circonstances. Il aborde aussi la nécessité de discuter du niveau de soin et du traitement thérapeutique avec le patient et sa famille. Il aborde ensuite deux des symptômes les plus fréquents en fin de vie chez les insuffisants cardiaques, soit la dyspnée et la fatigue.

Le **second cas** clinique présente un patient dans ses dernières heures de vie. Il vise à illustrer l'encadrement et l'accompagnement du patient et de sa famille souhaités par l'infirmière au cours de cette période. Il aborde aussi la différence entre la dyspnée et la détresse respiratoire, tant en termes d'évaluation que de traitement. La douleur est

également examinée dans cette histoire de cas. De même que les signes que la mort approche ainsi que la façon de répondre aux besoins particuliers, religieux ou culturels, des familles. Quant au **troisième cas** clinique, il vise à montrer ce qui doit être fait après qu'un décès a eu lieu en milieu hospitalier.

Une fois ces histoires de cas construites, l'étape suivante consiste en la détermination pour chaque cas clinique des ressources internes et externes à acquérir.

L'identification des ressources internes et externes à acquérir et à mobiliser

À la lecture des écrits de Tardif (2006), la candidate comprend qu'une ressource est un élément qui aidera l'apprenant à développer une ou plusieurs compétences. Elles peuvent être de nature très variée. Tardif (2003) les sépare en deux catégories, soit les ressources internes parmi lesquelles se retrouvent les connaissances, les attitudes et les conduites, et les ressources externes comprenant, entre autres, les personnes, le matériel et l'appareillage technologique. La candidate présente au tableau 3 (p.74), en lien avec les histoires de cas préalablement élaborées et pour chacune des compétences visées par la formation, les ressources dont elle suggère l'acquisition ou la mobilisation. On constatera également en consultant ce tableau que le développement d'une compétence donnée ne s'effectue pas à l'aide d'une seule histoire de cas mais d'au moins deux. Ainsi, au cours de chaque histoire de cas, les apprenants seront en mesure d'acquérir et de mobiliser diverses ressources qui leur permettront de continuer de développer pas à pas les compétences visées par la formation en ligne. Lasnier (2000) décrit comme de l'itération le fait que l'apprenant soit soumis à maintes reprises à divers éléments en lien

avec la même compétence. En effet, il croit qu'en multipliant le nombre de fois auquel l'apprenant est soumis à une même matière on favorise l'acquisition de celle-ci par ce dernier.

Tableau 3 : Ressources à acquérir en fonction des compétences visées par la formation pour chaque histoire de cas

Compétences Situations cliniques	Contribuer au confort et à la qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en fin de vie	Accompagner la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et ses proches durant la dernière étape de vie	Agir de façon éthique auprès de la personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque et de ses proches	Participer au travail de l'équipe interprofessionnelle afin d'assurer la qualité et la continuité des soins offerts en fin de vie
1. L'insuffisance cardiaque terminale une montagne russe d'émotions	Les symptômes de fin de vie et leur traitement L'ajustement du traitement spécifique de l'insuffisance cardiaque en phase terminale	Les particularités associées aux personnes et à l'insuffisance cardiaque L'approche de soins globale	L'entretien d'une discussion sur le niveau de soins désiré, sur la réanimation cardiorespiratoire et sur la possibilité de désactiver le défibrillateur	Connaître le rôle des membres de l'équipe interprofessionnelle Savoir trouver les éléments pertinents à communiquer à l'équipe interprofessionnelle
2. La mort d'une personne âgée atteinte d'insuffisance cardiaque en milieu hospitalier	Les symptômes de fin de vie et leur traitement Les signes que la mort approche L'implication de la famille dans les soins du patient	Le rôle de l'infirmière dans la prestation de soins palliatifs en milieu hospitalier Le caring Le confort de la personne âgée en fin de vie	Le respect des rites et des rituels entourant la mort	Comprendre la philosophie des soins palliatifs Reconnaître que la mort se vit de façon différente pour chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire
3. Et après le décès...	Le rôle de l'infirmière au moment du décès Les différences culturelles et la mort Les soins à la personne décédée	Les informations à donner à la famille lorsque survient un décès	Les tâches à effectuer lorsque survient un décès	Déclaration de décès par le médecin

Une fois les ressources nécessaires à l'acquisition des compétences visées par la formation déterminées, la candidate propose, comme le suggère Tardif (2003), de décrire le rôle respectif du formateur et des apprenants dans la formation. La section suivante, en plus de présenter celles prônées par la candidate, décrit également comment elle perçoit le design de cette formation en ligne.

L'organisation du travail du professeur et des apprenants puis les modalités de suivi

La première méthode pédagogique conseillée par la candidate est, comme cela a été mentionné plus haut, la construction de cette formation en ligne autour d'histoires de cas. Celles-ci ont l'avantage, par la présentation de situations couramment rencontrées en pratique, de favoriser l'engagement de l'apprenant dans son apprentissage, car celui-ci peut facilement s'imaginer vivre la situation décrite (O'Connor, 2006). Une telle approche favorisera la motivation des apprenants et leur permettra de donner un sens à leur apprentissage. Ce qui répond au principe de signifiante de Lasnier (2000). La candidate propose donc d'ouvrir la formation sur une brève description de ces cas en invitant l'apprenant à choisir celui qui l'interpelle le plus. En optant pour l'une des vignettes cliniques, l'apprenant sera par la suite dirigé vers l'histoire de cas complète.

Tout au long de cette histoire, l'apprenant pourra cliquer sur certains mots et cette action le dirigera vers un module théorique abordant l'un des thèmes importants en soins palliatifs. Par exemple, dans le premier cas clinique, en appuyant sur le mot dyspnée, l'apprenant sera redirigé vers le module traitant des symptômes de fin de vie. Ainsi, en divisant la formation en modules accessibles en tout temps, l'apprenant pourra

effectuer uniquement ceux contenant des informations qu'il juge pertinentes à sa pratique. Sachant que les adultes s'intéressent à une formation s'ils ont la possibilité de décider de son contenu et qu'ils sont en mesure de choisir le moment qui leur convient pour la suivre, ce type de présentation devrait leur convenir.

En plus d'être liée à des modules théoriques élaborés par le formateur et abordant l'un des thèmes jugés pertinents en soins palliatifs, chaque histoire de cas sera également en lien avec un onglet contenant des questions (voir figure 1). Ces questions seront bien évidemment en lien avec l'histoire de cas présentée, ce qui répond aux exigences du principe de cohérence tel que défini par Lasnier (2000). En effet, Lasnier insiste sur l'importance de créer des activités d'enseignement et des activités d'apprentissage qui sont reliés l'une à l'autre. Ces questions seront formulées par le formateur avec comme objectif de favoriser le développement de la pensée critique des apprenants. Par exemple, toujours en lien avec la première histoire de cas, l'une des questions pourrait consister à demander aux apprenants s'il est pertinent dans la situation clinique présentée de cesser tous les médicaments normalement considérés comme faisant partie du traitement actif de l'insuffisance cardiaque, lorsque le patient est dans la phase palliative de la maladie.

Pour répondre aux différentes questions, l'apprenant pourra au besoin relire l'histoire de cas ou les modules théoriques, ou encore questionner ses collègues dans le forum de discussion (Figure 1 p.77). En effet, il aura la possibilité pour chaque histoire de cas de participer à sa guise à un forum de discussion. Celui-ci permettra à tous les

apprenants de se questionner entre eux et d'échanger sur leurs expériences personnelles. Ce va-et-vient entre les modules théoriques, les questions et le forum de discussion permettra notamment une alternance du global au spécifique et vice versa, des activités d'apprentissage aux activités d'enseignement et vice versa; ce qui est cohérent avec le principe d'alternance décrit par Lasnier (2000).

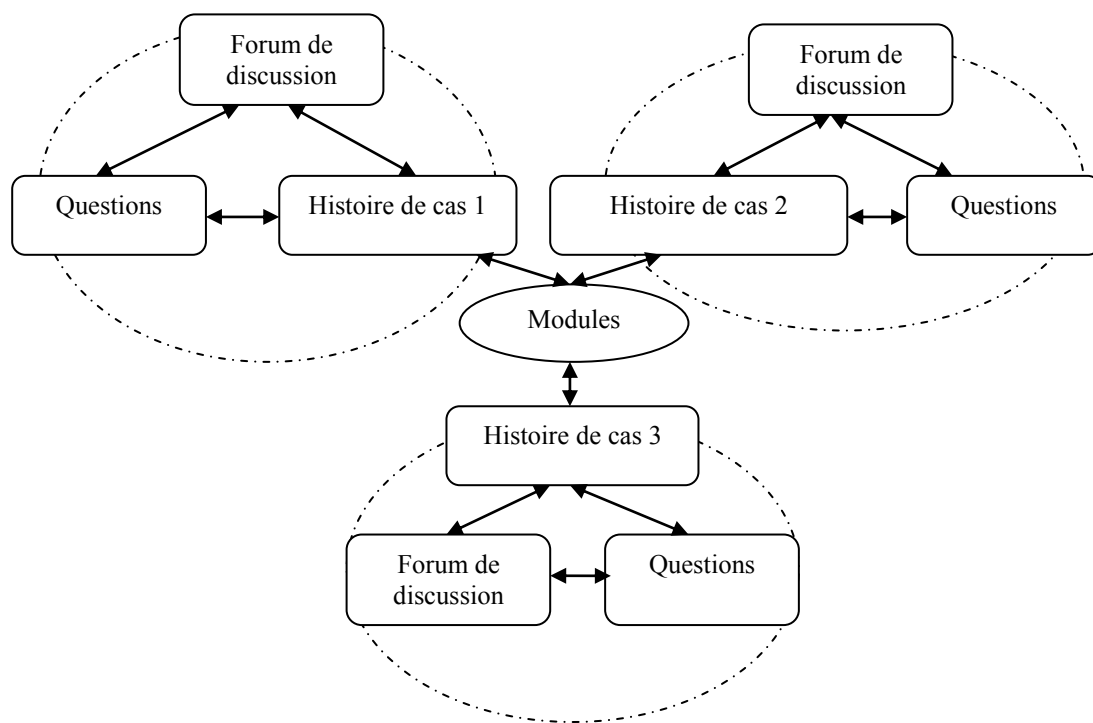


Figure 1 : Fonctionnement du cours en ligne

Le formateur pourra également au cours du forum de discussion susciter la réflexion chez les apprenants en y ajoutant des questions de réflexion. Par exemple, toujours en lien avec le premier cas clinique, il sera possible d'inviter les apprenants à

s'interroger sur les raisons pour lesquelles la dyspnée n'est pas évaluée avec autant de profondeur et de rigueur que la douleur.

Par ailleurs, il sera important de choisir une période de temps déterminée au cours de laquelle les apprenants devront réaliser la formation. Cette précaution permettra, d'une part, de favoriser un certain achalandage sur les forums de discussion et, d'autre part de réduire le risque que les apprenants étalent l'achèvement de cette formation sur une période jugée trop longue.

De plus, l'apprenant devra dans l'onglet « question » mettre ses réponses par écrit dans un endroit réservé à cet effet. Une fois qu'il a répondu aux questions, l'apprenant devra autoriser la transmission de celles-ci au formateur. Ce signal permettra au formateur de savoir, d'une part, qui a participé à la formation en ligne et, d'autre part, il pourra selon les réponses se faire une idée du degré de compréhension des apprenants. À la fin de la période allouée à la réalisation de la formation en ligne, le formateur pourra y afficher un solutionnaire des diverses questions posées.

En plus de bâtir cette formation infirmière sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, le formateur a un grand rôle à jouer pour assurer le déroulement adéquat de celle-ci. En effet, il devra être un facilitateur de l'apprentissage des apprenants. Il y parviendra en se montrant par exemple disponible pour les apprenants et en jouant le rôle du modérateur dans les forums de discussion. Ainsi, il pourra à tout moment, relancer la réflexion des apprenants en émettant des commentaires sur les forums de discussion. Il devra garder en tête que ces remarques ont

pour but de permettre à l'apprenant de progresser dans son apprentissage et dans sa réflexion. Le formateur aura également pour rôle de mettre à jour le contenu théorique de la formation et d'y ajouter des sources d'information supplémentaire et pertinente au besoin. Il sera en outre important qu'il mette en évidence ces changements de façon à ce qu'ils soient facilement détectables par les apprenants.

Les apprenants, pour leur part, doivent effectuer la formation au cours de la période prévue. Leur rôle consiste également à participer activement aux forums de discussion et à répondre avec soins aux questions qui leur sont proposées. C'est ainsi qu'en suivant les diverses propositions émises par la candidate, toute personne intéressée sera en mesure de se faire une idée du contenu et du format que devrait adopter, selon la candidate, une formation en ligne destinée aux infirmières et traitant des soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Conclusion

Dans le contexte actuel du système de santé, il est constamment demandé aux infirmières de faire plus avec moins. Et cela, malgré le fait qu'elles doivent prendre soin d'une clientèle de plus en plus âgée et aux prises avec de nombreux problèmes de santé. Étant donné le vieillissement de la population, il est de nos jours courant dans tous les milieux de soins, et non pas seulement au sein d'unités de soins palliatifs, de voir des infirmières accompagner des patients vers leur dernier sommeil. Or, malheureusement au Québec les infirmières ne possèdent pas toutes une formation de base en soins palliatifs. Une telle situation peut compromettre la qualité des soins offerts aux patients et à leurs familles en fin de vie. Compte tenu du fait que cette situation va perdurer et peut-être même empirer, en raison de la hausse des maladies chroniques, du vieillissement de la population et du manque de ressources dans le domaine des soins palliatifs (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2004), il est impératif d'y trouver des solutions souples et pratiques.

Pour ce faire, la candidate a proposé un projet de formation en ligne s'adressant aux infirmières et portant sur les soins palliatifs aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. À la connaissance de la candidate, l'élaboration d'une telle formation constituerait une première au Québec, où l'on retrouve plusieurs communautés virtuelles sur le sujet mais aucun matériel pédagogique dirigé. Cette formation se veut innovatrice par le fait qu'elle s'adresse spécifiquement aux infirmières travaillant avec la clientèle insuffisante cardiaque. En effet, malgré la reconnaissance de la nécessité de soins

palliatifs pour la clientèle cardiologique, aucune formation n'est pour le moment basée spécifiquement sur les besoins uniques de cette clientèle.

La candidate propose donc d'élaborer une formation en ligne destinée à rejoindre le plus d'infirmières possible. Mais aussi avec l'intention de contrer les problèmes liés à la libération du personnel infirmier en raison de la pénurie de main-d'œuvre, des contraintes budgétaires et des responsabilités sociales et familiales des infirmières. La candidate suggère de présenter dans cette formation ce qu'est l'insuffisance cardiaque, ce que sont les soins palliatifs et quel est le rôle de l'infirmière dans la prestation de ces soins. La candidate recommande de plus, de construire cette formation en ligne autour de quelques situations cliniques, tout en respectant les principes de la formation par compétences, qui se veut une approche favorisant la participation active de l'apprenant dans son apprentissage. La candidate suggère d'aborder chacun des thèmes à l'étude dans un module différent, afin de permettre aux infirmières d'effectuer uniquement ceux traitant des sujets qui les intéressent.

Toute personne optant pour un travail dans le monde de la santé fait le choix d'étudier toute sa vie, puisqu'il s'agit d'un domaine en évolution constante. Les nouvelles technologies de communication offrent de belles occasions pour favoriser la mise à jour des connaissances des infirmières sans faire face aux obstacles que connaît la formation continue en milieu hospitalier. Par conséquent, il pourrait être bénéfique d'exploiter cette voie davantage dans l'avenir.

Références

- Adler, E. D., Goldfinger, J. Z., Kalman, J., Park, M. E. & Meier, D. E. (2009). Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation, 120*(25), 2597-2606.
- Aldred, H., Gott, M. & Gariballa, S. (2005). Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 116-124.
- American Heart Association. (2010) Heart disease and stroke statistics--2010 Update. Dallas.
- Andershed, B. & Ternestedt, B.-M. (1999). Involvement of relatives in care of the dying in different care cultures: development of a theoretical understanding. *Nursing science quarterly, 12*(1), 45-51.
- Anderson, H., Ward, C., Eardley, A., Gomm, S., A., Connolly, M., Coppinger, T. et al. (2001). The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliative medicine, 15*, 279-286.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). Prestation de soins infirmiers de fin de vie.
- Atack, L. & Luke, R. (2009). Improving infection control competency through an online learning course. *Nursing times, 105*(4), 30-32.
- Atack, L. & Rankin, J. (2002). Nurses' experiences with web-based learning: nurses face many challenges to maintain competency in a climate of constant change and dwindling resources. Online courses may be part of the solution. *The Canadian Nurse, 98*(7), 18.
- Atack, L., Rankin, J. A. & Then, K. L. (2005). Effectiveness of a 6-week Online Course in the Canadian Triage and Acuity Scale for Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing, 31*(5), 436-441.
- Barbeau, D., Montini, A. & Roy, C. (1997). Devrait-on enseigner et évaluer de la même façon des connaissances théoriques et des connaissances pratiques? (*Tracer les chemins de la connaissance*. Montréal: Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S. et al. (2006). Characteristics and views of family carers of older people with heart failure. *International journal of palliative nursing, 12*(8), 380-389.
- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M. & Higginson, I. J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respiratory medicine, 101*(3), 399-410.

- Bédard, C., Major, D., Ladouceur-Kègle, Guertin, M.-H. & Brisson, J. (2006). Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs.
- Bekelman, B., David, Rumsfeld, S., John, Havranek, P., Edward, Yamashita, E., Traci, Hutt, E., Gottlieb, H., Sheldon et al. (2009). Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *Journal of general internal medicine*, 24, 592-598.
- Bekelman, D. B., Hutt, E., Masoudi, F. A., Kutner, J. S. & Rumsfeld, J. S. (2008). Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 125(2), 183-190.
- Bendaly, A., Edmond, Groves, J., Juliar, B. & Gramelspacher, P., Gregory. (2008). Financial impact of palliative care consultation in a public hospital. *Journal of palliative medicine*, 11(10), 1304-1308.
- Benkel, I., Wijk, H. & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative medicine*, 23(2), 141-149. doi:10.1177/0269216308098798
- Benson, E., Paige. (2004). Online learning: A means to enhance professional development. *Critical care nurse*, 24(1), 60-63.
- Bizier, N., Gagnon, N. & Sawyer, T., Lorraine. (2003). Insuffisance cardiaque congestive et chirurgie cardiaque. Dans M. Lewis, Sharon, M. Heitkemper, Margaret & R. Dirksen, Shannon (dir.), *Soins infirmiers Médecine-chirurgie* (Vol. 2, p. 418-457). Laval: Beauchemin.
- Booth, S., Anderson, H., Swannick, M., Wade, R., Kite, S. & Johnson, M. (2004). The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the scientific committee of the association of palliative medicine. *Respiratory medicine*, 98, 66-77.
- Boujou, C., Gaux, C., Greff, É., Iralde, L., Lainé, A., Pagoni-Andreani, M. et al. (2004). Théorie et modèles de l'apprentissage (*Les apprentissages scolaires* (p. 20-27): Bréal.
- Boyd, K. J., Murray, S. A., Kendall, M., Worth, A., Frederick Benton, T. & Clausen, H. (2004). Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *European Journal of Heart Failure*, 6(5), 585-591.

- Boyd, K. J., Worth, A., Kendall, M., Pratt, R., Hockley, J., Denvir, M. et al. (2009). Making sure services deliver for people with advanced heart failure: a longitudinal qualitative study of patients, family carers, and health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 767-776.
- Brännström, M., Brulin, C., Norberg, A., Boman, K. & Strandberg, G. (2005). Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 314-323.
- Brännström, M., Forssell, A. & Pettersson, B. (2011). Physician's experience of palliative care for heart failure patients. *10*(64-69).
- Bruera, E., Billings, J. A., Lupu, D., Ritchie, C. S., Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of, H. & Palliative, M. (2010). AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *Journal of Pain & Symptom Management*, 39(4), 743-755.
- Brumley, D., Richard, Enguidanos, S. & Hillary, k. (2003). The palliative care program. *The permanente journal*, 7(2), 6-12.
- Caillé, A. (1995). L'approche constructiviste et les sciences de la nature (*L'enseignement des sciences de la nature au primaire* (p. 141-154). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Caldwell, H., Patricia, Arthur, M., Heather & Demers, C. (2007). Preferences of patients with heart failure for prognosis communication. *Canadian Journal of cardiology*, 23(10), 791-796.
- Carter, M. L. (2008). Critical thinking dispositions in online nursing education. *Journal of distance education*, 22(3), 59-114.
- Cloutier, C., Croteau, M. & Mastriani, D. (2007). Programme d'études techniques - Soins infirmiers. Montréal: Direction générale des programmes et du développement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Cortis, J. D. & Williams, A. (2007). Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review*, 54(3), 263-270.
- Coutu-Lamontagne, I. (2008). Les symptômes respiratoires. Dans Regroupement de pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs (dir.), *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes* (4^e éd., p. 223-240). Montréal: Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.

- Cragg, B., C. E., Dunning, J. & Ellis, J. (2008). Teacher and student behaviors in face-to-face and on-line courses: dealing with complex concepts. *Journal of distance education*, 22(3), 115-128.
- Daigle, J.-M. (2006). Les maladies du coeur et les maladies vasculaires cérébrales: prévalence, morbidité et mortalité au Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Daley, A., Matthews, C. & Williams, A. (2006). Heart failure and palliative care services working in partnership: report of a new model of care. *Palliative Medicine*, 20(6), 593-601.
- Davies, N. & Curtis, M. (2000). Providing palliative care in end-stage heart failure. *Journal of professional nursing*, 15(6), 389-392.
- Davis, P., Mellar, Albert, M., Nancy & Young, B., James. (2005). Palliation of heart failure. *American journal of hospice & palliative medicine*, 22(3), 211-222.
- Day, R. A. & Williams, B. (2000). Development of critical thinking through problem-based learning: A pilot study. *Journal of excellence in college teaching*, 11(2-3), 203-226
- De Young, S. (2002). *Teaching strategies for nurse educators*. Prentice Hall.
- Décarie, S., Cosette, S., Dubeau, R. & Heppell, S. (2007). Développement d'une approche intégrée de soins curatifs et palliatifs : aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sévère en centre hospitalier. *Frontières*, 20(1), 62-68.
- Dessaint, M.-P. (1995). La planification pédagogique (*La conception de cours: guide de planification et de rédaction* (p. 5-79). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Dussart, C. & Petit, C. (2007). *e-learning et santé de la recherche au terrain*. Paris: Hermes science.
- Elgie, R., Sapien, R., Fullerton, L. & Moore, B. (2010). School Nurse Online Emergency Preparedness Training: An Analysis of Knowledge, Skills, and Confidence. *Journal of School Nursing*, 26(5), 368-376.
- Evangelista, L. S., Sackett, E. & Dracup, K. (2009). Pain and heart failure: unrecognized and untreated. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 169-173.

- Farley, C. & Tchameni Ngamo, S. (2011). Barrières à l'apprentissage en ligne dans un contexte de développement des compétences chez les professionnels de santé publique au Québec. Repéré à <http://www.jofde.ca/index.php/jde/article/view/741>
- Ferris, D., Frank, Balfour, M., Heather, Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C. et al. (2002). Modèle de guide des soins palliatifs : fondé sur les principes et les normes de pratiques nationaux. Ottawa: Association canadienne de soins palliatifs.
- Follwell, M., Burman, D., Le, L. W., Wakimoto, K., Seccareccia, D., Bryson, J. et al. (2009). Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(2), 206-213.
- Fondation des maladies du coeur. (2010). L'insuffisance cardiaque. Repéré à http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562229/k.F80C/Maladies_du_coeur_Insuffisance_cardiaque.htm
- Fondations des maladies du coeur du Canada. (2003). Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa.
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 27(5), 466-473.
- Garnier, C., Cobb, M., Gott, M. & Ingleton, C. (2011). Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. *Age and ageing*, 40, 223-238.
- Gelfman, P., Laura, Meier, E., Diane & Morrison, S., R. (2008). Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. *Journal of pain and symptom management*, 36(1), 22-28.
- Gibbs, J. S. R., McCoy, A. S. M., Gibbs, L. M. E., Rogers, A. E. & Addington-Hall, J. M. (2002). Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. *Heart*, 88(2), 36-39.
- Gibbs, M., E., Louise, Khatri, K., Ajeet & Gibbs, R., Simon, J. (2006). Survey of specialist palliative care and heart failure: september 2004. *Palliative medicine*, 20, 603-609.
- Goebel, J. R., Doering, L. V., Shugarman, L. R., Asch, S. M., Sherbourne, C. D., Lanto, A. B. et al. (2009). Heart failure: the hidden problem of pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 38(5), 698-707.

- Goldhaber, J. I. & Hamilton, M. A. (2010). Role of Inotropic Agents in the Treatment of Heart Failure. *Circulation*, 121(14), 1655-1660.
- Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S. & Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1113-1121.
- Gouvernement du Québec. (2002). Loi sur les infirmières et les infirmiers.
- Green, E., Gardiner, C., Gott, M. & Ingleton, C. (2011). Exploring the extent of communication surrounding transitions to palliative care in heart failure: The perspectives of health care professionals. *Journal of palliative care*, 27(2), 107-116.
- Habayeb, G. L. (1995). Cultural diversity: A nursing concept not yet reliably defined. *Nrsing Outlook*, 43(5), 224-227.
- Hanratty, b., Hibbert, D., Mair, F., May, C., Ward, C., Capewell, S. et al. (2002). Doctor's perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *British Medical Journal*, 325, 581-585.
- Hanson, C., Laura, Usher, B., Spragens, L. & Bernard, S. (2008). Clinical and economic impact of palliative care consultation. *Journal of pain and symptom management*, 35(4), 340-346
- Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C. et al. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, 36(2), 149-156.
- Harvey, R. (2011, 2 mars 2011). Pour les infirmières - Le budget de formation subit une coupe de 25%, *Le Devoir*.
- Hauptman, P. J. & Havranek, E. P. (2005). Integrating palliative care into heart failure care. *Archives of Internal Medicine*, 165(4), 374-378.
- Heyland, K., Daren, Groll, D., Rocker, G., Dodek, P., Gafni, A., Tranmer, J. et al. (2005). End-of-life care in acute hospitals in Canada: a quality finish? *Journal of palliative care*, 21(3), 142-150.
- Hochgerner, M., Fruhwald, F. M. & Strohscheer, I. (2009). Opioids for symptomatic therapy of dyspnoea in patients with advanced chronic heart failure-is there evidence? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159(23-24), 577-582.

- Horne, G. & Payne, S. (2004). Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative medicine*, 18, 291-296.
- Hupcey, E., Judith, Penrod, J. & Fenstermacher, K. (2009). A model of palliative care for heart failure. *American journal of hospice & palliative medicine*, 26(5), 399-404.
- Institut national de santé publique. (2006). Soins palliatifs de fin de vie au Québec: Définition et mesure d'indications - Partie 1: population adulte (20 ans et plus). Québec.
- Jaarsma, T., Beattie, J. M., Ryder, M., Rutten, F. H., McDonagh, T., Mohacsi, P. et al. (2009). Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 11(5), 433-443.
- Janssen, D. J. A., Spruit, M. A., Wouters, E. F. M. & Schols, J. M. G. A. (2008). Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliative Medicine*, 22(8), 938-948.
- Johnson, J., Miriam. (2010). Palliative care : Reaching out to patients with heart failure. Repéré le 16 novembre 2011 à http://www.asianhbm.com/healthcare_management/palliative-care.htm
- Johnson, M. J. & Houghton, T. (2006). Palliative care for patients with heart failure: description of a service. *Palliative Medicine*, 20(3), 211-214.
- Johnson, M. J., McDonagh, T. A., Harkness, A., McKay, S. E. & Dargie, H. J. (2002). Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure—a pilot study. *European Journal of Heart Failure*, 4(6), 753-756.
- Jupp, C., Peter & Walter, T. (2000). *The healthy society: 1918-98*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L. S., Harrison, R. L. & Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *Journal of american medical association*, 301(11), 1155-1164.
- Kelly, M., Lyng, C., McGrath, M. & Cannon, G. (2009). A multi-method study to determine the effectiveness of, and student attitudes to, online instructional videos for teaching clinical nursing skills. *Nurse education today*, 29, 292-300.

- Koczwara, B., Francis, K., Marine, F., Goldstein, D., Underhill, C. & Olver, I. (2010). Reaching further with online education? The development of an effective online program in palliative oncology. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 317-323.
- Küçük, M., Genç-Kumtepe, E. & Tasci, D. (2010). Support services and learning styles influencing interaction in asynchronous online discussions. *Educational media international*, 47(1), 39-56.
- La coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada. (2010). Plan d'action 2010 à 2010.
- Lambert, P. & Lecomte, M. (2000). Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie (p. 1-78). Québec.
- Lange, J., Wallace, M., Gerard, S., Lovanio, K., Fausty, N. & Rychlewicz, S. (2009). Effect of an acute care geriatric educational program on fall rates and nurse work satisfaction. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(8), 371-379.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.
- Lebrun, M. (2007). Des fondements pour des pédagogies actives (*Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre* (p. 71-122). Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Legault, A., Brien, L.-A., Francoeur, L. & Lebel, S. (2009). Élaboration et implantation d'une formation interprofessionnelles en soins de fin de vie dans un contexte de soins de longue durée. *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 9(2), 19-29.
- Lemoine, O., Lesage, D., Leroux, C., Tousignant, P., Simard, B., Roy, Y. et al. (2007). L'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004.
- Leprohon, J. (2001). Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Levy, D., Kenchaiah, S., Larson, G., Martin, Benjamin, J., Emelia, Kupka, J., Michelle, Ho, K., L., Kalon et al. (2002). Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *Journal of medicine*, 347(18), 1397-1402.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, T. B., Flegal, K. et al. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics—2009 Update. *Circulation*, 119(3), 480-486.

- Mellouki, M. h. & Gauthier, C. (2005). De l'approche par compétences et du problème de la mesure de la compétence (*Débutants en enseignement: quelles compétences? Comparaison entre Américains et Québécois* (p. 3-22). Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2004). Politique en soins palliatifs de fin de vie.
- Mitra, A., Joshi, S., Kemper, J., Kathi, Woods, C. & Gobble, J. (2006). Demographic differences and attitudes toward computers healthcare professionals earning continuing education credits on-line. *Journal of educational computing research*, 35(1), 31-43.
- Moore, G., Micheal. (2007). The theory of transactional distance. Dans G. Moore, Micheal (dir.), *Handbook of distance education* (Second^e éd., p. 89-108). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Morrison, R. S., Penrod, J. D., Cassel, J. B., Caust-Ellenbogen, M., Litke, A., Spragens, L. et al. (2008). Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Archives of Internal Medicine*, 168(16), 1783-1790.
- Murphy, E. & Coleman, E. (2004). Graduate students' experience of challenges in online asynchronous. *La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie*, 30(2). Repéré à <http://www.cjlt.ca/index.php/cjlt/article/view/128/122>
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39-45.
- Nicolas, S. & Ferrand, L. (2008). *Histoire de la psychologie scientifique*. Bruxelles: Groupe De Boeck.
- Nordgren, L. & Sörensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 2, 213-217.
- O'Connor, A. (2006). Teaching and learning strategies for the clinical practice setting (*Clinical instruction and evaluation: a teaching resource* (p. 147-186).
- O'Leary, N., Murphy, N. F., O'Loughlin, C., Tiernan, E. & McDonald, K. (2009). A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *European Journal of Heart Failure*, 11(4), 406-412.

- Opasich, C. & Gualco, A. (2007). The complex symptom burden of the aged heart failure population. *Current opinion in supportive and palliative care*, 1, 255-259.
- Opasich, C., Gualco, A., De Feo, S., Barbien, M., Cioffi, G., Giardini, A. et al. (2008). Physical and emotional symptom burden of patients with end-stage heart failure: what to measure, how and why. *Journal of cardiovascular medicine*, 9, 1104-1108.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009-2010). Rapport statistique sur l'effectif infirmier (p. 1-176). Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs. Montréal.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). Better Palliative Care for Older People.
- Ouellet, J., Durand, S. & Maillé, M. (2011). Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Pantilat, S. Z. & Steimle, A. E. (2004). Palliative care for patients with heart failure. *Journal of American Medical Association*, 291(20), 2476-2482.
- Parsons, R. (2007). Improving preceptor self-efficacy using an online educational program. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), article 21.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd.). Beauchemin Chenelière.
- Priest, A. (2006). Les maux qui affligent nos infirmières - examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada. Repéré le 16 novembre 2011 à http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/What_sailingourNurses-f.pdf
- Rabow, W., Micheal, Dibble, L., Suzanne, Pantilat, Z., Steven & McPhee, J., Stephen. (2004). The comprehensive care team: A controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Archives of internal medicine*, 164, 83-91.
- Reinke, F., Lynn, Shannon, E., Sarah, Engelberg, A., Ruth, Young, P., Jessica & Curtis, R. (2010). Supporting hope and prognostic information: Nurses' perpectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of pain and symptom management*, 36(6), 982-992.

- Roche-Fahy, V. & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International journal of palliative nursing*, 15(3), 134-141.
- Ross, H., Howlett, J., Arnold, O., Malcolm, J., Liu, P., O'Neil, B., J., Brophy, J., M. et al. (2006). Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Canadian Journal of cardiology*, 22(9), 749-754.
- Ross, H., Howlett, J., Arnorld, O., Malcolm, J., Liu, P., O'Neil, B., Brophy, J. et al. (2006). Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *The Canadian Journal of Cardiology*, 22(9), 749-754.
- Rustøen, T., Stubhaug, A., Eidsmo, I., Westheim, A., Paul, S. M. & Miaskowski, C. (2008). Pain and Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure. *Journal of pain and symptom management*, 36(5), 497-504. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.11.014.
- Rutledge, T., Reis, A., Veronica, Linke, E., Sarah, Greenberg, H., Barry & Mills, J., Paul. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527-1537.
- Ryan, M. & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 223-231.
- Schockett, R., Erica, Teno, M., Joan, Miller, C., Susan & Stuart, B. (2005). Late referral to hospice and bereaved family member perception of quality of end-of-life care. *Journal of pain and symptom management*, 30(5), 400-407.
- Seamark, A., David, Ryan, M., Smallwood, N. & Gilbert, J. (2002). Deaths from heart failure in general practice: implications for palliative care. *Palliative Medicine*, 16(6), 495-498.
- Selman, L., Harding, R., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Hazeldine, C. et al. (2007). Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: "Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't". *Heart*, 93(8), 963-967.
- Selman, L., Harding, R., Beynon, T., Hodson, F., Hazeldine, C., Coady, E. et al. (2007). Modelling services to meet the palliative care needs of chronic heart failure patients and their families: current practice in the UK. *Palliative Medicine*, 21(5), 385-390.

- Sénat du Canada. (2000). Des soins de fin de vie de qualité chaque canadien et canadienne y a droit.
- Shah, S., Blanchard, M., Tookman, A., Jones, L., Blizard, R. & King, M. (2006). Estimating needs in life threatening illness: a feasibility study to assess the views of patients and doctors. *Palliative Medicine*, 20(3), 205-210.
- Skilbeck, J., K., Payne, S., A., Ingleton, M., C., Nolan, M., Carey, I. & Hanson, A. (2005). An exploration of family carers's experience of respite services in one specialist palliative care unit. *Palliative medicine*, 19(8), 610-618.
- Smith, G. G., Passmore, D. & Faught, T. (2009). The challenges of online nursing education. *Internet and higher education*, 12, 98-103.
- Smith, T. J. & Cassel, J. B. (2009). Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 38(1), 32-44. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.001
- Société canadienne de cardiologie. (2011). The 2011 canadian cardiovascular society heart failure management guidelines update: focus on sleep apnea, renal dysfunction, mechanical circulatory support, and palliative care. *Canadian Journal of cardiology*, 277, 319-338.
- Song, L., Singleton, E. S., Hill, J. R. & Koh, M. H. (2004). Improving online learning: Student perceptions of useful and challenging characteristics. *The Internet and Higher Education*, 7(1), 59-70.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en oeuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44.
- Tardif, J. (2006). Le concept de compétence (*L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement* (p. 14-51). Montréal: Chenelière éducation.
- Tardif, J. & Presseau, A. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information : quel cadre pédagogique?* Paris: ESF.
- Teno, M., Joan, Clarridge, R., Brian, Casey, V., Welch, S., Lisa, Wetle, T., Shield, R. et al. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *Journal of the American Medical Association*, 291(1), 88-93.
- Tessier Dufour, M. & Couchesne, M.-A. (2008). Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins: quel en est le portrait en 2008? Montréal: Fédération interprofessionnelles de la santé du Québec.

- Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C. Y. et al. (2008). Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 40-55.
- van der Wal, M. H. L. & Jaarsma, T. (2008). Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. *International Journal of Cardiology*, 125(2), 203-208.
- Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 32-40.
- Waterworth, S. & Jorgensen, D. (2010). It's not just about heart failure--voices of older people in transition to dependence and death. *Health & Social Care in the Community*, 18(2), 199-207.
- Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. Colorado.
- Weissman, D. E. & Blust, L. (2005). Education in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(1), 165-175.
- Widera, E. & Pantilat, S. Z. (2009). Hospitalization as an opportunity to integrate palliative care in heart failure management. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 3(4), 247-251.
- Willems, D., L., Hak, A., Visser, F., C., Cornel, J. & van der Wal, G. (2006). Patient work in end-stage heart failure: a prospective longitudinal multiple case study. *Palliative medicine*, 20, 25-33.
- Wotton, K., Borbasi, S. & Redden, M. (2005). When all else has failed : Nurses' perceptions of factors influencing palliative care for patients with end-stage heart failure. *Journal of cardiovascular nursing*, 20(1), 18-25.
- Zacharias, H., Raw, J., Parsons, S. & Johnson, M. (2011). Is there a role for subcutaneous furosemide in the community and hospice management of end-stage heart failure? *Palliative medicine*, 25(6), 658-663.
- Zahner, S. J., Tipple, S. M., Rather, M. L. & Schendzielos, C. (2009). Supporting nurse preceptors through online continuing education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(10), 468-474.
- Zambroski, C. H. & Bekelman, B., David. (2008). Palliative symptom management in patients with heart failure. *Progress in palliative care*, 16(5-6), 241-249.

Zambroski, C. H., Moser, D. K., Roser, L. P., Heo, S. & Chung, M. L. (2005). Patients with heart failure who die in hospice. *American Heart Journal*, 149(3), 558-564.

Appendice A

L'insuffisance cardiaque

La définition et les symptômes

L'insuffisance cardiaque est un syndrome caractérisé par l'incapacité du cœur à expulser une quantité de sang suffisante pour fournir à l'organisme l'oxygène et les nutriments nécessaires à son bon fonctionnement. Elle est la conséquence de problèmes cardiaques aigus, notamment l'infarctus du myocarde et les arythmies, de problèmes cardiaques chroniques tels que la coronaropathie et les valvulopathies ou de dommages causés par certains facteurs de risque dont les principaux sont l'hypertension et le diabète (Bizier, Gagnon & Sawyer, 2003).

Les symptômes courants de cette affection sont la fatigue, la dyspnée, la tachycardie, l'œdème, la nycturie, les modifications de la peau, les modifications comportementales, la douleur thoracique et les modifications pondérales (Bizier et al., 2003). Généralement, la gravité de l'insuffisance cardiaque est évaluée à l'aide de la classification de la *New York Heart Association* (Voir appendice B) qui quantifie le degré de dyspnée ressentie par le patient selon sa capacité fonctionnelle.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque demeure élevée dans les pays industrialisés. Cela s'explique en partie en raison des progrès réalisés, grâce à l'avancement technologique, dans la prise en charge des autres problèmes cardiaques tel que l'infarctus (Fondation des maladies du coeur, 2010). Mais il faut également signaler la hausse du nombre de personnes présentant plusieurs des facteurs de risque de la maladie, soit l'hypertension, le diabète, la sédentarité, l'obésité et le tabagisme (*American Heart Association, 2010*; Fondations des maladies du coeur du Canada,

2003). Au Canada, près de 500 000 personnes en sont atteintes (Fondation des maladies du coeur, 2010), ce qui représente plus de 1 % de la population.

Les aînés sont particulièrement touchés, car la prévalence de cette maladie augmente avec l'âge (Davis, Albert & Young, 2005; Ross, Howlett, Arnold, et al., 2006). Ainsi, à Montréal, plus de 76,7 % de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque est âgée de 65 ans et plus (Lemoine et al., 2007). Interrogées sur leur situation, les personnes âgées mentionnent que cette maladie cause un impact considérable sur leur qualité de vie de même que sur celle de leurs proches (Aldred, Gott & Gariballa, 2005).

Les impacts

L'insuffisance cardiaque entraîne en effet de nombreuses conséquences. Les patients se plaignent particulièrement de dyspnée, de fatigue et de manque d'énergie ressentis constamment (Aldred et al., 2005; Bekelman, Hutt, Masoudi, Kutner & Rumsfeld, 2008; Horne & Payne, 2004). Ces trois symptômes nuisent à la réalisation de toutes leurs activités (Willems, Hak, Visser, Cornel & van der Wal, 2006). Si bien qu'à un stade avancé, les personnes touchées par ce problème de santé sont confinées à leur domicile et doivent avoir recours à une tierce personne pour les aider à réaliser leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et celles de la vie domestique (AVD) (Aldred et al., 2005; Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Horne & Payne, 2004; Willems et al., 2006). Cet isolement social et cette dépendance ne sont pas sans répercussions sur le plan psychologique, et ce, tant pour les patients que pour leurs proches aidants. Ces

derniers, souvent aussi âgés, doivent eux-mêmes composer avec de multiples problèmes de santé (Aldred et al., 2005).

Ces patients subissent quotidiennement de nombreuses pertes (Aldred et al., 2005). Entre autres, ils ne peuvent vaquer à leurs activités favorites (Waterworth & Jorgensen, 2010), ils sont incapables bien souvent d'assumer leurs rôles sociaux et familiaux (Aldred et al., 2005), ils ont perdu de nombreux proches et amis (Cortis & Williams, 2007; Waterworth & Jorgensen, 2010) ou ils ont dû quitter leur maison, étant incapables de s'en occuper, afin d'être relocalisés dans un CHSLD (Waterworth & Jorgensen, 2010). Plusieurs patients rapportent aussi qu'ils ont l'impression d'être un fardeau pour leurs proches (Horne & Payne, 2004). D'autres vivent constamment avec la peur de la mort, de la douleur, de la dyspnée et avec la crainte d'être hospitalisés une fois de plus (Horne & Payne, 2004; Ryan & Farrelly, 2009).

Devant un tel portrait, il n'est pas étonnant de constater que plusieurs de ces patients affirment se sentir frustrés en plus d'avouer avoir perdu leur estime de soi ainsi que leur confiance en eux (Boyd et al., 2004; Cortis & Williams, 2007; Horne & Payne, 2004; Ryan & Farrelly, 2009). C'est pourquoi, parmi les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, beaucoup souffrent de dépression (Thomas et al., 2008; Widera & Pantilat, 2009) et le nombre est tout aussi élevé chez les proches aidants de ces patients. Plus précisément, selon la méta-analyse effectuée par Rutledge, Reis, Linke, Greenberg et Mills (2006), 21,5 % des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

sont atteints de dépression. Chez leurs proches aidants, selon l'étude de Barnes et al. (2006), la prévalence serait de 22 %.

La dépression n'est pas la seule maladie à laquelle ces patients doivent faire face en plus de leur insuffisance cardiaque. En effet, plusieurs de ces patients sont aussi atteints, entre autres, de diabète, d'arthrite, d'insuffisance rénale et de maladie pulmonaire obstructive chronique (Boyd et al., 2004; Widera & Pantilat, 2009). Par conséquent, en plus des symptômes causés par l'insuffisance cardiaque, ils sont également affectés de ceux engendrés par leurs autres pathologies, ce qui complique leur prise en charge. Comme si ce n'était pas suffisant, ces patients doivent également composer avec les nombreux effets secondaires de leurs médicaments (Boyd et al., 2004).

Le traitement

Le traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque se compose habituellement d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA), d'un bêtabloqueur, d'un ou de plusieurs diurétiques, d'un vasodilatateur, d'un antiarythmique et d'un anticoagulant (Hauptman & Havranek, 2005; van der Wal & Jaarsma, 2008). Ces médicaments provoquent, chez bien des patients, de l'hypotension artérielle, de la xérostomie, de la toux, des étourdissements et de la nycturie. Le traitement non pharmacologique, quant à lui, repose sur le respect d'une restriction liquidienne et sodique importante (van der Wal & Jaarsma, 2008). D'ordinaire, il est recommandé aux patients atteints

d'insuffisance cardiaque de ne pas dépasser plus de 1,5 litre de liquide et de ne pas consommer plus de 2 g de sodium par jour. Il est également fortement conseillé aux patients de réduire le plus possible leur consommation d'alcool, de se peser quotidiennement et d'opter pour une alimentation faible en matières grasses (van der Wal & Jaarsma, 2008).

Actuellement, au Canada, l'insuffisance cardiaque est la principale cause d'admission dans les hôpitaux (Ross, Howlett, Arnorld, et al., 2006) et la situation est similaire aux États-Unis (Pantilat & Steimle, 2004). Chez les personnes de 65 ans et plus, l'insuffisance cardiaque a été responsable de 85 % des hospitalisations en 2003 au Québec (Daigle, 2006). À la suite de chaque hospitalisation pour décompensation cardiaque, les personnes courent le risque de voir leur autonomie fonctionnelle diminuée (Hupcey, Penrod & Fenstermacher, 2009; Pantilat & Steimle, 2004). D'où l'importance de prendre tous les moyens possibles pour limiter de tels épisodes.

Appendice B

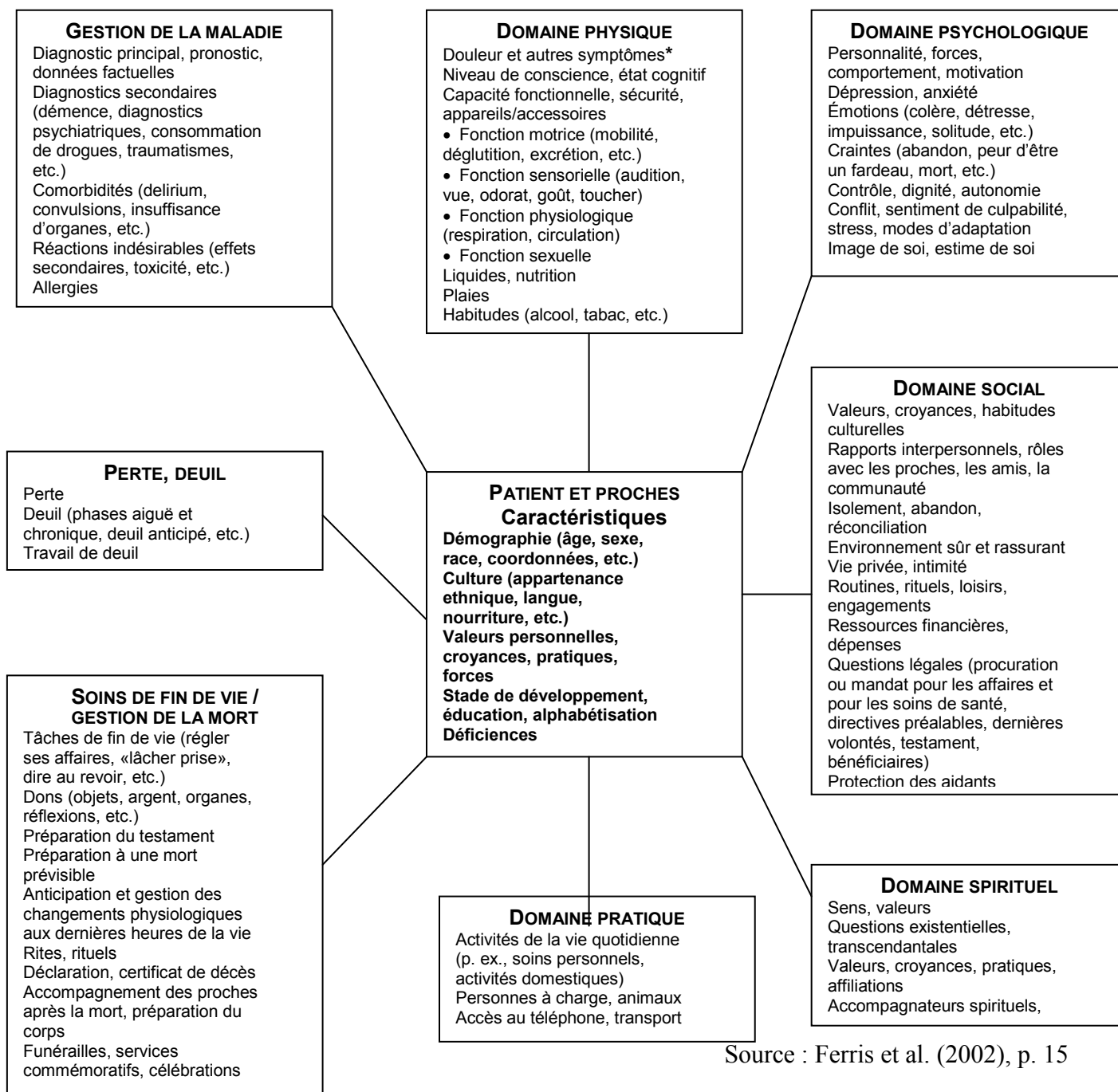
Classification de l'insuffisance cardiaque selon le NYHA

Classe	
1	Aucune limitation : un niveau d'exercice ordinaire ne cause pas de fatigue indue, de dyspnée ni de palpitations
2	Limitation physique légère : généralement, la personne est à l'aise, mais un niveau d'exercice ordinaire entraîne de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine
3	Limitation physique modérée : de nombreuses activités quotidiennes entraînent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine
4	Limitation physique importante : les symptômes (fatigue, dyspnée, palpitation et angine) sont présents en permanence et augmentent en intensité avec l'activité physique

Source : Bizier et al. (2003), p. 427

Appendice C

Domaine pouvant bénéficier de soins palliatifs



Source : Ferris et al. (2002), p. 15

Appendice D

Description des principes de la formation par compétences

Globalité	« Éléments analysés à partir d'une situation globale (Lasnier, 2000, p. 159) »
Construction	« Activation des acquis antérieurs, élaboration de nouveaux apprentissages, organisation des informations (Lasnier, 2000, p. 161) »
Alternance	« Passage du global au spécifique et du spécifique au global (Lasnier, 2000, p. 163) »
Application	« Apprentissage par l'agir (Lasnier, 2000, p. 164) »
Distinction	« Distinction entre le contenu et le processus (Lasnier, 2000, p. 165) »□
Signifiante	« Faire les liens avec une situation authentique, une situation signifiante, motivante pour l'élève (Lasnier, 2000, p. 166) »
Cohérence	« Cohérence entre les activités d'enseignement, les activités d'apprentissage, les activités d'évaluation et la compétence (Lasnier, 2000, p. 167) »
Intégration	« Appropriation de la connaissance procédurale, des connaissances conditionnelles et des connaissances déclaratives liées à une compétence (Lasnier, 2000, p. 170) »
Itération	« L'apprenant est soumis plusieurs fois à un même type de tâches intégratrices en lien avec la compétence et à un même contenu disciplinaire (Lasnier, 2000, p. 172) »
Transfert	« Utilisation, dans un autre contexte, de connaissances et de capacités apprises dans un contexte donné (Lasnier, 2000, p. 174) »

Selon Lasnier (2000) pp. 159-184