

Processus de coconstruction d'une intervention visant à intégrer l'approche palliative à l'unité de soins intensifs

Diane Guay, Cécile Michaud et Luc Mathieu

Volume 36, numéro 1, printemps 2017

Visite dans l'arrière-scène de la recherche qualitative

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1084359ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association pour la recherche qualitative (ARQ), Université du Québec à Trois-Rivières

ISSN

1715-8702 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Guay, D., Michaud, C. & Mathieu, L. (2017). Processus de coconstruction d'une intervention visant à intégrer l'approche palliative à l'unité de soins intensifs. *Recherches qualitatives*, 36(1), 113-134.

Résumé de l'article

De nombreuses études d'interventions proposant d'intégrer l'approche palliative à l'unité de soins intensifs (USI) sont publiées, mais peu sont réinvesties dans les milieux cliniques. Cet article vise à décrire le processus évolutif ayant mené à la coconstruction d'une intervention en collaboration avec le milieu clinique. Un devis de recherche-action participative a été retenu pour cette étude qui s'est échelonnée sur 16 mois et a nécessité deux cycles d'exploration-réflexion-action. Le premier a conduit à la sélection des composantes de l'intervention à partir des suggestions formulées par l'équipe (N = 17 participants). Un processus d'acceptabilité et de faisabilité lors du second cycle a mené à la révision des composantes et à la construction d'une intervention de communication interdisciplinaire à deux composantes, soit une composante éducative et une interdisciplinaire. La description du processus de coconstruction de cette intervention pourra permettre aux lecteurs de juger du caractère transférable de cette étude à d'autres milieux cliniques.

Processus de coconstruction d'une intervention visant à intégrer l'approche palliative à l'unité de soins intensifs

Diane Guay, Doctorante

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Cécile Michaud, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Luc Mathieu, DBA

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

De nombreuses études d'interventions proposant d'intégrer l'approche palliative à l'unité de soins intensifs (USI) sont publiées, mais peu sont réinvesties dans les milieux cliniques. Cet article vise à décrire le processus évolutif ayant mené à la coconstruction d'une intervention en collaboration avec le milieu clinique. Un devis de recherche-action participative a été retenu pour cette étude qui s'est échelonnée sur 16 mois et a nécessité deux cycles d'exploration-réflexion-action. Le premier a conduit à la sélection des composantes de l'intervention à partir des suggestions formulées par l'équipe (N = 17 participants). Un processus d'acceptabilité et de faisabilité lors du second cycle a mené à la révision des composantes et à la construction d'une intervention de communication interdisciplinaire à deux composantes, soit une composante éducative et une interdisciplinaire. La description du processus de coconstruction de cette intervention pourra permettre aux lecteurs de juger du caractère transférable de cette étude à d'autres milieux cliniques.

Mots clés

RECHERCHE-ACTION, INTERVENTION, APPROCHE PALLIATIVE, SOINS INTENSIFS

Note des auteurs : Ce projet a bénéficié d'une subvention du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), financé par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Les auteurs remercient les membres du comité de pilotage ainsi que l'ensemble du personnel de l'unité de soins intensifs (USI) ayant participé de près ou de loin à cette étude.

Introduction

Traditionnellement offerte à la clientèle souffrant de cancer en fin de vie, l'approche palliative intégrée devrait, selon le Cadre national canadien des soins palliatifs (Association canadienne de soins palliatifs [ACSP] (2015), être proposée à la clientèle de toute trajectoire et dans tous les milieux de soins, incluant les soins intensifs. Cette approche interdisciplinaire s'appuie sur une vision holistique de la personne et soutient la coexistence des mesures curatives et palliatives tout au long du continuum de soins, en fonction des valeurs et objectifs de vie du patient et se poursuit au-delà du décès par l'accompagnement des personnes endeuillées. Or, en dépit des indicateurs de qualité (Clarke et al., 2003), des lignes directrices (Davidson et al., 2007; Truog et al., 2008) et du nombre croissant de patients admis à l'unité de soins intensifs (USI) au cours du dernier mois de leur vie (Teno et al., 2013), cette approche tarde à s'implanter dans ce secteur d'activité et peu de patients en bénéficient (Shang & Jancarik, 2014).

L'état actuel des connaissances suggère que de nombreuses interventions proactives visant à intégrer l'approche palliative à l'USI permettent d'améliorer la communication et le processus décisionnel, de diminuer l'utilisation des ressources et de réduire la durée de séjour à l'USI. Toutefois, malgré ces résultats encourageants, peu de ces études sont réinvesties ou ne produisent l'effet escompté lorsqu'implantées dans d'autres USI (Aslakson & Bridges, 2013; Damschroder et al., 2009). Sur le plan méthodologique, notons que la grande majorité des interventions recensées ont privilégié des devis quasi expérimentaux ou expérimentaux. Si ces devis permettent d'évaluer l'efficacité des interventions, ils exigent une population homogène, un contrôle des principales variables et présupposent que toute différence observée entre les groupes sera liée à l'intervention (Fortin & Gagnon, 2016). Or de nombreux facteurs relatifs à la structure et aux processus de soins influencent l'utilisation de ces résultats dans la « vraie vie » (Rangachari, Rissing, & Rethemeyer, 2013). En plus des défis relatifs au recrutement et aux considérations éthiques, les multiples réalités ainsi que la nature profondément unique de l'expérience humaine en situation de fin de vie rendent cette exigence difficilement compatible avec les devis expérimentaux classiques (Opina-Tascon, Luiz Büchele, & Vincent, 2008; Vincent, 2010).

Ces limites méthodologiques conduisent ainsi de nombreux chercheurs à explorer la manière dont la connaissance est construite et disséminée dans les milieux cliniques (Hansen & Severinsson, 2009; Sinuff et al., 2013; Weled et al., 2015) et à reconnaître la valeur complémentaire des études qualitatives, surtout lorsqu'une intervention complexe vise l'amélioration de la satisfaction des soins, le changement de comportement professionnel ou l'organisation des services (Flemming, Adamson, & Atkin, 2008; van Meijel, Gamel, van Swieten-Duijfjes, & Grypdonck, 2004).

À ce chapitre, les travaux de Rusinová, Pochard, Kentish-Barnes, Chaize, et Azoulay (2009) offrent un intéressant éclairage en illustrant concrètement comment la

recherche qualitative contribue au développement du savoir en ce qui concerne le phénomène de la fin de vie à l'USI. Ayant le pouvoir d'enrichir le savoir scientifique, la recherche qualitative permet de mieux comprendre les interactions, les processus de soins et de la communication entre les patients et les soignants. Parmi les différentes méthodes de recherche qualitative, soulignons que la recherche-action est de plus en plus reconnue comme une approche prometteuse ayant le potentiel d'atténuer les obstacles locaux et de promouvoir le changement (Pourtois, Desmet, & Humbeek 2013; Stringer, 2007). L'unicité et le caractère hautement subjectif du phénomène à l'étude nécessitent donc de considérer la singularité du contexte dans lequel l'intervention sera implantée et fait appel à une méthode de recherche collaborative et réflexive afin de rehausser collectivement les soins prodigués à la clientèle susceptible de bénéficier de l'approche palliative à l'USI.

But de l'étude

La présente étude s'inscrit en continuité avec notre étude préalable (Guay, Michaud, & Mathieu, 2013) et propose de coconstruire une intervention visant l'intégration des conditions facilitant l'approche palliative à l'USI à partir des suggestions locales et en collaboration avec l'équipe de soins. Elle s'est déroulée dans le même milieu de soins que cette première étude, soit une unité de soins intensifs d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) affilié universitaire desservant une clientèle dont le profil se caractérise par une population vieillissante et multiculturelle. L'USI de médecine-chirurgie compte 16 lits et est dite « fermée »¹. Une unité de soins palliatifs est également disponible dans l'établissement où s'est déroulée l'étude. La réalisation de cette étude a reçu l'appui du milieu ainsi que l'approbation éthique et institutionnelle. L'objet du présent article vise à décrire le processus ayant mené à la coconstruction d'une intervention.

Cadre théorique

Puisque le développement d'interventions novatrices et complexes exige de considérer la réalité locale et l'expérience de tous les acteurs impliqués, le cadre théorique proposé par van Meijel et al. (2004) a été retenu pour cette étude. Ce cadre valorise la contribution de la recherche qualitative à la construction d'interventions complexes basées sur les « données probantes » et est composé de quatre principales étapes. La première propose de clairement définir le problème afin de guider la recension des écrits. La seconde repose sur une solide revue de littérature et consiste à construire le devis préliminaire de l'intervention à partir de l'analyse de la situation actuelle de même que l'exploration des besoins et solutions terrain. La troisième étape consiste à opérationnaliser les composantes de l'intervention à l'aide d'une analyse de faisabilité auprès des personnes susceptibles d'en bénéficier et par ceux responsables de l'appliquer. Enfin, l'intervention développée à partir de données scientifiques et empiriques sera prête à être cliniquement mise en œuvre dans la pratique clinique et

constitue la dernière étape du développement de l'intervention. Selon les auteurs, ce processus itératif de validation de l'intervention conduit fréquemment à des modifications et ajustements de certaines composantes et se poursuit jusqu'à ce que la forme et le contenu de l'intervention soient jugés optimaux par les principaux acteurs.

Méthode

Inspiré de ce cadre théorique, un devis de recherche-action (Stringer, 2007) a été retenu afin d'atteindre le but de la présente étude. Cette méthode vise l'amélioration de la pratique à partir de préoccupations du milieu et privilégie la collaboration et le processus décisionnel consensuel. Flexible et dynamique, ce dispositif de recherche s'articule autour d'une succession d'activités structurées en cycles d'exploration-réflexion-action. Cette méthode s'appuie sur trois principes-clés. Le premier propose de créer un espace démocratique en invitant les acteurs terrain à négocier le pouvoir décisionnel et à adopter un mode de fonctionnement par consensus. Ce premier principe, articulé autour d'une démarche ascendante (*bottom up*), modifie la dynamique de travail traditionnelle puisqu'il valorise la contribution et l'expertise des acteurs locaux et a une portée émancipatoire en s'assurant que la voix de chaque groupe est bien représentée. Le second principe réfère au caractère participatif de la recherche-action et transforme le rôle de participant en celui d'acteur engagé. L'application de ce principe suggère de mettre en valeur l'importance du savoir clinique, de recourir à des leaders positifs et des champions locaux afin de susciter la participation des acteurs terrain. Enfin, l'appropriation du processus de changement et des résultats par le milieu à l'étude permet de rendre le processus de recherche plus sensé pour les acteurs terrain, d'augmenter l'efficacité du changement et de favoriser la pérennité.

Étape préparatoire

Privilégiant la collaboration et l'éthique de la communication, la recherche-action est un processus interactif ancré dans une réalité terrain et un contexte social particuliers. Afin de respecter les principes précédemment décrits, Stringer (2007) invite les chercheurs à soigneusement préparer le terrain. La présentation du projet et la constitution d'un comité de pilotage résument les activités réalisées à l'étape préparatoire.

Présentation du projet

Le projet a d'abord été présenté et discuté lors d'une réunion de service à l'USI. Cette présentation visait à clarifier le but de l'étude, répondre aux questions et susciter l'intérêt des acteurs terrain. De plus, la première auteure (DG) a réalisé huit présentations, d'une durée approximative de 20 à 30 minutes, auprès des équipes des différents quarts de travail et durant les fins de semaine. Enfin, une affiche, rappelant les conditions facilitant les « bons soins palliatifs » à l'USI (Guay et al., 2013), a été

installée dans la salle des employés. Ces activités visaient à susciter la participation et à créer un climat collaboratif au sein de l'équipe de l'USI.

Constitution d'un comité de pilotage

Un comité de pilotage réunissant des personnes de différentes disciplines a ensuite été constitué afin de rehausser le caractère démocratique de la démarche (Stringer, 2007). Souhaitant bénéficier de perspectives variées, un procédé d'échantillonnage par choix raisonné a été utilisé pour la sélection des membres. Ainsi, en plus de la première auteure (DG), ce comité réunissait sept détenteurs d'enjeux issus de trois différents groupes. Le groupe de gestionnaires était représenté par un intensiviste, la chef de service et la conseillère-cadre. De son côté, le groupe de soignants était représenté par la monitrice clinique, une infirmière du quart de jour et une inhalothérapeute. Enfin, un membre du comité d'éthique clinique représentait le groupe de consultants. L'inclusion de certains membres plus « réfractaires » parmi les membres du comité de pilotage a été positivement accueillie et perçue comme un moyen d'élargir les perspectives et susciter l'engagement collectif. Lors d'une première rencontre, un bref rappel des conditions facilitant les « bons soins » palliatifs à l'USI (Guay et al., 2013) a d'abord été présenté et discuté afin d'entreprendre une compréhension collective des conditions préalablement identifiées par les infirmières de l'USI. Cette stratégie visait également à entamer une réflexion sur le problème et évoquer des pistes de solutions possibles. Le projet a ensuite été présenté dans une forme « préliminaire » : il était structuré, mais n'imposait pas de calendrier définitif, et ce, autant en ce qui concerne la durée de l'étude que le nombre de cycles d'exploration-réflexion-action. Enfin, les principes-clés de la recherche-action (démocratie, participation et appropriation) ont été discutés et clarifiés. Les rôles et responsabilités ainsi que les particularités éthiques inhérentes au statut des membres du comité de pilotage ont également été abordés. Le rôle de la chercheuse a notamment été précisé puisque cette dernière exerce un rôle sensiblement différent du rôle de chercheur classique. En effet, dans un processus de recherche-action, le chercheur s'engage envers les objectifs définis par les acteurs terrain et occupe un rôle de facilitateur et de soutien (Stringer, 2007). Au terme d'une discussion, tous ont entériné la proposition que la contribution de la chercheuse sera d'enrichir la démarche de compréhension et de coconstruction de l'intervention par l'entremise de la recherche et d'assurer la rigueur scientifique du projet. Bien qu'aucun rôle spécifique n'ait été attribué aux membres du comité de pilotage lors de cette rencontre en raison du stade initial du projet, tous se sont engagés à respecter les principes-clés de la recherche-action. Sur le plan éthique, aucun formulaire de consentement n'a été utilisé pour ce groupe, puisque les conditions de participation des membres du comité de pilotage sont collectivement déterminées et qu'un statut de cochercheur leur a été octroyé. Enfin, le mode de communication via courriel a été retenu comme le meilleur moyen de convoquer les membres (Doodle) et d'acheminer les comptes rendus. Afin de respecter la cadence rapide du contexte aigu de l'USI et la

disponibilité des membres du comité de pilotage, ces derniers ont suggéré d'espacer suffisamment les rencontres de manière à regrouper les sujets de discussion.

Déroulement de l'étude

Dans la section suivante, les diverses activités ayant mené à la coconstruction de l'intervention seront chronologiquement présentées afin de rendre justice au contexte dynamique et émergent dans lequel s'est déroulée l'étude (Savoie-Zajc, 2012). Comme illustrée à la Figure 1, la coconstruction de cette intervention a nécessité deux cycles de recherche-action chacun, comprenant trois phases : la phase d'exploration, la phase de réflexion et la phase d'action. Le premier cycle correspond aux deux premières étapes du cadre théorique (van Meijel et al., 2004) et a permis de définir le problème, d'identifier les besoins et de recueillir les solutions selon les membres de l'équipe de l'USI. Le second cycle de recherche-action correspond, pour sa part, à la troisième étape du cadre théorique et a conduit à la révision des composantes au terme d'une analyse de faisabilité et d'acceptabilité menant à l'énoncé préliminaire du devis de l'intervention.

Premier cycle de la recherche-action

Pour chacune des trois phases constituant ce premier cycle de recherche-action, le but, les activités réalisées ainsi que les principaux résultats seront successivement présentés. En cohérence avec le cadre théorique retenu, rappelons que ce premier cycle visait le développement du devis préliminaire de l'intervention.

Phase d'exploration

L'objectif de cette phase était de construire une compréhension commune de la situation actuelle à partir des multiples réalités, d'identifier les problèmes et besoins locaux et de recueillir les suggestions d'interventions selon la perspective des membres de l'équipe de l'USI. Même si l'expérience subjective des patients envers le problème vécu et leur verbalisation est fortement recommandée (van Meijel et al., 2004), le choix de ne pas inclure les patients-familles a été retenu, puisque ces derniers ne pouvaient bénéficier de l'intervention en construction. En effet, leur inclusion à cette étape aurait uniquement répondu aux besoins de la recherche, ce qui est éthiquement répréhensible (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada, 2014). De plus, considérant l'abondance des écrits explorant l'expérience et les besoins des patients-familles en situation de fin de vie à l'USI, la contribution de ces études a été jugée suffisante pour guider les travaux.

Stratégie de recrutement. Le projet a été communiqué aux membres de l'équipe de l'USI par une lettre d'invitation dans laquelle figuraient le but, le déroulement et les diverses modalités de communication avec les principaux investigateurs du projet. Les personnes intéressées à participer étaient invitées à communiquer avec la monitrice.

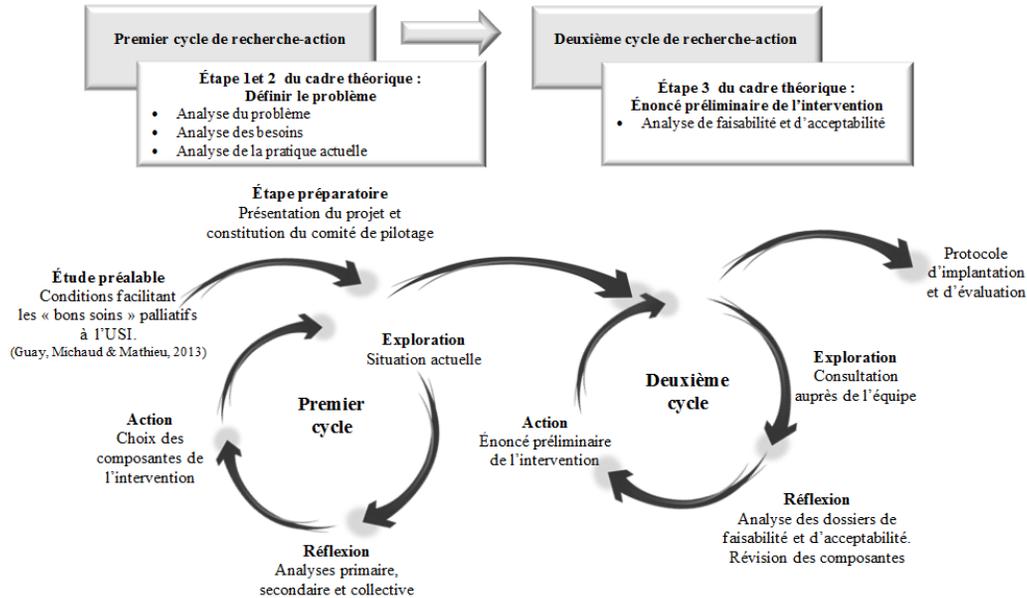


Figure 1. Schématisation globale du processus de développement de l'intervention.

Celle-ci, représentante du groupe de soignants au sein du comité de pilotage, était responsable de faire signer le formulaire de consentement, de distribuer le questionnaire sociodémographique et de déterminer le moment de l'entrevue en fonction des disponibilités des participants. Considérant l'importance de l'expérience clinique, le seul critère d'exclusion pour cette étape était d'avoir cumulé moins d'un mois d'expérience au sein d'une USI. Un montant forfaitaire a été accordé à chaque participant afin de dédommager les inconvénients encourus par leur participation. Au total, 17 personnes de l'équipe soignante de l'USI ont été recrutées (infirmières (n = 12); médecins (n = 2); pharmaciens (n = 2) et intervenant spirituel (n = 1).

Stratégie de collecte de données. Des entrevues individuelles semi-dirigées et audio-enregistrées ont été retenues comme principale modalité de collecte de données. Des vignettes cliniques (n = 3) élaborées dans le cadre de la première étude (Guay, Michaud, & Mathieu, 2011, 2013) ont été utilisées pour favoriser les discussions. Une vignette est « un bref scénario présenté à des participants en vue d'obtenir leurs réactions à un événement ou une situation » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505). Ces vignettes décrivent des situations vécues par les infirmières de ce milieu, mettant en évidence les éléments correspondant aux conditions facilitant l'approche palliative. Cette stratégie a permis d'explorer la situation actuelle et d'identifier l'écart qui sépare la situation réelle de la situation idéale selon la perspective des différents participants.

Pour combler cet écart, les participants étaient invités à formuler des propositions d'interventions à la suite de questions ouvertes telles que : « Quelles sont vos suggestions qui, selon votre perspective, pourraient améliorer la situation? » Les entrevues individuelles, d'une durée de 40 à 60 minutes, ont été menées par la première auteure (DG) en utilisant le guide d'entrevue élaboré pour chaque vignette. Les entretiens se sont déroulés à l'USI, au moment choisi par les participants, et la majorité (n = 16) a accepté que la séance soit audio-enregistrée. Le contenu intégral des entrevues a ensuite été transcrit par une secrétaire indépendante au projet.

Phases d'analyse réflexive

Comme illustrées à la Figure 2, trois activités ont été réalisées lors de la phase d'analyse réflexive de ce premier cycle, soit l'analyse primaire, l'analyse enrichie des résultats et l'analyse collective.

Analyse réflexive primaire. En accord avec le comité de pilotage, ce premier niveau d'analyse a été réalisé par l'équipe de recherche (auteurs) et s'est déroulé comme suit. Après l'écoute de l'enregistrement de l'entrevue et de sa transcription, la lecture du verbatim et du journal de bord, un procédé de codage et de catégorisation a conduit à la rédaction d'un premier résumé, lequel a été acheminé à chaque participant pour des fins de validation. Mis à part quelques modifications linguistiques, tous les participants ont confirmé l'analyse produite et deux participants ont bonifié leur témoignage.

Analyse réflexive enrichie. Respectant la seconde étape du cadre théorique de van Meijel et al. (2004), l'analyse enrichie avait pour objectif de bonifier les résultats obtenus par la contribution de la recherche afin de situer la contribution potentielle qu'une nouvelle étude pourrait offrir envers le phénomène d'intérêt. Cette activité s'est déroulée de manière continue, nourrie par les thèmes émergents des analyses. En raison de l'abondance de données publiées sur ce sujet depuis les 15 dernières années, trois synthèses documentaires résumées sur une page ont été rédigées par la chercheuse principale. Cette stratégie a été retenue afin de communiquer, clairement et rapidement, un récapitulatif d'écrits scientifiques appuyant les résultats obtenus. Une première résume les besoins et expériences des patients-familles en situation de fin de vie à l'USI. La seconde regroupe les études portant sur la structure des soins intensifs, c'est-à-dire les règles de fonctionnement formelles et informelles. La troisième traite des différents processus de soins répertoriés dans les écrits. Un rapport préliminaire ainsi qu'une première version des synthèses documentaires, élaborées en fonction des entrevues analysées (n = 14), ont ensuite été acheminés aux membres du comité de pilotage.

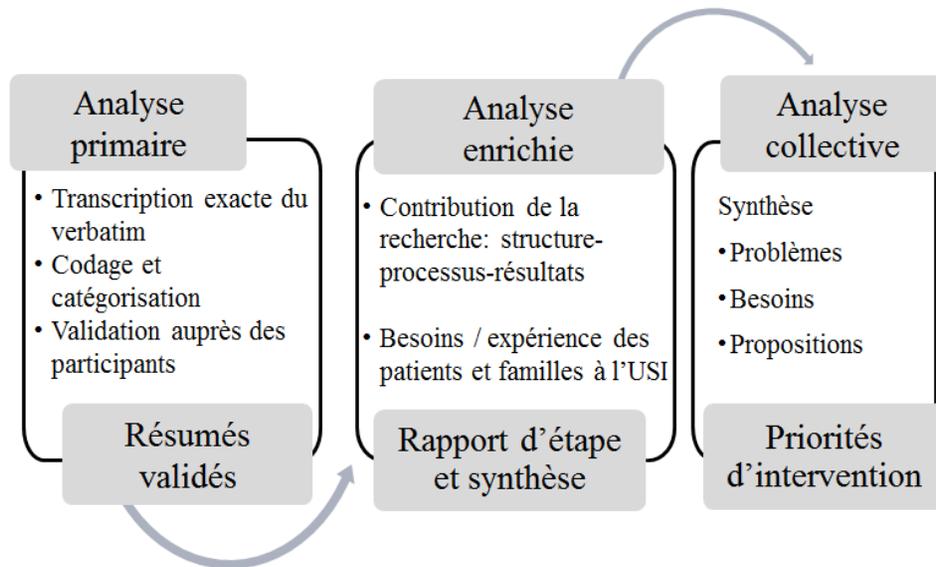


Figure 2. Schématisation du processus d'analyse.

Analyse réflexive collective. Les membres du comité de pilotage se sont réunis afin de valider l'analyse primaire des entrevues réalisées et procéder à l'analyse collective des principaux problèmes et besoins identifiés ainsi que des suggestions formulées par l'équipe. D'une durée de 90 minutes, cette rencontre était structurée autour de la présentation des résultats préliminaires sous forme de tableaux-synthèses, lesquels regroupaient les résumés préalablement validés par les participants (N = 17). Les échanges ont permis aux membres d'apporter quelques précisions et de clarifier certains énoncés favorisant ainsi une compréhension commune de la situation actuelle telle que vécue selon différentes perspectives. De manière générale, les problèmes et besoins identifiés semblaient déjà connus des membres du comité de pilotage et tous ont apprécié les suggestions formulées par les participants. Au terme de cette séance, certaines phrases ont été reformulées et quelques corrections linguistiques ont été apportées au rapport préliminaire. Ce rapport a ensuite été déposé dans la salle des employés et discuté lors d'une réunion départementale afin d'assurer la transparence du processus de recherche et de favoriser l'appropriation des résultats par l'équipe.

Phase d'action

Suivant une période d'appropriation de ces résultats par l'équipe de l'unité de soins intensifs, les membres du comité de pilotage se sont de nouveau réunis lors d'une séance de travail. Cette rencontre, d'une durée de deux heures, a permis de clairement définir le problème et de décider collectivement des composantes de l'intervention à

partir des suggestions proposées par les membres de l'équipe et de l'état actuel des connaissances scientifiques. Seuls les résultats soutenant le choix des composantes de l'intervention, appuyés d'extraits significatifs, seront présentés. Les résultats complets émergeant des entrevues réalisées lors de cette phase sont communiqués dans une autre publication.

Les membres du comité de pilotage ont d'abord collectivement convenu que cette intervention devrait privilégier le rehaussement des compétences de l'équipe interne en améliorant la communication entre les membres de l'équipe de l'USI et les patients-familles : « Je crois qu'aux soins intensifs, ça devrait être les intensivistes qui font les soins palliatifs seulement... Ça serait plus facilitant si l'équipe développait une philosophie au lieu d'avoir des consultations en soins palliatifs » (Béatrice)². Au terme des discussions, trois composantes ont été retenues à partir des suggestions des membres de l'équipe pour le développement de cette intervention de communication interdisciplinaire.

La première proposait une activité de formation afin d'atténuer les malaises entourant les situations de fin de vie à l'USI et sensibiliser l'équipe aux principes de l'approche palliative contextualisée aux soins intensifs. Cette composante constitue un besoin largement exprimé par les participants et représente un important changement dans le milieu à l'étude puisqu'aucun contenu traitant spécifiquement des soins en fin de vie ou du soutien aux proches endeuillés n'était formellement abordé dans le programme d'orientation des nouveaux employés, ni dans les activités de formation en cours d'emploi au moment de l'étude : « Moi, j'ai appris sur le tas... je n'ai jamais eu de formation là-dessus » (Cassandra). La suggestion des participants que cet atelier de formation soit également interdisciplinaire est bien résumée par les propos de cette participante :

Je pense que ça devrait être accessible à tout le monde, que les gens soient familiarisés avec ce principe de fin de vie... Que tout le monde ait la même formation... ça diminuerait les réticences et, à ce moment-là, avoir une mission de sauver des vies ne serait plus un obstacle aussi important (Annie).

À cette composante éducative s'ajoute une composante interdisciplinaire proposant de mettre en place une structure de rencontres favorisant l'élaboration d'objectifs communs et un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) : « Tenir le même discours pour que les gens, peu importe le professionnel, aient le même son de cloche, partagent le même plan de match » (Brigitte). Sur le plan organisationnel, cette composante diffère également de la pratique actuelle puisque dans le milieu à l'étude, des rencontres d'équipe sont plutôt multidisciplinaires³, informelles et irrégulières. Généralement amorcées et animées par les médecins, les discussions de cas ont lieu en fonction des besoins ponctuels et de la disponibilité de l'équipe médicale.

Enfin, une composante familiale a également été retenue par le comité de pilotage afin d'améliorer la structure, le processus et la documentation des rencontres familiales. « Un des problèmes, c'est qu'on permet aux gens d'avoir des informations n'importe quand... il n'y a pas de structure de communication » (Camille). Sur ce point, le déroulement et la structure actuelle des rencontres familiales sont variables en fonction des intensivistes. Ces rencontres sont principalement planifiées par l'équipe médicale ou à la demande de la famille et ont lieu dans le bureau du médecin. « Ces rencontres "dernière minute" ne permettent pas une bonne préparation de la famille ni de l'équipe... trop souvent elles ont lieu en urgence » (carnet de recherche). De plus, le rôle de l'infirmière n'est pas clairement établi et les conclusions de ces rencontres sont peu documentées.

Au terme de la phase d'action, un responsable pour chacune des composantes a ensuite été nommé parmi les membres du comité de pilotage afin de valider les choix retenus par le comité et explorer la faisabilité du changement proposé en évaluant l'ensemble des opportunités et des contraintes organisationnelles locales. Le choix des responsables s'est effectué sur une base volontaire et en fonction de l'intérêt de chacun. Ainsi, la monitrice clinique a été nommée responsable de la composante éducative, la responsabilité de la composante interdisciplinaire a été partagée par la chef de service et l'infirmière conseillère-cadre. Enfin, l'infirmière représentant le groupe de soignants a pour sa part été nommée responsable de la composante familiale. Ce premier cycle de recherche-action a clairement permis de définir le problème, de recueillir les suggestions d'intervention selon la perspective des membres de l'équipe et de sélectionner les composantes de l'intervention, ce qui en constitue le devis préliminaire.

Deuxième cycle de recherche-action

Le second cycle de recherche-action visait deux principaux objectifs. Le premier correspond à la troisième étape du cadre théorique et proposait d'opérationnaliser les composantes de l'intervention retenue par le comité de pilotage. Quant au second, il visait à concevoir un protocole d'intervention à soumettre pour approbation éthique en vue de procéder par la suite à l'implantation et l'évaluation de l'intervention. Tout comme pour le premier cycle, cette section présentera les activités réalisées ainsi que les principaux résultats obtenus lors des phases d'exploration-réflexion-action.

Phase d'exploration

Les responsables de chaque composante ont d'abord réalisé des consultations individuelles et informelles auprès des membres de l'équipe de l'USI afin d'explorer la faisabilité et l'acceptabilité de chaque composante de l'intervention. Le rôle de la chercheuse principale consistait principalement à offrir du soutien et de la disponibilité aux différents responsables. Puisque cette phase a nécessité plusieurs rencontres informelles, une structure de comité de pilotage « restreint » s'est progressivement

développée entre les responsables des différentes composantes. Ceux-ci étaient invités à communiquer avec la chercheuse, soit par courriel ou téléphone, et à transmettre tout document jugé contributif à l'avancement du projet afin de documenter le processus de coconstruction.

Composante éducative

La démarche consultative individuelle et informelle auprès des membres de l'équipe de l'USI concernant cette composante a d'abord confirmé le besoin de formation. Un sondage proposant divers thèmes ainsi que les stratégies pédagogiques envisageables dans le milieu à l'étude a ensuite été élaboré par la monitrice clinique, responsable de cette composante, en collaboration avec la chercheuse principale. Bien que la proposition d'offrir une formation interdisciplinaire ait été initialement retenue par le comité de pilotage, le besoin de solidifier d'abord les bases de la communication intra disciplinaire et de rehausser le leadership infirmier a conduit ces dernières à suggérer de limiter l'offre de formation à l'équipe des infirmières. Pour ce groupe, bénéficier de cette activité de formation à l'extérieur des heures de travail et rémunérée constituait le principal critère d'acceptabilité. L'exploration des conditions de faisabilité a, pour sa part, conduit à la proposition de ne pas ajouter de formation, mais plutôt d'inscrire ce thème à la programmation annuelle.

Composante interdisciplinaire

Le choix de cette composante a été favorablement accueilli par l'équipe lors des consultations individuelles informelles. Des documents proposant une structure de rencontre interdisciplinaire avaient d'ailleurs été amorcés par la monitrice clinique et la chef de service avant la présente étude, témoignant ainsi d'une préoccupation soulevée depuis déjà quelque temps dans ce milieu. Lors de cette phase exploratoire, les membres du comité restreint ont été informés par la conseillère-cadre qu'un projet institutionnel d'implantation d'un PII, accompagné d'ateliers de formation, était en développement. Considérant que cette initiative correspondait également à un besoin clairement exprimé par les membres de l'USI, ce projet a été perçu comme une opportunité de documenter le processus d'implantation et d'utiliser les outils développés par l'établissement.

Composante familiale

Le choix de cette composante a suscité de profondes réflexions lors des consultations individuelles. Tout en réaffirmant la pertinence de cette composante, des réserves ont été émises verbalement, surtout par l'équipe des infirmières, quant au moment d'intégrer ce changement dans l'équipe. En effet, l'ampleur des changements souhaités (structure, déroulement, documentation, présence de l'infirmière...) nécessitait une importante réorganisation du travail et cette composante a été considérée, par l'équipe, comme prématurée au moment de l'étude.

Phase réflexive

Cette phase a conduit à la révision des composantes de l'intervention par le comité de pilotage lors d'une rencontre visant à faire le suivi et le bilan des dossiers d'acceptabilité et de faisabilité réalisés par les responsables des composantes initialement retenues. La décision d'offrir de la formation seulement aux infirmières a été retenue en prenant en compte les motifs fournis par l'équipe. Ce choix s'est appuyé à la fois sur le respect de la structure de formation actuelle à l'USI et sur la volonté d'assurer la pérennité de cette composante, puisque cette dernière sera intégrée aux activités d'orientation des infirmières. Pour sa part, la décision de limiter la durée de la formation à deux heures repose sur la disponibilité du personnel et respecte le contexte de restrictions budgétaires qui prévaut actuellement dans le milieu. Enfin, les données du sondage (n = 15 participants) compilées par la chercheuse principale révèlent qu'un atelier de formation interactif, à partir d'un cas clinique réel, constitue la modalité pédagogique privilégiée par les répondants. Quatre thèmes ont été identifiés comme prioritaires dans le sondage auprès de l'équipe et par les membres du comité de pilotage, soit les principes et la philosophie de l'approche palliative intégrée (incluant les principales trajectoires de fin de vie), les principes d'interdisciplinarité, les enjeux éthiques et la pharmacothérapie propre à la fin de vie. En ce qui concerne le développement du contenu de cette formation, le comité propose que les concepteurs soient également les formateurs et que ces ressources soient des membres de l'équipe de l'USI afin de rehausser la cohésion et soutenir l'appropriation du processus de recherche. La composante interdisciplinaire a également été maintenue par le comité de pilotage et soutenue par l'intention de l'organisation de développer une culture de collaboration interprofessionnelle. En ce qui concerne le développement de cette composante, plusieurs éléments ont été proposés par l'équipe et résumés par la responsable de cette composante. Enfin, les arguments soulevés par l'équipe en ce qui concerne la composante familiale ont conduit à la décision consensuelle de reporter cette composante. Ainsi, au terme de cette phase, la décision de retenir deux composantes pour ce projet a été collectivement entérinée par l'ensemble des membres du comité de pilotage.

Phase d'action

Cette phase complète le deuxième cycle de la présente recherche-action et visait à construire l'intervention et à rédiger le protocole pour son implantation et son évaluation. Ces travaux ont nécessité plusieurs communications et rencontres en dyades afin de développer le soutien visuel (PowerPoint) de l'atelier de formation et de compléter les divers documents et formulaires du protocole. Priorisant les thèmes qui ressortent du sondage auprès de l'équipe, le contenu de l'atelier de formation, divisé en deux parties, a été développé en collaboration avec la monitrice clinique, l'équipe de pharmaciens et une ressource en éthique clinique. La première partie propose un

contenu théorique et la seconde une discussion entourant un cas clinique réel. Pour l'élaboration de l'étude de cas, un patient préférablement atteint d'une condition particulièrement complexe ayant séjourné plus de 30 jours à l'USI a été suggéré afin de mettre en application l'outil de communication (soit un PII) devant être éventuellement implanté dans l'hôpital.

De son côté, le développement de la composante interdisciplinaire a davantage porté sur la structure des rencontres d'équipe. Ainsi, il a été suggéré que ces tournées soient hebdomadaires, d'une durée approximative de 30 à 60 minutes et que tous les intervenants impliqués soient formellement invités. Il a également été proposé que les situations cliniquement complexes de séjours prolongés ainsi que les situations de pronostics réservés figurent parmi les critères de sélection des cas discutés ($n = 3-4$ /rencontre). La proposition que ces rencontres soient animées par la chef d'unité ou l'assistante au supérieur immédiat (ASI) et que la situation soit présentée par l'infirmière responsable du patient a également fait l'objet d'un large consensus au sein du comité. Enfin, il a été suggéré que le PII indique clairement la contribution de chaque intervenant pour chaque patient discuté. La proposition que cette intervention soit évaluée en utilisant une approche d'étude de cas multiples ($n = 3$), choisis par le milieu, a également été entérinée par le comité de pilotage. Ainsi, la proposition de l'activité de formation et la mise en œuvre de la composante interdisciplinaire ont été discutées, négociées et rédigées en partenariat avec les responsables des différentes composantes et les membres du comité de pilotage. Le protocole d'implantation et d'évaluation ainsi construit et approuvé par l'équipe de recherche (auteurs) a été présenté au Comité d'éthique de la recherche (CER) en mars 2013 par la chercheuse principale, accompagnée d'un membre du comité de pilotage. Une affiche présentant la progression de cette étude a également été exposée dans la salle des employés ainsi que dans le couloir de l'hôpital accessible au public.

Discussion et réflexion

Cette section propose d'abord de discuter des composantes retenues par l'équipe à la lumière des écrits antérieurs. Nous porterons ensuite un regard réflexif sur le processus de coconstruction de l'intervention en ce qui a trait aux défis et aux stratégies mises en place afin de respecter chacun des principes-clés de la recherche-action, qui rappelons-le, sont la démocratie, la participation et l'appropriation du processus de recherche.

Le choix de développer une intervention visant à intégrer les principes de l'approche palliative au sein même de l'équipe de l'USI correspond au modèle intégratif proposé par Nelson et al., (2010). Bien que ce modèle soit grandement dépendant de la motivation et de l'engagement de l'équipe et des dirigeants, il serait, selon ces auteurs, susceptible d'être plus efficace que le modèle consultatif afin de surmonter les obstacles organisationnels et les enjeux culturels propres à chaque USI. Ce modèle est également cohérent avec l'approche palliative intégrée (ACSP, 2015)

puisqu'il vise le développement des compétences des intervenants et valorise la continuité des soins et de la relation thérapeutique, tout en ayant recours aux équipes de soins palliatifs spécialisés au besoin (Hua & Wunsch 2014; Quill & Abernethy, 2013).

L'inclusion d'une composante éducative est également largement soutenue par la littérature puisque le manque de formation figure parmi les principaux obstacles à l'intégration de l'approche palliative intégrée à l'USI, et ce, autant chez les infirmières que chez les médecins (Espinosa, Young, & Walsh, 2008; Visser, Deliens, & Houttekier, 2014). Bien qu'aucun consensus ne semble établi concernant la façon optimale de former ces deux groupes de professionnels, on observe une tendance à développer des stratégies éducatives interactives, multithèmes et interdisciplinaires dans plusieurs écrits (Conte, Scheja, Hjelmqvist, & Jirwe, 2015; Rose, Bonn, MacDonald, & Avila, 2012; Shaw, Davidson, Smilde, Sondoozi, & Agan, 2014). Or les raisons justifiant la décision de former d'abord les infirmières dans le cadre de cette étude rejoignent en partie celles évoquées dans l'étude de Krimshstein et ses collègues (2011). En effet, une approche disciplinaire a été privilégiée dans cette étude, et ce, même si l'activité visait l'interdisciplinarité. Cette étude visait spécifiquement à rehausser le rôle de l'infirmière au sein de l'équipe. Les auteurs estiment que cette première étape est nécessaire afin de préparer les infirmières en tant que membres actifs de l'équipe en situation de fin de vie à L'USI.

En ce qui concerne les thèmes retenus pour la composante éducative, la communication et le processus décisionnel en situation de pronostic sombre et en fin de vie figurent également parmi les thèmes de formation les plus fréquemment retenus à l'USI. La proposition de contextualiser la philosophie qui sous-tend l'approche palliative en fonction des différentes trajectoires à l'USI paraît particulièrement novatrice puisque cela est rarement explicité dans les études publiées. Sur le plan des stratégies pédagogiques, la combinaison de modules théoriques et de groupes de discussion privilégiée dans cette étude serait, selon une revue systématique réalisée par le groupe Cochrane (Forsetlund et al., 2009), plus efficace pour l'amélioration de la pratique professionnelle que ces deux modalités utilisées individuellement. Enfin, l'importance de faire appel à des formateurs issus du milieu afin de refléter les réalités contextuelles de l'USI corrobore également les travaux de Nelson et al. (2010).

Le développement d'une culture d'équipe et d'un fonctionnement interdisciplinaire obtient également un appui consensuel du côté des écrits portant sur le sujet à l'USI. Un cadre de référence structurant le travail d'équipe à l'USI a d'ailleurs été élaboré par Reader, Flin, Mearns et Cuthbertson (2009) et des indicateurs de qualité concernant le plan d'intervention ont récemment été proposés afin de guider la tenue des rencontres interdisciplinaires à l'USI (Ten Have et al., 2013). Parmi les interventions visant la mise en place de tournées interdisciplinaires, notons que

l'élaboration d'objectifs communs ainsi que celles visant l'amélioration des compétences grâce à la formation seraient les plus efficaces selon la revue systématique réalisée par Dietz et ses collègues (2014).

Retour réflexif sur le processus de coconstruction de l'intervention

Notons d'abord que les activités réalisées lors de l'étape préparatoire ont permis de confirmer la pertinence de cette démarche au sein de l'équipe. Comme l'explique Pourtois et al. (2013), cette étape est essentielle afin de bien préparer le terrain à l'étude, connaître les acteurs-clés et créer des liens de confiance réciproques. Puisque ce projet émanait d'un besoin clairement exprimé par les participants de l'étude précédente, le thème (l'intégration de l'approche palliative) choisi par le milieu lui-même avait donc « du sens » pour la majorité des membres de cette équipe. Le caractère novateur et émancipatoire de la méthode a également été favorablement accueilli, surtout par les soignants, traditionnellement plus discrets. Il importe toutefois de préciser que cette étape a aussi permis d'identifier d'importantes résistances, surtout parmi l'équipe médicale, car pour certains, ce projet était « culturellement » incompatible avec la mission des soins intensifs. L'inclusion de cette perspective au sein du comité de pilotage tout au long de l'étude a donc été perçue comme un moyen d'assurer la multiplicité des points de vue et de préserver l'identité collective de cette équipe.

La composition du comité de pilotage a également présenté quelques défis quant au respect du principe démocratique de la recherche-action. En effet, l'historique relationnel et la résistance au changement de certains individus du groupe de gestionnaires ont accentué la perception de contrôle par ce groupe, allant ainsi à l'encontre de ce principe (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby, & Roots, 2013). Cette dynamique a été discutée et s'est avérée particulièrement constructive sur le plan de l'apprentissage collectif. En effet, l'analyse de cette affiliation a permis au comité de pilotage de réaliser l'importance de placer les objectifs de l'étude au centre du projet et non ceux des acteurs, puisque les objectifs de chacun peuvent être alimentés par des motivations, des champs d'intérêt et des finalités plus individuelles que collectives (Pourtois et al., 2013).

D'autres importants changements dans la composition du comité de pilotage ont également influencé le déroulement de l'étude. L'arrivée d'une nouvelle gestionnaire ainsi que la réaffectation de la conseillère-cadre à des tâches administratives ont eu pour conséquences de fragiliser la stabilité du comité de pilotage et ralenti le rythme de l'étude. Enfin, le départ de certains membres pour des raisons personnelles (santé, grossesse) a mené le groupe à se doter d'une stratégie de substitution. Souhaitant préserver le climat collaboratif, le choix de privilégier des membres substitués plus « neutres », c'est-à-dire des personnes ni convaincues ni réfractaires au changement, a

été retenu par le comité de pilotage. Cette décision a eu comme résultats de rétablir l'équilibre décisionnel tout en bénéficiant d'une variété de perspectives.

Parmi les stratégies ayant suscité la participation et l'engagement de l'équipe, soulignons, d'entrée de jeu, le discours mobilisateur des membres du comité de pilotage (cochercheurs) et le recours à des leaders positifs. Il importe toutefois de préciser qu'en raison d'un mode de fonctionnement hiérarchique et de la persistance d'une conception de recherche classique, la clarification des rôles a été nécessaire à quelques reprises afin de promouvoir l'approche ascendante (*bottom up*) auprès de ce groupe. La mise en valeur du savoir clinique comme source de savoir a permis de rehausser le sentiment d'appartenance des acteurs terrain et favoriser leur participation. Le rôle de facilitateur, assumé par la chercheuse principale, a également nécessité de fréquents rappels afin que cette dernière ne soit pas perçue par l'équipe comme responsable du projet. Comme le soulignent Smith, Bratini, Chambers, Jensen et Roméro (2010), il importe de demeurer vigilant envers cet aspect tout au long du projet puisque le statut de leader classiquement associé au chercheur est parfois tenace dans les milieux cliniques. Enfin, la compréhension du rôle de cochercheurs s'est progressivement clarifiée en cours d'étude et négociée en fonction des différentes étapes du projet. Notons que les caractéristiques relationnelles entre la chercheuse et le milieu constituent également un élément contributif au bon déroulement de l'étude. Ayant eu le privilège de s'imprégner des us et coutumes locaux lors de l'étude antérieure, la chercheuse principale (DG) était connue du milieu et connaissait le mode de fonctionnement ainsi que la structure hiérarchique locale. Cette connaissance mutuelle a permis de créer un climat favorable au changement, respectueux du rythme du milieu, et a eu pour effet de minimiser le caractère intrusif de la recherche-action (Pourtois et al., 2013).

Enfin, plusieurs stratégies ont été mises en place afin de promouvoir **l'appropriation** du processus de changement et des résultats. Notons que la diffusion du rapport d'étape faisant état de la compréhension collective du problème vécu par les membres de l'équipe ainsi que les suggestions d'amélioration émergeant des acteurs locaux a assurément contribué à l'intégration de ce principe. Les choix retenus ont ainsi été réfléchis collectivement en considérant à la fois les contraintes et les leviers locaux, mais aussi en étant conscients de l'impact que ces changements pourraient avoir sur la collectivité.

Conclusion

Le processus de coconstruction de cette intervention a nécessité deux cycles de recherche-action. La description du processus évolutif ayant mené au choix des composantes, appuyé sur une rigoureuse analyse des besoins et de la réalité locale, constitue une contribution particulièrement intéressante sur le plan du développement du savoir. Comme suggérée par Savoie-Zajc (2012), la stratégie de décrire de manière

chronologique des activités réalisées durant chaque cycle d'exploration-réflexion-action nous paraît efficace pour traduire la dynamique du processus ayant mené à la coconstruction de l'intervention. Nous croyons toutefois que la phase dite « réflexive » ne permet pas de rendre justice à la présence de réflexivité tout au long du processus. En plaçant le groupe en position d'acteur engagé, la nature itérative du processus de recherche a permis aux acteurs terrain de comprendre leur propre réalité, d'apprendre et de construire leur propre savoir et d'agir sur leur propre avenir.

Notes

¹ L'organisation des soins intensifs est structurée selon deux modèles. Dans le modèle « ouvert », les patients sont admis à l'USI par le médecin traitant et ce dernier devra à la fois assumer la responsabilité de ce patient tout en maintenant ses activités professionnelles à l'extérieur de l'USI. Dans ce modèle, la contribution de l'intensiviste est ainsi électorale et sur une base consultative. Par contre, dans une structure d'unité « fermée », l'admission ainsi que la responsabilité des soins pour toute la durée du séjour du patient sont transférées à l'intensiviste et ce dernier exerce généralement une pratique exclusive à l'USI (Gutsche & Kohl, 2007).

² Par souci de confidentialité et pour protéger l'anonymat, un prénom fictif féminin a été attribué à chacun des participants, sans égard au genre. La première lettre du nom (A, B ou C) correspond à la vignette analysée. Par exemple, Annie a analysé la vignette A.

³ Dans le cadre de cette étude, la définition des concepts de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité proposée par Sheehan, Robertson et Ormond (2007) a été retenue. Ainsi, dans une équipe multidisciplinaire, les membres travaillent en parallèle, les informations sont transmises aux uns et aux autres, sans toutefois développer une compréhension commune des enjeux pouvant influencer la situation. Par contre, une équipe interdisciplinaire se caractérise par un langage inclusif, un partage continu d'informations et une approche de travail collaboratif vers un but commun.

Références

- Aslakson, R. A., & Bridges, J. P. (2013). Assessing the impact of palliative care in the intensive care unit through the lens of patient-centered outcomes research. *Current Opinion in Critical Care*, 19(5), 504-510.
- Association canadienne de soins palliatifs (ACSP). (2015, Mars). *Cadre national « Aller de l'avant » : feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/60047/TWF-framework-doc-Fr-2015-final-April1.pdf>

- Clarke, E., Curtis, R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life in intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255-2262.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2014, Décembre). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69
- Conte, H., Scheja, M., Hjelmqvist, H., & Jirwe, M. (2015). Exploring teams of learners becoming « WE » in the intensive care unit – A focused ethnographic study. *BMC Medical Education*, 15(1), 1-11.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). Repéré à <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit : American College of critical care medicine task force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., & Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit : What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), 908-914.
- Espinosa, L., Young, A., & Walsh, T. (2008). Barriers to intensive care unit nurses providing terminal care : An integrated literature review. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 83-93.
- Flemming, K., Adamson, J., & Atkin, K. (2008). Improving the effectiveness of interventions in palliative care : Potential role of qualitative research in enhancing the evidence of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 22, 123-131.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., ... Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops : Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de la recherche; méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Guay, D., Michaud, C., & Mathieu, L. (2011). De « bons soins » palliatifs aux soins intensifs : une perspective infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 105, 31-43.
- Guay, D., Michaud, C., & Mathieu, L. (2013). Conditions facilitant les « bons soins » palliatifs aux soins intensifs selon la perspective infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 61-75.
- Gutsche, J. T., & Kohl, B. A. (2007). Who should care for intensive care unit patients? *Critical Care Medicine*, 35(2), S18-S23.
- Hansen, B. S., & Severinsson, E. (2009). Dissemination of research-based knowledge in an intensive care unit – A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(3), 147-154.
- Hua, M., & Wunsch, H. (2014). Integrating palliative care in the ICU. *Current Opinion in Critical Care*, 20(6), 673-680.
- Krimshstein, N. S., Luhrs, C. A., Puntillo, K. A., Cortez, T. B., Livote, E. E., Penrod, J. D., & Nelson, J. E. (2011). Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit : An intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1325-1332.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). Repéré à <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19>
- Nelson, J. E., Baskett, R., Boss, R. D., Brasel, K., Campbell, M. L., Cortez, T. B., ... Weissman, D. E. (2010). Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit : A report from the IPAL-ICU. *Critical Care Medicine*, 38(9), 1765-1772.
- Opina-Tascon, G. A., Luiz Büchele, G., & Vincent, J. L. (2008). Multicenter randomized controlled trials evaluating mortality in intensive care : Doomed to fail. *Critical Care Medicine*, 36(4), 1311-1322.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H., & Humbeeck, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 15, 25-35.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. *The New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.

- Rangachari, P., Rissing, P., & Rethemeyer, K. (2013). Awareness of evidence-based practices alone does not translate to implementation: Insights from implementation research. *Quality Management in Health Care, 22*(2), 117-125.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 37*(5), 1787-1793.
- Rose, C., Bonn, A., MacDonald, K., & Avila, S. (2012). Interdisciplinary education on discussing end-of-life care. *Dimensions of Critical Care Nursing, 31*(4), 236-240.
- Rusinová, K., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chaize, M., & Azoulay, E. (2009). Qualitative research: Adding drive and dimension to clinical research. *Critical Care Medicine, 37*(1), S140-S146.
- Savoie-Zajc, L. (2012). Du déroulement évolutif de la recherche-action au format linéaire de l'écriture: quelques défis dans la rédaction et la diffusion de la recherche-action. *Recherches qualitatives, Hors-série, 13*, 73-89.
- Shang, M., & Jancarik, A. (2014). Soins palliatifs et de fin de vie en centres hospitaliers: recension de pratiques. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T., & Agan, D. (2014). Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Critical Care Medicine, 42*(2), 265-271.
- Sheehan, D., Robertson, L., & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care, 21*(1), 17-30.
- Sinuff, T., Muscedere, J., Adhikari, N. J., Stelfox, H. T., Dodek, P., Heyland, D. K., ... Garland, A. (2013). Knowledge translation interventions for critically ill patients: A systematic review. *Critical Care Medicine, 41*(11), 2627-2640.
- Smith, L., Bratini, L., Chambers, D.-A., Jensen, R. V., & Romero, L. (2010). Between idealism and reality: Meeting the challenges of participatory action research. *Action Research, 8*(4), 407-425.
- Stringer, E. S. (2007). *Action research* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ten Have, E. M., Hagedoorn, M., Holman, N. D., Nap, R. E., Sanderman, R., & Tulleken, J. E. (2013). Assessing the quality of interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *Journal of Critical Care, 28*(4), 476-482.

- Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. W., Leland, N. E., Miller, S. C., Morden, N. E., ... Mor, V. (2013). Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries : Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *Journal of the American Medical Association*, 309(5), 470-477.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., ... Kaufman, D. C. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit : A consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953-963.
- van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions : Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84-92.
- Vincent, J. (2010). We should abandon randomized controlled trials in intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(10), S534-S538.
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient and family-centred decision making towards the end of life in intensive care : A systematic review. *Critical Care*, 18(6), 604. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258302/>
- Weled, B. J., Adzhigirey, L. A., Hodgman, T. M., Brill, R. J., Spevetz, A., Kline, A. M., ... Wheeler, D. S. (2015). Critical care delivery : The importance of process of care and ICU structure to improved outcomes: an update from the American College of critical care medicine task force on models of critical care. *Critical Care Medicine*, 43(7), 1520-1525.

Diane Guay, inf., est doctorante en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke. L'humanisation des soins ainsi que le rehaussement de la pratique infirmière en matière de soins palliatifs constituent ses principaux champs d'intérêt en recherche. Elle privilégie les méthodes de recherche qualitative et s'intéresse au développement d'interventions infirmières.

Cécile Michaud, inf., Ph. D., est professeure associée à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. La recherche clinique et appliquée, les approches qualitatives et innovantes, la formation infirmière figurent parmi ses principaux centres d'intérêt en recherche.

Luc Mathieu, inf., DBA, est professeur titulaire et directeur académique au Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke. Ses champs d'intérêt en recherche portent sur la gestion des connaissances, le développement, l'implantation et l'évaluation des systèmes d'information clinique, ainsi que les communautés virtuelles de pratique.