

Pour faciliter la lecture, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

## PRESTATION DE SOINS INFIRMIERS DE FIN DE VIE

### POSITION DE L'AIIC

Les infirmières<sup>1</sup> ont un rôle important à jouer faisant partie intégrante de la prestation et de l'amélioration des soins de fin de vie<sup>2</sup> par leur participation à la pratique, à la recherche, à la sensibilisation, à l'administration et aux politiques.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est d'avis que les soins infirmiers à la fin de la vie devraient être ancrés aux valeurs décrites dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC<sup>3</sup>. Ces valeurs comprennent la prestation de soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique; la promotion de la santé et du bien-être; la promotion et le respect de la prise de décisions éclairées; la préservation de la dignité; le respect de la vie privée et la protection de la confidentialité; l'obligation de rendre compte. Le Code prévoit que, lorsqu'elles doivent traiter une personne mourante, les infirmières « favorisent son confort, allègent ses souffrances, préconisent le soulagement adéquat de l'inconfort et de la douleur, et assurent une atmosphère digne et paisible lorsque la fin arrive, ce qui comprend le fait d'appuyer la famille pendant les derniers moments et après le décès<sup>4</sup>. »

L'AIIC croit en la valeur essentielle de la prestation de soins adéquats et compatissants aux personnes aux prises avec une maladie potentiellement mortelle, ainsi qu'à leurs proches. Les éléments importants qui justifient la prestation de soins de qualité à la fin de la vie sont abordés ci-dessous.

### Équipes interprofessionnelles

Les soins de fin de vie de qualité sont « dispensés de façon optimale en collaboration avec les membres d'une équipe interdisciplinaire, pour répondre aux besoins physiques, affectifs, sociaux et spirituels de la personne [...] et de ses proches<sup>5</sup>. » Les infirmières, en tant que membres d'équipes interprofessionnelles, collaborent avec la personne, avec sa famille et avec toutes les personnes qui participent à la prestation des soins (comme les

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le terme *infirmière* désigne une « infirmière autorisée », une « infirmière immatriculée » ou une « infirmière » à titre réservé en vertu de la loi provinciale ou territoriale applicable à la profession infirmière.

<sup>2</sup> Il n'y a pas de définition arrêtée de l'expression *fin de vie*. On considère habituellement que cette expression décrit la période pendant laquelle une personne vit un déclin de sa santé qui devrait mener à son décès dans les jours, semaines, mois ou années à venir. Cela peut comprendre les fragilités et les maladies aiguës ou chroniques liées à l'âge. La fin de vie peut survenir à tout âge (Lunney, Foley, Smith et Gelband, 2003).

<sup>3</sup> (AIIC, 2008).

<sup>4</sup> « En ce qui a trait à la prestation de soins, les membres de la famille sont les personnes que le ou la bénéficiaire des soins donnés ou à donner désigne comme lui apportant un soutien familial, indépendamment de l'existence de liens biologiques avec ces personnes. Cependant, dans le cas de la prise de décisions juridiques, il faut noter que les lois des provinces et des territoires ne sont pas les mêmes dans tout le Canada et qu'elles peuvent imposer de tenir compte en priorité de la relation biologique quand il s'agit de reconnaître les membres de la famille » (AIIC, 2008, tel que paraphrasé à partir de AIIC, 1994).

<sup>5</sup> (Association canadienne de soins palliatifs [ACSP], 2002. Voir également King et Jordan-Welch, 2003; Mitty, 2004; Price, 2003).

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.



médecins, d'autres professionnels des services de santé et des bénévoles) pour favoriser une approche holistique; elles tiennent compte des priorités, des valeurs et des choix de la personne dans tous les aspects des soins; elles répondent à toute préoccupation spécifique qui peut survenir.

### ***Prise de décision éclairée et planification préalable des soins***

L'AIIC reconnaît le droit à la personne de prendre des décisions éclairées<sup>6</sup> au sujet de son plan de soins de fin de vie qui reflètent ses valeurs personnelles, culturelles et religieuses. Lorsqu'elles aident une personne à faire cette planification, les infirmières doivent tenir compte du fait que l'individu est une personne en relation avec d'autres, y compris sa famille.

L'AIIC croit que les infirmières ont un rôle important à jouer pour encourager les personnes, en santé ou malades, à faire connaître leurs objectifs et leurs souhaits en ce qui a trait aux soins de fin de vie (par exemple, la préférence d'un endroit où mourir, les choix quant au don d'organes et l'obtention ou non de traitements essentiels au maintien de la vie comme la réanimation cardiorespiratoire<sup>7</sup>, l'alimentation et l'hydratation artificielles, la dialyse et la ventilation artificielle). Le plan de soins devrait comprendre des solutions de traitement actuelles et à venir, ainsi que le droit de refuser le traitement<sup>8</sup>. Le refus de traitement peut comprendre une demande pour que le traitement de survie, y compris la nutrition et l'hydratation artificielles, soit arrêté ou refusé. Les solutions de traitement dans le plan peuvent comprendre des thérapies parallèles ou complémentaires<sup>9</sup>.

L'AIIC est d'avis que les infirmières, lorsqu'elles aident une personne à définir ses souhaits pour son plan de soins de fin de vie, ont la responsabilité d'offrir une sensibilisation et une interprétation impartiale des renseignements médicaux de façon à ce que les personnes et leur famille puissent les comprendre<sup>10</sup>.

La prise d'une décision et la documentation de celle-ci pour des solutions de traitement à venir, y compris les traitements essentiels au maintien de la vie comme la réanimation cardiorespiratoire, sont souvent appelés *planification préalable des soins*<sup>11</sup>. Même si elle est souvent effectuée en vue de donner une orientation aux soins de fin de vie, la planification préalable des soins peut être entreprise à tout moment de la vie. Les infirmières devraient encourager toutes les personnes à documenter leurs souhaits concernant les choix en matière de soins, ce qui peut également comprendre nommer une personne pour prendre des décisions en leur nom advenant qu'elles deviennent incapables de le faire. Les personnes toujours aptes à le faire peuvent changer d'idée quant à leurs objectifs et à leurs souhaits à tout moment.

---

<sup>6</sup> Pour prendre une décision éclairée, la personne doit recevoir suffisamment de renseignements précis au sujet de son diagnostic et du pronostic, ainsi que des renseignements sur la nature, les risques potentiels, les effets secondaires et les avantages des traitements proposés, les solutions de rechange au traitement proposé et les conséquences du refus du traitement proposé.

<sup>7</sup> La réanimation cardiorespiratoire (RCR) est un traitement d'intervention en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire inattendu. La RCR comprend la réanimation bouche à bouche, les compressions thoraciques, la ventilation, l'intubation et la défibrillation. Pour obtenir davantage de renseignements, référez-vous au bulletin InfoDROIT de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada au sujet du *Consentement pour la RCR*.

<sup>8</sup> (Price, 2003)

<sup>9</sup> (AIIC, 1999)

<sup>10</sup> (Engström, Bruno, Holm et Hellzén, 2006; Hohenleitner, 2002; Robichaux et Clark, 2006)

<sup>11</sup> La *planification préalable des soins* est un processus continu qui encourage les personnes à discuter des solutions possibles de traitement futur avec les fournisseurs de soins de santé et leur famille ou la collectivité. Elle peut comprendre la production d'un document écrit, souvent appelé testament biologique ou testament de vie. Dans un testament biologique, les personnes peuvent nommer une ou plusieurs personnes pour prendre des décisions en leur nom (document de procuration) ou décrire les décisions qui devraient être prises advenant qu'elles soient incapables de prendre des décisions elles-mêmes (directives quant au traitement) (Dunbrack, 2006).



## **Prestation des soins de fin de vie**

L'élaboration et la prestation d'un plan de soins pour la fin de la vie requièrent une communication continue, ouverte et honnête; le moment choisi et la transmission de renseignements doivent être adaptés aux besoins, au stade de développement et au niveau de préparation de la personne et de sa famille. Lorsqu'il s'agit de soigner des enfants, les infirmières doivent connaître le niveau de compréhension du concept de la mort lié aux stades de développement et elles doivent incorporer ces connaissances dans la prestation des soins.

L'AIIC est d'avis que les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé et les personnes qui prennent les décisions au nom du malade ont une obligation éthique et légale de respecter les souhaits que cette personne a exprimés lorsqu'elle était apte à le faire. Si une personne est inapte à prendre des décisions pour elle-même, les infirmières doivent respecter la législation spécifique en vigueur dans leur province ou territoire concernant la prise de décision au nom d'autrui<sup>12</sup>. Les personnes jugées inaptes, ce qui peut comprendre les jeunes enfants, devraient participer à la prise de décisions en fonction des limites de leurs capacités. La législation des provinces et territoires détermine le droit légal des parents de prendre des décisions pour les soins donnés à leurs enfants, et dans ces situations, la famille est considérée comme une unité pour la prise de décisions. Les infirmières doivent connaître la législation spécifique concernant les choix et la prise de décision dans leur province ou territoire. Les décisions concernant l'arrêt des traitements peuvent comprendre l'individu, la famille, l'équipe de prestation des soins de santé et, le cas échéant, des éthiciens ou des comités d'éthique. Peu importe le résultat de la prise de décision concernant le refus ou l'arrêt des traitements, les infirmières doivent continuer à offrir des soins de fin de vie de qualité et des mesures favorables au réconfort.

Les infirmières devraient favoriser la communication et le respect des objectifs et des souhaits de la personne dans l'ensemble du système de soins de santé, ainsi que dans l'élaboration d'un processus et de la documentation requis pour faciliter ces efforts<sup>13</sup>. Les infirmières devraient également favoriser les occasions de revoir, de réviser et de documenter les plans de soins de santé de fin de vie de façon à ce qu'ils puissent être communiqués clairement dans l'ensemble du continuum des soins de santé.

## **Contrôle de la douleur et des symptômes**

Les infirmières, dans tous les milieux de pratique, « s'efforcent d'alléger la douleur et la souffrance, notamment au moyen de méthodes de contrôle de la douleur et des symptômes qui soient efficaces et appropriées, afin de permettre aux personnes de vivre dans la dignité »<sup>14</sup>. Le soulagement de la douleur et des symptômes est l'un des éléments clés des soins de fin de vie et il répond à l'une des préoccupations fréquentes exprimées par les personnes qui sont mourantes : la peur d'éprouver de la douleur et de la souffrance<sup>15</sup>. Même si l'augmentation des doses des analgésiques peut, dans de très rares cas, avoir comme effet secondaire et imprévu d'accélérer la mort, cette mesure est justifiable du point de vue éthique si le dosage des analgésiques est bien ajusté et que l'intention est d'alléger la douleur. Cependant, il semble que la question du traitement insuffisant de la douleur soit une préoccupation beaucoup plus pressante<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> Pour obtenir davantage de renseignements, veuillez vous référer au bulletin InfoDROIT de 2004 de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada au sujet du *Consentement pour les adultes inaptes*.

<sup>13</sup> (Blatt, 1999; Breier-Mackie, 2001; Briggs et Colvin, 2002; Hohenleitner, 2002; Jezewski, Meeker et Schrader, 2003; Robichaux et Clark, 2006; Storch et Dossetor, 1998)

<sup>14</sup> (AIIC, 2008)

<sup>15</sup> (Price, 2003; Schroepfer, 2006; Volker, Kahn et Penticuff, 2004)

<sup>16</sup> (Portenoy et al., 2006)



## ***Prestation de soins palliatifs***

Les soins palliatifs consistent en la prestation de soins visant à alléger la souffrance et à améliorer la qualité de vie et du processus de décès. Ce modèle de prestation de soins peut être utilisé pour toute personne à toute étape d'une maladie potentiellement mortelle, peu importe l'âge. L'Association canadienne de soins palliatifs avance que les soins palliatifs « allient les thérapies actives et de compassion en vue d'apporter du confort et du soutien aux patients et aux familles qui font face à une maladie mortelle, et ce pendant la maladie et le deuil<sup>17</sup>. » Les personnes et les familles qui doivent faire face à des maladies potentiellement mortelles peuvent profiter des soins palliatifs puisqu'ils sont axés sur le soulagement de la douleur et des symptômes; le soutien social, psychologique, émotionnel et spirituel; ainsi que le soutien des soignants<sup>18</sup>. L'AIIC est d'avis que les infirmières devraient favoriser un système de soins de santé qui offre un accès à des soins sûrs, compatissants, compétents et éthiques pour la fin de la vie, y compris l'accès à des services de soins palliatifs.

## ***Compétences et soutien professionnels***

Pour être en mesure d'offrir des soins de fin de vie de qualité, les infirmières doivent tenter de comprendre les valeurs et les croyances culturelles, religieuses ou autres qui sont liées à la mort et à la fin de la vie que les personnes, leur famille ou leur collectivité peuvent avoir<sup>19</sup>. Pour entretenir une conversation au sujet de la mort avec les personnes dont elles prennent soin, les infirmières doivent d'abord examiner leurs propres connaissances, attitudes et croyances concernant la mort<sup>20</sup>. Il est souvent très exigeant du point de vue émotif et physique de prendre soin de personnes en fin de vie<sup>21</sup>, et prendre soin de bébés et d'enfants qui sont mourants peut être particulièrement difficile.

Lorsque les infirmières prennent conscience qu'il y a des lacunes dans leurs connaissances théoriques et pratiques, elles doivent chercher à obtenir de la formation ou du soutien<sup>22</sup>. 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. Il est important que les infirmières aient accès à du soutien de leurs collègues et de leurs employeurs et qu'elles aient l'occasion d'avoir recours à la pratique réflexive de soins autodirigés.

## ***Formation, recherche et représentation***

Les infirmières ont un rôle à jouer pour favoriser les expériences positives des étudiantes en sciences infirmières et des infirmières novices en matière de soins de fin de vie en servant de modèles et en enseignant les habitudes et les comportements adéquats<sup>23</sup>. L'AIIC est d'avis que la formation en matière de soins palliatifs<sup>24</sup> devrait faire partie des programmes de formation de base et avancés des infirmières.

---

<sup>17</sup> (ACSP, 2002)

<sup>18</sup> (ACSP, 1997)

<sup>19</sup> (Ferris et al., 2002, p. 19)

<sup>20</sup> (Engler et al., 2004)

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> (Engler et al., 2004; Mallory et Allen, 2006)

<sup>23</sup> (Mallory et Allen, 2006)

<sup>24</sup> Les soins palliatifs se réfèrent à la gestion complète des besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et existentiels des patients. Ils sont particulièrement bien adaptés aux personnes aux prises avec des maladies incurables ou évolutives (Price, 2003). L'Organisation mondiale de la Santé (s. d.) définit les soins palliatifs comme étant l'approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leur famille aux prises avec les problèmes associés à une maladie qui menace la vie du patient, par la prévention et le soulagement de la souffrance au moyen de la détection précoce et de l'évaluation et du traitement impeccables de la douleur et des autres problèmes, physiques, psychosociaux et spirituels.



L'AIIC reconnaît et appuie la participation des infirmières à la recherche<sup>25</sup>, à l'élaboration des politiques, à la formation de qualité, à la définition et à l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes et à l'évaluation des résultats liés à la prestation des soins infirmiers de fin de vie<sup>26</sup>. Les infirmières ont la responsabilité d'offrir et de favoriser les soins de fin de vie de qualité.

## CONTEXTE

La plupart des gens souhaitent une expérience de fin de vie qui soit paisible et digne et pendant laquelle ils sont en mesure d'agir de façon autonome<sup>27</sup> et de demeurer en contrôle le plus possible<sup>28</sup>. De nombreuses personnes sont préoccupées par le fait que si elles deviennent inaptes, elles pourraient recevoir des traitements auxquels elles n'auraient pas consenti si elles avaient été aptes. Nombre de recherches suggèrent qu'il y a beaucoup de place à amélioration dans la prestation des soins de fin de vie à tous les groupes d'âge au Canada<sup>29</sup>. Les indicateurs de soins de vie inadéquats comprennent l'admission aux soins intensifs, des visites au service d'urgence, le soulagement insuffisant des symptômes (particulièrement de la dyspnée et de la douleur), la disponibilité limitée des services de santé à domicile, l'accès limité aux services de soins palliatifs et le manque de continuité des soins<sup>30</sup>.

À mesure que le nombre de personnes âgées augmente et que les interventions médicales deviennent de plus en plus poussées, davantage de personnes vivent plus longtemps avec une maladie chronique. Les améliorations en matière de soins néonataux ont également mené à des taux de survie plus élevés des bébés. Soixante-dix pour cent des gens auront à prendre une décision quant au refus ou à l'arrêt des traitements de survie à un moment de leur vie<sup>31</sup>. Ces décisions peuvent être appuyées par des discussions informatives impartiales avec l'équipe des soins de santé.

Les situations de fin de vie ne sont pas limitées aux personnes âgées ou aux personnes atteintes d'un cancer. Ces situations peuvent être vécues par des personnes de tous les groupes d'âge, y compris les bébés et les enfants, et en raison d'une très grande variété de troubles de santé. Ces situations ne sont également pas confinées aux unités de soins palliatifs : les personnes en fin de vie se trouvent partout dans le système de santé, dans les installations de soins actifs et de soins de longue durée, dans les urgences et les unités de soins intensifs, ainsi qu'à la maison, dans les résidences pour personnes âgées, dans les refuges ou même sur la rue.

Les infirmières sont particulièrement bien placées pour élaborer des relations thérapeutiques avec les personnes en fin de vie et leur famille<sup>32</sup>. Les infirmières qui offrent des soins de fin de vie sont témoins et font partie d'un processus complexe intime et profond du point de vue physique, psychologique, émotif et

---

<sup>25</sup> (Arraf, Cox et Oberle, 2004)

<sup>26</sup> (Bottrell, O'Sullivan, Robbins, Mitty et Mezey, 2001)

<sup>27</sup> Dans le contexte des soins de santé, *autonomie* se réfère au droit des personnes de consentir ou de refuser de consentir à des traitements ou à des plans de soins proposés (Beauchamp et Childress, 1994).

<sup>28</sup> (Breier-Mackie, 2001; Volker, Kahn et Penticuff, 2004)

<sup>29</sup> (Barbera, Paszat et Chartier, 2006; Goodridge, Bond, Cameron et McKean, 2005; Heyland et al., 2005; Widger et al., 2007)

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> (Kelley, 1995; Matzo, 1997)

<sup>32</sup> (Engler et al., 2004; Hohenleitner, 2002)

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : 613-237-3520  
Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)



spirituel pour la plupart des personnes, de leur famille et des personnes qui leur offrent des soins de santé<sup>33</sup>. En raison de la nature et de la complexité des expériences de fin de vie, différents enjeux éthiques, juridiques et pratiques peuvent être soulevés. Des incertitudes ou des conflits peuvent survenir pour la transmission du diagnostic ou du pronostic, pour les objectifs des soins, pour le maintien ou l'arrêt des traitements de survie, pour le refus de traitement, pour le soulagement de la souffrance et d'autres symptômes, pour le don d'organe, pour la sédation palliative<sup>34</sup> et pour les demandes d'euthanasie et de suicide assisté. L'euthanasie<sup>35</sup> et le suicide assisté<sup>36</sup> sont pratiqués dans certains pays, mais sont illégaux au Canada. Des soins de fin de vie holistiques et de qualité seraient reliés à une diminution des demandes pour l'euthanasie et le suicide assisté<sup>37</sup>, mais cela n'a pas encore été validé de façon empirique.

Les soins infirmiers de fin de vie doivent continuer de s'améliorer, d'évoluer et de répondre aux changements sociétaux et technologiques et aux défis par la recherche, la formation, l'élaboration de politiques et la représentation de façon continue.

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AIIC*

*Publié Septembre 2008*

#### **Références :**

- Arraf, K., Cox, G. et Oberle, K. (2004). Using the Canadian *Code of Ethics for Registered Nurses* to explore ethics in palliative care research. *Nursing Ethics*, 11(6), 600-609.
- Association canadienne de soins palliatifs. (1997). Qui bénéficie des soins palliatifs? Extrait le 29 mars 2008 de [http://www.acsp.net/menus/questions.htm#faq\\_benefits](http://www.acsp.net/menus/questions.htm#faq_benefits).
- Association canadienne de soins palliatifs. (2002). *Normes de pratique en soins infirmiers palliatifs*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1994). *Prise de position conjointe sur les directives préalables* [énoncé de position]. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1999). *Les thérapies complémentaires : Trouver le juste équilibre*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : Auteur.

---

<sup>33</sup> (King et Jordan-Welch, 2003)

<sup>34</sup> La sédation palliative, également appelée sédation terminale, se réfère à l'administration de médicaments en quantité suffisante pour induire un état de sommeil constant pour les personnes qui sont aux prises avec des douleurs et des souffrances réfractaires (Lo et Rubinfeld, 2005; Muller-Busch, Andres et Jehser, 2003).

<sup>35</sup> L'euthanasie est « une mesure délibérée et intentionnelle qui cause le décès (souvent par l'administration d'une injection mortelle) à la demande d'un adulte qui n'est pas en mesure de causer son propre décès » [traduction] (Schwarz, 1999).

<sup>36</sup> Le suicide assisté est « la prestation de moyens pour mettre fin à la vie, par exemple, la prescription d'une quantité mortelle d'un médicament, ce médicament lui-même, ou d'autres moyens, pour un adulte qui est incapable de mettre fin à ses jours, en étant conscient des intentions de cette personne » [traduction] (Schwarz, 1999).

<sup>37</sup> (Schroepfer, 2006; Schwarz, 1999)

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : 613-237-3520

Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)



- Barbera, L., Paszat, L. et Chartier, C. (2006). Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 12-17.
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4e éd.). Oxford : Oxford University Press.
- Blatt, L. (1999). Working with families in reaching end-of-life decisions. *Clinical Nurse Specialist*, 13(5), 219-233.
- Bottrell, M. M., O'Sullivan, J. F., Robbins, M. A., Mitty, E. L. et Mezey, M. D. (2001). Transferring dying nursing home residents to the hospital: DON perspectives on the nurse's role in transfer decisions. *Geriatric Nursing*, 22(6), 313-317.
- Breier-Mackie, S. (2001). Patient autonomy and medical paternity: Can nurses help doctors to listen to patients? *Nursing Ethics*, 8(6), 510-521.
- Briggs, L. et Colvin, E. (2002). The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatric Nursing*, 23(6), 302-317.
- Dunbrack, J. (2006). *Planification préalable des soins : le projet sur le glossaire. Rapport final*. Ottawa : Santé Canada. Extrait le 23 janvier 2008 de [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-proj-glos/2006-proj-gloss-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-proj-glos/2006-proj-gloss-fra.pdf).
- Engler, A. J., Cusson, R. M., Brockett, R. T., Cannon-Heinrich, C., Goldberg, M. A., Gorzkowski West, M. G., et al. (2004). Neonatal staff and advanced practice nurses' perceptions of bereavement/end-of-life care of families of critically ill and/or dying infants. *American Journal of Critical Care*, 13(6), 489-498.
- Engström, J., Bruno, E., Holm, B. et Hellzén, O. (2006). Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 26-35.
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., et al. (2002). *Modèle de guide des soins palliatifs*. Ottawa : Association canadienne de soins palliatifs.
- Goodridge, D., Bond, J. B., Cameron, C. et McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: A study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.
- Heyland, D. K., Groll, D., Rocker, G., Dodek, P., Gafni, A., Tranmer, J., et al. for the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). (2005). End-of-life care in acute care hospitals in Canada. A quality finish? *Journal of Palliative Care*, 21(3), 142-150.
- Hohenleitner, R. (2002). Critical care nurses' role in code status discussion. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(4), 140-143.
- Jezewski, M. A., Meeker, M. A. et Schrader, M. (2003). Voices of oncology nurses: What is needed to assist patients with advance directives. *Cancer Nursing*, 26(2), 105-112.
- Kelley, K. (1995). The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death. *Physician Assistant*, 19(3), 49, 53-56, 59-60.
- King, Pet Jordan-Welch, M. (2003). Nurse-assisted suicide: Not an answer in end-of-life care. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 45-57.

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.



- Lo, B. et Rubinfeld, G. (2005). Palliative sedation in dying patients: "We turn to it when everything else hasn't worked." *Journal of the American Medical Association*, 294(14), 1810-1816.
- Lunney, J. R., Foley, K. M., Smith, T. J. et Gelband, H. (Eds.). (2003). *Describing death in America: What we need to know*. National Cancer Policy Board and Division of Earth and Life Studies, Institute of Medicine, National Research Council. Washington, D.C. : National Academies Press.
- Mallory, J. L. et Allen, C. L. (2006). Care of the dying: A positive nursing student experience. *MEDSURG Nursing*, 15(4), 217-222.
- Matzo, M. L. (1997). The search to end suffering: A historical perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(3), 11-17.
- Mitty, E. L. (2004). Assisted living: Aging in place and palliative care. *Geriatric Nursing*, 25(3), 149-156, 163.
- Muller-Busch, C., Andres, I. et Jehser, T. (2003). Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliative Care*, 2(2).
- Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *WHO definition of palliative care*. Extrait le 16 janvier 2008 de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Portenoy, R., Sibirceva, U., Smout, R., Horn, S., Connor, S., Blum, R. H., et al. (2006). Opioid use and survival at the end of life: A survey of a hospice population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(6), 532-540.
- Price, C. A. (2003). Resources for planning palliative and end-of-life care for patients with kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 30(6), 649-664.
- Robichaux, C. M. et Clark, A. P. (2006). Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American Journal of Critical Care*, 15(5), 480-489.
- Schroepfer, T. A. (2006). Mind frames towards dying and factors motivating their adoption by terminally ill elders. *Journals of Gerontology*, 61B(3), S129-S139.
- Schwarz, J. K. (1999). Assisted dying and nursing practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 367-373.
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Consentement pour l'adulte incapable*. Bulletin InfoDROIT. Ottawa : Auteur.
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Consentement à la RCR*. Bulletin InfoDROIT. Ottawa : Auteur.
- Storch, J. L. et Dossetor, J. (1998). Public attitudes towards end-of-life treatment decisions: Implications for nurse clinicians and nursing administrators. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(4), 8-33.
- Volker, D. L., Kahn, D. et Penticuff, J. H. (2004). Patient control and end-of-life care. Part I: The advanced practice nurse perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 945-953.
- Widger, K., Davies, D., Drouin, D. J., Beaune, L., Daoust, L., Farran, R. P., et al. (2007). Pediatric patients receiving palliative care in Canada: Results of a multicenter review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(6), 597-602.

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.



### **Voir également :**

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2005). *AAIDD Position statement: Caring at the end of life*. Washington, DC : Auteur.

American Nephrology Nurses' Association Advanced Practice Special Interest Group. (2004). Advanced practice in nursing: Ethical and role issues in end-of-life care. *Nephrology Nursing Journal*, 31(1), 87-88.

Association canadienne de soins palliatifs. (2006). *Modèle de guide des soins palliatifs : fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (mai 1998). Directives préalables : Le rôle de l'infirmière. *Déontologie pratique*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Le don d'organes et la transplantation des tissus* [Fiche d'information]. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Soins palliatifs* [Fiche de renseignements]. Ottawa : Auteur.

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2005). *Position statement on hospice palliative care*. Edmonton : Auteur.

Conseil international des infirmières. (2006). *Le rôle des infirmières dans la dispense de soins aux malades en fin de vie et à leurs familles*. [prise de position]. Genève : Auteur.

Dodd-McCue, D., Tartaglia, A., Veazey, K. W. et Streetman, P. S. (2005). The impact of protocol on nurses' role stress: A longitudinal perspective. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 205-216.

Fisher, R., Ross, M. M., & MacLean, M. J. (Eds.). (2000). *Un guide des soins en fin de vie aux aînés*. Ottawa : Santé Canada.

Mylott, L. (2005). The ethical dimension of the nurse's role in practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(2), 113-120.

New York State Nurses Association. (2006). *Nursing and end-of-life decision making* [énoncé de position]. New York : Auteur.

Parish, K., Glaetzer, K., Grbich, C., Hammond, L., Hegarty, M. et McHugh, A. (2006). Dying for attention: Palliative care in the acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 21-25.

Terry, W., Olson, L. G., Wilss, L. et Boulton-Lewis, G. (2006). Experience of dying: Concerns of dying patients and of carers. *Internal Medicine Journal*, 36(6), 338-346.

### **Remplace :**

*Enjeux liés à la fin de la vie (2000)*

EP-96

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : 613-237-3520  
Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)