

Université de Montréal

Intervention d'échange de connaissances pour faciliter l'intégration d'interventions systémiques
familiales sur une unité de soins intensifs

Par
Louisanne Lafond Lormil

Faculté des Sciences infirmières

Rapport de stage présenté à l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières, option expertise-conseil

Août 2017

© Louisanne Lafond Lormil, 2017

Résumé

Dans l'équipe de soins, les infirmières sont les mieux placées pour prodiguer des soins holistiques (Leon & Knapp, 2008). Ces soins permettent d'explorer et de répondre aux besoins des familles afin de minimiser le développement de séquelles psychologiques et d'optimiser leur adaptation à la situation de santé (Davidson, Daly, Agan, Brady, & Higgins, 2010). Toutefois, l'intégration des familles dans les soins critiques adultes dans la pratique infirmière demeure sous-optimale (Nelms & Eggenberger, 2010). Ce projet de stage visait à faciliter l'intégration d'interventions systémiques familiales dans la pratique des infirmières pour ainsi améliorer les soins à la famille dans un contexte de soins intensifs adultes. L'ASF de Wright et Leahey (2014) et le modèle *Knowledge to Action* de Graham et al. (2006) ont guidé la planification du projet. Les connaissances liées aux soins à la famille dans un contexte de soins intensifs, les besoins d'apprentissages des infirmières, les barrières et les facilitateurs liés à la pratique des soins à la famille ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire pré-intervention et de discussions avec les infirmières de l'unité de soins.

Une séance de formation sur l'ASF et son application dans un contexte de soins critiques adultes ainsi que du *coaching* de la part de l'infirmière stagiaire ont servi de stratégies pour favoriser l'échange de connaissances dans ce domaine et favoriser leur intégration dans la pratique des infirmières du milieu de stage, le tout en travaillant en collaboration avec ces infirmières pour leur permettre d'apprendre, d'expérimenter et d'adapter ces connaissances à leur milieu. Un total de 22 infirmières ont participé au projet et plusieurs d'entre elles ont intégré dans leur pratique des habiletés cliniques en interventions systémiques familiales. Le *coaching* offert par l'infirmière stagiaire s'est avéré une stratégie particulièrement utile pour faciliter l'intégration de l'ASF dans la pratique. D'autres stratégies ont été suggérées par les infirmières, les conseillères cliniques en soins infirmiers et l'infirmière stagiaire pour assurer la pérennité des changements apportés à la pratique des soins à la famille dans ce contexte de soins intensifs.

Mots-clés : échange de connaissances, soins à la famille, pratique infirmière, approche systémique familiale, soins critiques adultes, soins intensifs

Abstract

In the health team, nurses are in the best position to provide holistic care (Leon & Knapp, 2008) to families dealing with health problems. Holistic care aims to explore and respond to family needs in order to minimize development of adverse psychological sequelae and optimize their adaptation to the health situation (Davidson, Daly, Agan, Brady, & Higgins, 2010). It is well known that the integration of the family into the practice of adult critical nursing care remains suboptimal (Nelms & Eggenberger, 2010). This project aimed to facilitate the integration of Family Systems Nursing (FSN) into clinical practice and thus, improve family care in a context of an adult intensive care. FSN (Wright & Leahey, 2014) and the Knowledge-to-Action framework by Graham et al. (2006) guided the planning of this project. A pre-intervention questionnaire and discussion with nurses participants allowed to identify nurses' learning needs regarding family care in an adult intensive care unit, as well as barriers and facilitators related to family care practice.

An educational training session on FSN and its application in a context of an adult critical care, as well as FSN coaching provided by the author of this project, that is the trainee nurse, have served as knowledge translation (KT) strategies to facilitate FSN integration into practice. These KT strategies were co-developed in collaboration with the participant nurses to enable them to learn, experiment and adapt FSN knowledge to their clinical practice. A total of 22 nurses participated in the project and several of them have incorporated FSN skills into their practice. The coaching provided by the trainee nurse was perceived by these nurses as particularly useful to facilitate the integration of FSN into practice. Other strategies have been suggested by nurses, nursing educators, clinical nurse specialist and the trainee nurse to ensure the sustainability of changes in family care practice in this intensive care setting.

Keywords: knowledge translation, family nursing, nursing practice, Family System Nursing, adult critical care, intensive care units

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Remerciements	v
La problématique	1
But du stage	4
Objectifs du stage	5
Objectifs d'apprentissage	5
Recension des écrits théoriques et empiriques	6
L'échange de connaissances.....	7
Stratégies d'échange de connaissances utilisées pour les soins à la famille	10
L'expérience des familles en soins critiques	12
Les interactions famille-professionnel en soins critiques	13
L'intégration de la famille aux soins intensifs	15
Cadre de référence	16
Le modèle conceptuel <i>Knowledge to Action</i>	16
L'approche systémique familiale (ASF)	18
Déroulement du stage	22
Description du milieu de stage	23
Activités préalables au stage	23
Présentation du projet de stage aux participants	24
Mise à l'essai de l'intervention	25
Discussion	35
Réflexion sur la pertinence du stage	36
Réflexion sur les objectifs de stage	36
Réflexion sur les objectifs d'apprentissage	40
Forces et limites du projet de stage	43
Retombées liées à la réalisation du stage	46
Recommandation pour la pratique, la recherche et la formation	48
Conclusion	51
Références	53
Annexe 1	61

Annexe 2	64
Annexe 3	69
Annexe 4	71
Annexe 5	73
Annexe 6	75
Annexe 7	78
Annexe 8	82
Annexe 9	84

Remerciements

J'aimerais tout d'abord prendre le temps de remercier ma directrice de stage, Mme Fabie Duhamel, pour ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce projet de stage. Merci de m'avoir éclairée et guidée lorsque je semblais confuse dans certains aspects du projet.

Je tiens également à remercier ma personne-ressource en milieu de stage, Mme Mélanie Coulombe, conseillère clinique en soins critiques, d'avoir cru en mon projet. Merci pour ta confiance en mes compétences et mes habiletés, ta disponibilité, ton écoute, ton enthousiasme et ton soutien. Ce soutien m'a permis de relever les défis rencontrés durant le stage.

J'aimerais aussi remercier la chef de service de l'unité des soins intensifs et coronariens, Mme Annick Brault, d'avoir accepté que je mène mon projet de stage sur son département. Une attention particulière aux infirmières de l'unité des soins intensifs et coronariens qui ont accepté de participer au projet de stage. Sans vous, je n'aurais pas été en mesure de réussir ce projet.

Un remerciement spécial à mon mari, Pierre-Marc, sans toi, je n'aurais pas pu passer à travers les nombreux défis que présente la maîtrise. Merci pour ton soutien inconditionnel, ton écoute et la patience que tu as eue aux cours des trois dernières années. Tes encouragements m'ont permis de mener à terme mes cours, mon projet et finalement, la réussite de cette maîtrise. Tu as toujours les bons mots pour me remonter le moral!

Merci aussi à mes parents, mes sœurs et ma grand-mère pour leur soutien et leurs multiples encouragements. J'en suis extrêmement reconnaissante. Je vous aime!

Enfin, j'aimerais remercier mes amies et mes collègues de travail qui ont également cru en moi et m'ont soutenue dans cette expérience. Merci pour vos encouragements. Malgré nos vies occupées et nos horaires différents, nous trouvions tout de même le temps de s'appeler, prendre de nos nouvelles et discuter des moments de la vie afin de se changer les idées. Un merci particulier à Vanessa, nous avons réussi à nous encourager mutuellement pour mener à terme la maîtrise. Sans ton soutien, mon parcours n'aurait pas été le même.

La problématique

Dans l'équipe de soins, les infirmières sont les mieux placées pour prodiguer des soins holistiques, dont les soins à la famille (Leon & Knapp, 2008). Les soins à la famille permettent d'explorer et de répondre aux besoins des familles des personnes hospitalisées afin de minimiser, chez ces membres de la famille, le développement de séquelles psychologiques et d'optimiser leur adaptation à la situation de santé (Azoulay et al., 2005; Davidson et al., 2010; McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012). Il est important de préciser que le concept de famille privilégié dans ce texte se définit comme étant un groupe de personnes liées par un attachement émotionnel profond et par un sentiment d'appartenance où chaque personne se considère comme membre du système familial, et ce, qu'elle ait un lien biologique ou non avec ces personnes (Wright & Bell, 2009).

Dans les unités de soins critiques, une bonne relation infirmière-famille permet d'aider les familles à passer au travers de l'expérience difficile qu'engendre le problème de santé (Nelms & Eggenberger, 2010). Or, l'intégration des familles dans les soins critiques adultes dans la pratique infirmière demeure sous-optimale (Buckley & Andrews, 2011; Nelms & Eggenberger, 2010), et ce, due à plusieurs barrières liées au contexte structurel et organisationnel des milieux de soins. Par exemple, le manque d'expérience, de connaissances et de confiance des infirmières, ainsi que le manque de *coach* empêchent l'intégration des familles dans les soins et compliquent l'interaction infirmière-famille (Braun & Foster, 2011; Duhamel, 2010; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez, & Goudreau, 2015; Leon & Knapp, 2008). L'environnement particulier des soins intensifs, la technologie invasive et la condition précaire des patients affectent aussi l'intégration des familles dans les soins (Engstrom, Uusitalo, & Engstrom, 2011; McConnell & Moroney, 2015). De plus, certaines infirmières démontrent une réticence à cette pratique, car celle-ci implique du temps et la modification de leur routine de travail (Engstrom et al., 2011; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). Afin de contrer ces barrières, des chercheurs (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013; Duhamel, 2015; Engstrom et al., 2011; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2014) se sont intéressés aux effets de l'inclusion et de l'accompagnement des familles dans les soins.

Depuis de nombreuses années, plusieurs écrits en sciences infirmières ont démontré l'importance d'inclure les familles dans les soins (Duhamel, 2015; Engstrom et al., 2011; Wright

& Leahey, 2014). Ces écrits procurent un guide aux infirmières pour mieux accompagner et soutenir les familles dans leur expérience de la maladie. D'autres études ont établi les bienfaits de l'inclusion et l'accompagnement des familles dans les soins, soit : a) l'amélioration de l'état de santé du patient, b) l'amélioration du bien-être des familles et du fonctionnement familial cognitif, affectif et comportemental, et c) une attitude plus favorable face aux soins à la famille par les infirmières (Al-Mutair, Plummer, O'Brien, & Clerehan, 2013; Blom et al., 2013; Braun & Foster, 2011; Davidson et al., 2010; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009; Svavarsdottir et al., 2015; Svavarsdottir, Tryggvadottir, & Sigurdardottir, 2012; Wright & Bell, 2009). Pourtant, malgré la connaissance de ces bienfaits, dans les milieux de soins comme les unités de soins intensifs, les infirmières mettent peu en pratique des interventions infirmières qui visent à accompagner les familles dans leur expérience de la maladie d'un des leurs. D'autant plus, l'admission des patients sur ces unités de soins n'est généralement pas planifiée, ce qui augmente le niveau de stress des familles.

L'admission soudaine de patients sur les unités de soins critiques influe sur l'équilibre du système familial. Les patients admis sur les unités de soins critiques sont souvent incapables de communiquer avec le personnel soignant, de participer activement dans leurs soins et/ou de participer dans la prise de décision médicale (Davidson et al., 2007). Cette responsabilité revient à la famille (Davidson et al., 2007), qui est une grande source de soutien pour le patient, et aux infirmières qui ont un rôle *d'advocacy*. Les membres de familles doivent composer avec un stress qui peut se manifester par de l'anxiété, de l'incertitude, des troubles du sommeil et/ou d'appétit, et la peur de perdre un membre de leur famille (Al-Mutair et al., 2013; Delva, Vanoost, Bijttebier, Lauwers, & Wilmer, 2002). Cet événement peut même engendrer chez certains membres de famille des symptômes de dépression et de stress post-traumatique (Azoulay et al., 2005; Davidson et al., 2007; McAdam et al., 2012). En présence de ces signes et symptômes, les membres de familles risquent d'être incapables de trouver des stratégies pour s'adapter à la nouvelle situation et de soutenir leur proche malade (Leske, 2002). De plus, les besoins non répondus des familles peuvent contribuer à exacerber leurs symptômes liés au stress (Al-Mutair et al., 2013). L'infirmière, de par son rôle, se doit d'évaluer les besoins des familles pour que ces dernières puissent soutenir et accompagner leur proche malade. Dans le but d'aider les infirmières à évaluer les besoins des familles et à intervenir auprès d'eux, Wright et Leahey

(2014) et Wright et Bell (2009) ont développé un guide d'évaluation et d'intervention basé sur une approche systémique familiale (ASF).

L'ASF permet de percevoir la famille dans sa globalité en conceptualisant des liens entre l'évolution du problème de santé et la dynamique familiale (Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). De plus, cette approche favorise la collaboration entre les infirmières, les patients et les familles en évitant une relation hiérarchique entre ces derniers (Bell, 2009; Wright & Leahey, 2014) et en reconnaissant l'expertise et les compétences des familles dans leurs expériences de santé (Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). Cette approche systémique engendre autant de bénéfices pour les patients et les familles, qui se sentent inclus et plus compétents dans les soins, que pour les infirmières qui éprouvent également des sentiments de compétences, de satisfaction et d'autonomie dans leur travail auprès des familles (Duhamel et al., 2015; Leon & Knapp, 2008; Sigurdardottir, Svavarsdottir, & Juliusdottir, 2015; Svavarsdottir et al., 2012). L'utilisation de cette approche répond aux besoins des familles et des patients puisqu'elle permet de soulager la souffrance psychologique et émotionnelle engendrée par une situation de santé, tout en favorisant le bien-être et la santé des patients et des familles (Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2014). Donc, étant donnée la difficulté pour les infirmières à intégrer des soins aux familles dans un contexte de soins critiques et le peu d'écrits à notre connaissance sur le sujet, il devient pertinent de mettre en pratique des stratégies d'échange de connaissances pour favoriser l'intégration des soins à la famille à la pratique des infirmières dans un contexte de soins intensifs adultes. Compte tenu de sa cohérence avec les fondements théoriques de l'ASF, le modèle *Knowledge to Action* (KTA) de Graham et al. (2006) s'avère des plus pertinents pour tenter de réduire l'écart entre l'état des connaissances en ASF et leur application dans un contexte de soins (Svavarsdottir et al., 2015) comparativement aux autres modèles d'échange de connaissances.

But du stage

Le but du stage était de faciliter l'intégration d'interventions systémiques familiales dans la pratique des infirmières pour ainsi améliorer les soins à la famille dans un contexte de soins intensifs adultes.

Objectifs du stage

1. Promouvoir et sensibiliser les infirmières à l'importance de leur participation dans l'élaboration de stratégies d'échange de connaissances pour intégrer l'ASF dans un contexte de soins intensifs.
2. Favoriser avec les infirmières la mise à l'essai de ces stratégies d'échange de connaissances (formation et *coaching*) afin de faciliter l'intégration des habiletés d'interventions suivantes de l'ASF à leur pratique auprès des familles :
 - a) Établir une relation de confiance et de collaboration avec les familles.
 - b) Collecter des données sur la famille qui permettent de mieux comprendre leur expérience sur l'hospitalisation de leur proche et établir leurs besoins prioritaires.
 - c) Mettre en pratique des habiletés d'interventions de l'ASF (poser des questions systémiques, élaborer un génogramme/écocarte, effectuer des conversations thérapeutiques, souligner les forces de la famille) qui visent à répondre à ces besoins, comme soulager leur anxiété et faire valoir leurs compétences.
3. Promouvoir, auprès des infirmières, l'importance d'identifier des stratégies qui permettront de favoriser la pérennité des changements de pratique des soins infirmiers à la famille dans leur contexte de soins.

Objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage de l'infirmière stagiaire étaient les suivants :

1. Raffiner et approfondir ma compréhension des principes de l'ASF et du modèle d'échange de connaissances KTA et l'adapter dans un contexte de soins intensifs.
2. Développer mes habiletés de communication et de leadership auprès des infirmières du milieu quant à l'importance des soins à la famille dans un contexte de soins intensifs.
3. Développer mes habiletés de *coaching* auprès des infirmières du milieu en les guidant dans leurs habiletés de l'ASF.

Recension des écrits théoriques et empiriques

La recension des écrits débutera par une description du concept d'échange de connaissances, suivi des stratégies d'échange de connaissances utilisée pour les soins à la famille, de l'expérience des familles en soins critiques, des interactions famille-professionnels de la santé et de l'intégration des familles dans un contexte de soins intensifs. Pour terminer, les deux modèles conceptuels choisis pour guider ce projet de stage seront expliqués.

L'échange de connaissances

Depuis plusieurs années, un nombre grandissant d'auteurs se sont intéressés au phénomène d'échange de connaissances (Boaz, Baeza, Fraser, & European Implementation Score Collaborative Group (EIS), 2011; Duhamel, 2010; Graham et al., 2006; Kitson & Harvey, 2016; Svavarsdottir et al., 2015). Le terme « échange de connaissances » est utilisé pour décrire le processus qui consiste à aborder l'écart entre les connaissances issues de la recherche et l'utilisation de ces connaissances dans la pratique (Kitson & Harvey, 2016). En sciences infirmières, ce processus vise à améliorer la pratique clinique et les soins donnés aux patients et aux familles (Gagliardi, Webster, Perrier, Bell, & Straus, 2014; Kitson & Harvey, 2016). Selon Graham et al. (2006), l'échange de connaissances est un phénomène complexe qui tient compte de la participation des utilisateurs de connaissances pour favoriser le changement de leur pratique. De plus, il comporte plusieurs stratégies pour assurer son implantation et sa durabilité dans la modification des pratiques de soins. Le terme « utilisation des connaissances » est quant à lui utilisé pour décrire le processus par lequel les connaissances sont implantées dans la pratique (Graham et al., 2006). Dans la pratique des infirmières, l'échange et l'utilisation de connaissances, incluant ceux liées aux soins à la famille, sont influencés par plusieurs facteurs favorables et défavorables (Lemire, Souffez, & Laurendeau, 2009). De façon général, les principaux facteurs influençant l'échange et l'utilisation des connaissances sont liés aux structures organisationnelles (culture organisationnelle), aux connaissances elles-mêmes (qualité, pertinence, applicabilité) et aux acteurs, soient les chercheurs et les utilisateurs de connaissances (Fleiszer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2015; Graham et al., 2006; Kitson & Harvey, 2016; Lemire et al., 2009).

Pour ce qui est des soins à la famille, Duhamel (2010) et Bell (2014) rapportent la persistance d'un fossé entre les connaissances et la pratique clinique. En effet, le développement

de connaissances s'effectue rapidement, par contre l'utilisation de ces connaissances dans la pratique s'effectue plus lentement (Duhamel, 2010). Afin de contrer cette différence, il est important d'identifier les stratégies qui permettent de favoriser l'échange de connaissances en soins à la famille, en commençant par l'identification des principaux défis et des facteurs favorables à l'échange de connaissances dans ce domaine.

Les principaux défis liés à l'utilisation des connaissances en soins familiaux sont associés au manque de soutien des organisations, à l'environnement, au manque de *coach* et d'agents facilitateurs, et au manque de temps, d'expérience, de connaissances et de formation des infirmières (Braun & Foster, 2011; Duhamel, 2010; Duhamel et al., 2015; Engstrom et al., 2011). Les facteurs favorables à l'utilisation des connaissances en soins familiaux sont associés à la présence de mentor ou de *coach*, à la croyance positive des infirmières et des gestionnaires vis-à-vis l'importance des soins à la famille et au soutien des gestionnaires pour formaliser les soins à la famille (Duhamel, 2010; Duhamel et al., 2015).

Du côté des soins à la famille aux soins intensifs, les défis énumérés précédemment sont aussi présents (Leon & Knapp, 2008; McConnell & Moroney, 2015). Les exigences multiples des soins critiques, la limitation des connaissances de l'expérience des familles et des interventions à effectuer auprès des familles, ainsi que l'environnement spécifique des soins intensifs (dimension des chambres trop petites, technologies invasives comme les ventilateurs mécaniques et les ballons intra-aortiques qui prennent beaucoup d'espace) s'ajoutent aux défis énumérés (Eggenberger & Nelms, 2007; McConnell & Moroney, 2015). Les infirmières interrogées dans l'étude de McConnell et Moroney (2015) ont indiqué que la présence des familles au chevet des patients et la participation de ceux-ci dans les soins en présence de technologies invasives représentent des défis. La peur que les familles accrochent accidentellement un équipement invasif pouvant entraîner des complications aux patients en est un exemple (McConnell & Moroney, 2015). Les facteurs favorables liés à l'utilisation des connaissances en regard des soins à la famille dans un contexte de soins intensifs sont : la présence de mentors et de *coach*, et l'augmentation de formation continue pour les soins à la famille (Leon & Knapp, 2008; McConnell & Moroney, 2015; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). L'identification des barrières et des facteurs facilitants est important lorsqu'on entame un processus d'échange de connaissances

(Graham et al., 2006; NICE, 2007). Dans ce projet de stage, l'infirmière stagiaire identifiera, avec l'aide des infirmières du milieu, les barrières et les facteurs favorables à l'intégration des familles sur leur unité de soins. Elle pourra ensuite identifier des stratégies afin de contrer ces barrières.

Dans un autre ordre d'idée, les infirmières qui travaillent sur les unités de soins intensifs semblent bien connaître les besoins des familles et l'importance d'y répondre pour assurer le bien-être des patients et des familles (Buckley & Andrews, 2011). Pourtant, elles n'utilisent pas ces connaissances dans leur pratique (Buckley & Andrews, 2011). Ces chercheurs ont mené une étude qui consistait à décrire les connaissances, les pratiques et les préparations éducationnelles en lien avec les besoins des familles, en plus d'explorer la relation entre les connaissances des infirmières et leurs pratiques. L'étude a démontré qu'en dépit du bon niveau de connaissance des infirmières face aux besoins des familles, peu d'infirmières tentaient d'utiliser des interventions permettant de répondre à ces besoins. À la lumière de notre recension des écrits, l'étude de Buckley et Andrew (2011) est la seule à avoir étudié la relation entre les connaissances des infirmières face aux besoins des familles et l'utilisation d'interventions permettant de répondre à ces besoins dans leur pratique, et ce, dans un contexte de soins intensifs. Il est alors difficile de généraliser les résultats de cette étude.

De son côté, Duhamel (2010) a écrit un article qui avait pour but de réfléchir sur la façon d'échanger les connaissances sur les interventions systémiques familiales dans la pratique clinique. Un des facteurs contribuant à l'écart qui persiste entre les connaissances sur les soins à la famille et l'utilisation de ces connaissances dans la pratique des infirmières serait le manque de *coach* dans les milieux cliniques. Ces *coachs* peuvent guider les infirmières en démontrant leurs habiletés en interventions familiales et les bienfaits de ces interventions (Duhamel et al., 2015; Gagliardi et al., 2014). Selon Adbdullah et al. (2014) un bon *coach* possède une expérience supérieure à celle de la personne mentorée et fournit un soutien individuel, lorsque nécessaire, à la personne mentorée selon ses besoins d'apprentissage. Les infirmières qui occupent des positions de *leadership* doivent démontrer comment elles intègrent les familles dans leur pratique afin d'encourager leurs collègues infirmières à mettre en application cette pratique (Duhamel et al., 2015). De plus, selon Duhamel (2010), pour améliorer les soins à la famille, il est important d'identifier des stratégies qui permettent d'inclure les infirmières dans le processus d'échange de

connaissances. La participation des infirmières dans ce processus facilite l'utilisation des connaissances et permet d'adapter les connaissances aux besoins des infirmières (Graham et al., 2006; Straus, Tetroe, & Graham, 2011). Dans ce projet, l'infirmière stagiaire sollicitera la participation des infirmières pour s'assurer que les connaissances échangées soient pertinentes et adaptées à leurs besoins d'apprentissage. Cette participation des infirmières permettra également de déterminer les stratégies susceptibles de favoriser leurs apprentissages.

Stratégies d'échange de connaissances utilisées pour les soins à la famille

Certains écrits démontrent que les infirmières partagent fréquemment le besoin d'être guidées sur la façon d'accompagner les familles, de communiquer avec elles et d'appliquer les connaissances en soins infirmiers à la famille (Duhamel et al., 2015; Eggenberger & Nelms, 2007; Slatore et al., 2012). L'étude des stratégies d'échange de connaissances guidant l'intégration d'interventions infirmières auprès des familles dans la pratique est devenu, depuis les dernières années, une priorité pour des chercheurs en sciences infirmières (Duhamel, 2010; Eggenberger & Sanders, 2016; Martinez, D'Artois, & Rennick, 2007; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Grenck, & Meiers, 2005; Sigurdardottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2012).

Les différentes stratégies comportaient une formation théorique en combinaison avec d'autres stratégies tels que : a) des ateliers et des pratiques en laboratoires pour pratiquer les interventions systémiques familiales (Sigurdardottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2015), b) la création de rôle de *coach* ou de mentor (Duhamel, 2010; Martinez et al., 2007; Svavarsdottir et al., 2015), c) l'utilisation de vidéo décrivant l'expérience de familles et d'infirmières en regard des soins à la famille (Eggenberger & Sanders, 2016) et, d) le partenariat entre les étudiantes d'université et les chercheurs de centre hospitaliers pour conduire des entrevues familiales (Duhamel, 2010; Svavarsdottir et al., 2012). Un seul groupe de chercheurs (Peden-McAlpine et al., 2005) n'a pas donné de formation théorique et plutôt misé sur la pratique réflexive et les stratégies suivantes : a) lecture et analyse d'un article décrivant une situation de soins entre infirmière et famille, b) observation d'un échange entre une infirmière en pratique avancée et une famille (modèle de rôle) et c) une discussion réflexive interactive sur les deux premières. Ces

interventions éducatives visaient majoritairement à augmenter le niveau de connaissances des infirmières et leurs habiletés cliniques en ASF. Les stratégies utilisées par tous ces chercheurs étaient bien décrites, ce qui permet à d'autres chercheurs de les tester. De plus, ces combinaisons de stratégies ont eu des impacts positifs pour les familles et les infirmières. En effet, suites aux interventions, les infirmières ont modifié l'attitude qu'elles avaient envers les familles et intégraient davantage les familles dans les soins (Peden-McAlpine et al., 2005; Svavarsdottir et al., 2015); elles avaient une meilleure connaissances des interventions infirmières à mettre en application dans la pratique et une meilleure confiance en leur habiletés cliniques en soins à la famille (Eggenberger & Sanders, 2016; Martinez et al., 2007). Les membres de familles, quant à eux, se sentaient plus soutenus par le personnel infirmier (Svavarsdottir et al., 2012).

Il est possible de constater, grâce à cette recension des écrits, que la combinaison de stratégies d'échange de connaissances semble avoir un impact positif dans la pratique des infirmières. De plus, selon Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone et Charns (2014) et Fleiszer et al. (2015) les combinaisons de stratégies devraient favoriser la durabilité des changements de pratique de soins et l'utilisation des connaissances apprises à long terme.

Dans le cadre de ce projet, l'infirmière stagiaire combinera aussi différentes stratégies d'échange de connaissances étant donné les bienfaits exposés dans la littérature. En réponse au manque de *coach*, elle a décidé d'exercer ce rôle auprès des infirmières afin de faciliter l'intégration des familles dans les soins (Duhamel, 2010; Duhamel et al., 2015; Eggenberger & Nelms, 2007; Slatore et al., 2012). En ce qui concerne les autres stratégies, elle consultera les infirmières du milieu pour identifier celles qui seront susceptibles d'être efficaces selon leurs besoins d'apprentissages.

L'expérience des familles en soins critiques

Plusieurs auteurs (Blom et al., 2013; Frivold, Slettebo, & Dale, 2016; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Khalaila, 2013; Nelms & Eggenberger, 2010; Wong, Liamputtong, Koch, & Rawson, 2015) se sont intéressés à l'expérience des familles en soins critiques. Cette recension fournit beaucoup d'informations dont les infirmières peuvent se servir afin de soutenir ces familles.

L'admission d'un proche sur une unité de soins critiques, tels que les unités de soins intensifs, représente pour plusieurs le début d'un parcours qui secoue la vie quotidienne de la personne et de sa famille, en plus d'être une source de stress intense. Les unités de soins critiques sont définies comme étant des unités « où sont regroupées des patients instables ou à risques d'instabilité dus à des problèmes multiorganiques simples ou multiples, médicaux ou chirurgicaux » (MSSS, 2012, p. 1). Chaque admission est vécue différemment d'une personne à l'autre. Lors de cette admission, plusieurs facteurs augmentent le stress des familles créant par moment le développement de symptômes de dépressions et de stress post-traumatique (Azoulay et al., 2005; McAdam et al., 2012). Ces chercheurs ont effectué des recherches qui ont étudié les niveaux de stress des familles suite à l'admission d'un proche sur des unités de soins intensifs.

Par exemple, McAdam et al. (2012) ont mené une étude descriptive longitudinale auprès de 41 membres de familles sur une unité de soins intensifs d'un centre hospitalier tertiaire. Le but de cette étude était de comparer les niveaux de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression, pendant, et trois mois après l'expérience de soins intensifs de membres de familles dont un proche avait un risque élevé de décéder. L'étude visait aussi à déterminer si ces différences étaient liées à la mort ou à la survie du patient. Les résultats ont démontré que le niveau de stress post-traumatique était significativement ($P = .01$) plus faible trois mois après l'hospitalisation que pendant celle-ci. Le niveau d'anxiété et de dépression était aussi supérieur lors de l'expérience de soins intensifs. Il n'y a pas eu de différence significative entre les symptômes chez les membres de familles dont le proche est décédé et les membres de familles dont le proche a survécu. Pourtant, les auteurs ont tout de même constaté que 42% de l'échantillon total de 41 membres de familles, dont tous les membres de familles où le proche était décédé ($n=13$), ont eu un score élevé de stress post-traumatique trois mois après l'expérience

d'hospitalisation. De plus, 28% de l'échantillon présentait des signes d'anxiété et 17% des signes de dépression. Cette étude démontre, malgré son faible échantillonnage, que plusieurs membres de familles présentent des répercussions psychologiques, pendant et après l'hospitalisation d'un proche aux soins intensifs. Ces répercussions psychologiques peuvent influencer leur santé physique et psychologique, en plus d'accabler leurs habiletés d'adaptations (Davidson et al., 2010). Cette étude est intéressante puisqu'elle fournit des informations sur l'expérience vécues par les familles pendant et après l'hospitalisation d'un proche aux soins intensifs. Ces informations démontrent l'importance pour les infirmières d'intervenir auprès des familles afin de réduire leur niveau de stress, et ainsi prévenir l'apparition de symptômes plus graves.

Pour ce faire, les infirmières qui travaillent sur les unités de soins intensifs doivent d'abord établir une relation de confiance avec les familles, ce qui facilitera l'échange avec ces derniers et permettra d'évaluer les besoins prioritaires. Dans la prochaine section, nous verrons comment l'interaction entre les professionnels de la santé et les familles est importante dans l'évaluation des besoins.

Les interactions famille-professionnel en soins critiques

Les premiers travaux qui ont porté sur la présence de la famille en soins critiques (Molter, 1979) ont conduit au développement du *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). Cet outil, dont la validité et la fiabilité sont reconnues mondialement, a permis d'apprendre que les familles dont un proche est hospitalisé sur une unité de soins critiques ont besoin d'information, de soutien, de confort, de réconfort, et d'être à proximité du proche malade (Al-Mutair et al., 2013; Davidson, 2009; Khalaila, 2014; Obringer, Hilgenberg, & Booker, 2012; Pedilla, 2014; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005). Selon une étude menée par Obringer et al. (2012), le besoin d'information est ressorti comme étant le plus important (88.9%), suivi du besoin de réconfort (86.7%) ce qui concorde avec des études antérieures (Al-Mutair et al., 2013; Pedilla, 2014). Les auteurs mentionnent aussi que la priorité des besoins peut varier d'une culture et d'une famille à l'autre. Ils recommandent d'ailleurs d'effectuer des recherches auprès de diverses cultures et d'autres afin de connaître le lien entre la réponse des familles et le niveau de satisfaction de ceux-ci (Obringer et al., 2012). Les quelques études

(Auerbach et al., 2005; Khalaila, 2013; Mitchell et al., 2009; Stricker et al., 2009) ayant examiné ce dernier concept ont démontré que la réponse aux besoins des familles entraînerait l'amélioration de la condition de santé des patients et améliorerait le bien-être des familles, en plus d'augmenter leur degré de satisfaction face aux soins.

D'un autre côté, certains écrits ont déterminé que la réponse aux besoins des familles dépend de l'expérience des familles, des interactions avec les professionnels de la santé, dont les infirmières, et la relation que ces derniers ont avec les membres de familles (Adams et al., 2014; Blom et al., 2013; A. Engstrom & Soderberg, 2007; Nelms & Eggenberger, 2010; Wong et al., 2015). Ces études ont établi que la relation famille-professionnel peut avoir un impact significatif sur la famille et leur intégration dans les soins. Par exemple, les comportements des infirmières démontrant de l'engagement envers le patient et sa famille, tels que les traiter comme des personnes, démontrer de l'empathie, échanger de l'information et maintenir un contact visuel, favorisent une relation qui rassure et soutient les familles (Adams et al., 2014; Eggenberger & Nelms, 2007; Nelms & Eggenberger, 2010). De plus, une communication honnête, avec des mots simples, faciles, claires et adaptées à la personne, avec les professionnels de la santé aide les familles à se préparer pour le futur en plus de favoriser l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnels (Adams et al., 2014; Wong et al., 2015). À l'inverse, une communication inadéquate, tel que parler brusquement, brutalement et fournir des informations incohérentes, peut causer plus d'anxiété et de détresse pour les membres de la famille (Wong et al., 2015).

À la lumière de cette recension des écrits, il sera important, dans le cadre de ce projet, que l'infirmière stagiaire mette l'emphase sur l'importance d'évaluer les besoins prioritaires des familles. Elle devra aussi échanger des connaissances en lien avec les interventions infirmières qui permettent de répondre aux besoins des familles et qui favorisent une bonne relation infirmière-famille. Cela devrait améliorer les soins à la famille dans leur contexte de soins.

L'intégration de la famille aux soins intensifs

Quelques chercheurs ont tenté de trouver des interventions, concrètes et adaptées aux unités de soins intensifs, permettant de répondre aux besoins des familles et de favoriser leur bien-être (Adams et al., 2014; Al-Mutair et al., 2013; Davidson et al., 2010; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). L'intégration de la famille dans les soins semble être une approche qui permet de répondre à la globalité des besoins des familles. Dans leur revue intégrative des écrits, Torbey et Ramirez-Garcia (2013) définissent l'intégration de la famille comme étant :

Un processus qui débute par des interventions visant l'information, la proximité et le soutien à la famille afin de la rassurer et de faciliter son adaptation à la situation de santé de son proche ainsi qu'à l'environnement particulier de l'unité de soins intensifs (p.47).

Cette revue intégrative regroupe plusieurs interventions qui permettent d'inclure la famille dans les soins intensifs et d'augmenter la satisfaction de celle-ci. L'intégration de la famille dans les soins intensifs peut prendre plusieurs formes. Elle peut passer du soutien émotionnel vers la participation directe des membres de familles aux soins des patients (Blom et al., 2013; Davidson et al., 2010; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013).

Plusieurs facteurs peuvent favoriser ou entraver la satisfaction des besoins des familles. Les facteurs qui entravent la satisfaction des besoins des familles sont : a) la perception des infirmières et des autres professionnels de la santé face à la présence des familles, b) les interactions négatives entre les professionnels de la santé et les familles, c) les règlements des établissements, d) le manque d'espace approprié pour entamer des discussions confidentielles, et d) le comportement des professionnels de la santé envers les membres de familles (Adams et al., 2014; Blom et al., 2013; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). Les facteurs qui favorisent la satisfaction des familles sont : a) les heures de visites flexibles, b) la gestion de conflits, c) une communication adéquate, d) la participation des familles aux soins, et e) la formation des professionnels de la santé sur les soins à la famille (Adams et al., 2014; Blom et al., 2013; Cypress, 2012; Garrouste-Orgeas et al., 2010; Torbey & Ramirez-Garcia, 2013).

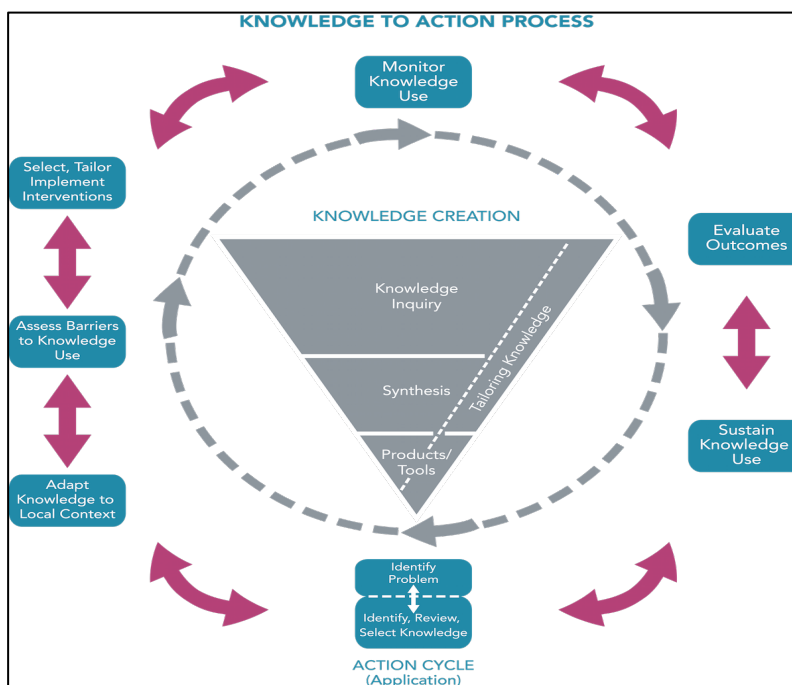
En résumé, les connaissances sur la présence des familles aux soins intensifs, sur les besoins des familles dans ce contexte et sur les soins recommandés pour soutenir ces familles (plusieurs incluses dans l'ASF) sont assez bien documentées. Pourtant, on observe encore des difficultés dans la mise en application de ces connaissances dans la pratique des infirmières. Il devient alors pressant de faciliter l'échange de ces connaissances dans ces milieux de soins et ce, en se basant sur des modèles dont les bases théoriques seraient compatibles avec l'ASF.

Cadre de référence

L'ASF de Wright et Leahey (2014) et le modèle d'échange de connaissances KTA de Graham et al. (2006) dont les bases théoriques sont cohérentes avec celles qui sous-tendent l'ASF serviront de guide pour la réalisation de ce projet de stage.

Le modèle conceptuel *Knowledge to Action*

Le modèle KTA (Figure 1) est un modèle d'échange de connaissances systémique (Graham et al., 2006) tout comme se veut l'ASF (Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). En effet, selon ce modèle, les producteurs et les utilisateurs de connaissances sont situés dans un ou des systèmes sociaux qui réagissent et s'adaptent, mais de façon non prévisible. Ainsi, le processus de KTA est considéré comme étant itératif, dynamique et complexe, et ce, dans ces deux volets, soit la création des connaissances et l'application des connaissances (le cycle d'action). Les frontières présentes entre la création des connaissances et les phases du cycle d'action sont fluides. Au fur et à mesure que les connaissances sont triées, elles deviennent plus utiles aux utilisateurs.

Figure 1 : *Knowledge to Action Framework*

Le modèle KTA requiert la participation des utilisateurs de connaissances dans les différentes phases d'action qui permettent la création et la mise à l'essai de ces connaissances (Graham et al., 2006) dans la pratique tout en adressant les divers facteurs facilitants et contraignants (barrières). Cette implication des utilisateurs est cruciale puisqu'elle favorise également l'utilisation des connaissances et la pérennité des changements de pratique (Kitson & Harvey, 2016; Lemire et al., 2009; Royle & Blythe, 2008).

Le modèle comporte trois phases dans le volet création des connaissances, et sept phases dans le cycle de création. Les trois phases de la création des connaissances sont : a) la recension des écrits, b) la synthèse des connaissances et c) la production de connaissances. Les sept phases du cycle d'action sont : a) l'identification du problème, l'identification des connaissances existantes et l'identification de la présence d'un écart entre les connaissances et la pratique; b) l'adaptation des connaissances selon le milieu; c) l'identification des barrières à l'utilisation des connaissances; d) la sélection, l'adaptation et l'implantation d'interventions; e) la surveillance de l'utilisation des connaissances; f) l'évaluation des résultats; et g) le maintien de l'utilisation des connaissances (Graham et al., 2006). Dans le projet de stage, la création des connaissances sera

débutée par l'infirmière stagiaire et sera ajustée selon les besoins d'apprentissages identifiés par les infirmières participantes. Elle planifie effectuer la phase de création de connaissances et les sept phases du cycle d'action lors du stage. Les connaissances qui seront échangées lors du stage sont liées aux besoins des familles en soins critiques et la façon d'intégrer l'ASF dans ce milieu afin de répondre aux différents besoins des familles.

D'ailleurs, Field, Booth, Ilott et Gerrish (2014) ont effectué une revue systématique qui avait pour but d'évaluer si le modèle KTA de Graham et al. (2006) est utilisé dans la pratique, et le cas échéant, comment il est utilisé. La revue systématique a permis de constater que dix chercheurs dans différentes disciplines ont utilisé le modèle d'échange de connaissances KTA de Graham et al. (2006) en partie ou dans sa totalité. Des chercheurs en sciences infirmières (Eggenberger & Sanders, 2016; Svavarsdottir et al., 2015) ont également testé ce modèle d'échange de connaissances afin de faciliter l'intégration de l'ASF dans les milieux de soins. Par exemple, Svavarsdottir et al. (2015) ont utilisé le modèle KTA dans leur étude ayant pour but d'identifier les stratégies utilisées pour aider la mise en place de l'ASF dans un centre hospitalier universitaire en Islande. Les auteurs ont indiqué que l'utilisation de ce modèle a facilité l'implantation de l'ASF dans leur milieu, propos aussi rapporté par Eggenberger et Sanders (2016). Ces derniers ont aussi souligné que la collaboration avec les infirmières a facilité la réussite du projet.

L'approche systémique familiale (ASF)

L'ASF est un modèle conceptuel à la base des soins à la famille fondé sur des notions issues du courant post-moderniste, la théorie des systèmes (Von Bertalanffy, 1968), la théorie de la communication (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974), la théorie de la cybernétique (Weiner, 1948) et la théorie de la biologie de la connaissance (Maturana & Varela, 1992). Cette théorie de la biologie de la connaissance suggère que chaque individu possède une structure biopsychosociale et spirituelle, comprenant ses propres valeurs, croyances et perceptions. Ces principes théoriques de l'ASF mènent à une évaluation du système familial qui mise sur les relations et en particulier, la réciprocité qui existe entre les différents systèmes, sous- et supra familiaux, c'est-à-dire le patient, sa famille et les supra-systèmes tels que les infirmières et les

autres professionnels de la santé (Bell & Wright, 2015; Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). De plus, cette approche reconnaît le phénomène de réciprocité entre la dynamique familiale et l'évolution de la condition de santé des membres de la famille, c'est-à-dire que le contexte familial, avec ses ressources, ses croyances et ses comportements, a une influence sur l'évolution de la problématique de santé, que ce soit positivement ou négativement (Duhamel, 2015). Cela renforce l'importance des interventions infirmières auprès des familles qui vivent de tels problèmes de santé.

Un modèle d'évaluation et un modèle d'intervention familiale (le modèle de Calgary relatif à l'évaluation (MCEF) et le modèle de Calgary relatif à l'intervention auprès des familles (MCIF)) ont été développés par Wright et Leahey (2014) pour accompagner les patients et leur famille dans leur expérience de santé. Ils servent aussi de guide aux infirmières dans l'évaluation de la dynamique familiale tout en permettant d'avoir une vision globale du système familial (Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2014). Du MCEF découlent des outils d'évaluation pertinents à l'infirmière, tels que le génogramme qui permet d'illustrer les informations de la structure interne de la famille, sous forme de schéma, en plus de fournir les liens qui unissent les différents membres de la famille (Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). Le génogramme s'apparente à l'arbre généalogique. Un autre outil pertinent est l'écocarte qui permet d'illustrer les différents liens qu'entretiennent les membres de familles avec les suprasystèmes, ce qui permet d'évaluer les ressources de la famille (Duhamel, 2015; Wright & Leahey, 2014). Ces outils guident l'infirmière dans sa collecte de données auprès des familles et dans le choix des interventions à effectuer.

Le MCIF propose des interventions qui visent à promouvoir, à améliorer ou à maintenir le fonctionnement de la famille dans le domaine cognitif, affectif et comportemental (Wright & Leahey, 2014). Les interventions misent sur le réconfort, l'espoir et les forces/ressources de la famille, dont l'expertise acquise durant leur expérience de la maladie. Ces interventions s'avèrent appropriées pour les familles qui présentent entre autres, dans un contexte de soins critiques, des besoins d'information, de soutien, de réconfort et de confiance dans leurs habiletés à faire face aux exigences de la maladie. Parmi ces interventions, Wright et Leahey (2014) suggèrent des interventions systémiques que peuvent utiliser les infirmières, tels que l'utilisation de questions

systemiques. Ce type de questions permet d'établir des liens entre les différents éléments du système familial et de faire circuler cette information entre les membres de la famille afin de susciter une réflexion (Duhamel, 2015). Ces questions permettent aussi à l'infirmière d'explorer l'expérience de la maladie des différents membres de la famille et d'obtenir de l'information sur leurs croyances, leurs sentiments et leurs comportements, ce qui favorise l'échange de connaissances et d'expertises entre l'infirmière et ces membres de familles (Duhamel, 2015). Ces conversations sont considérées comme thérapeutiques lorsque les échanges entraînent une réduction de la souffrance psychologique et/ou émotionnelle des membres de familles (Bell & Wright, 2015; Wright & Leahey, 2014). De son côté, pour favoriser l'intégration de ces interventions dans la pratique infirmière, Duhamel (2015) réfère à une typologie « aide-mémoire » c'est-à-dire reconnaître chez les familles les quatre « E », soit leur **Existence**, **Expérience** et **Expertise**, ainsi que leur besoin d'**Espoir** pour les aider à composer avec leur expérience du problème de santé.

L'ASF engendre de nombreux effets bénéfiques pour les patients, les familles et les infirmières (Duhamel et al., 2015; Martinez et al., 2007; Ostlund & Persson, 2014; Sigurdardottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2012; Voltelen, Konradsen, & Ostergaard, 2016). En effet, une étude intégrative de 17 études empiriques menée par Ostlund et Persson (2014) a démontré que les familles vivant avec une maladie et ayant participé à des interventions systémiques familiales ont rapporté des changements positifs dans le fonctionnement familial cognitif, affectif et comportemental (Ostlund & Persson, 2014). Toutes les interventions infirmières comportaient des conversations thérapeutiques. De plus, selon une étude menée par Martinez et al. (2007), il semblerait qu'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) soit suffisante pour évaluer la dynamique familiale et les besoins des familles dans un tel contexte de soins. Les infirmières qui ont participé à cette étude semblent apprécier cette pratique, malgré les défis, puisque selon elles, cette pratique permettait de soutenir les familles (Martinez et al., 2007), propos qui ont également été rapportés dans l'étude de Voltelen et al. (2016). Certaines infirmières ont aussi recommandé que ce type d'entrevue familiale soit systématiquement incorporé à l'admission des patients (Martinez et al., 2007). Pour terminer, les infirmières qui utilisent les conversations thérapeutiques dans leur pratique rapportent une

attitude plus positive face à l'inclusion des familles dans les soins, en plus de constater une diminution du fardeau des familles (Duhamel et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2015).

Par ailleurs, une relation infirmière-famille non hiérarchique semble engendrer une satisfaction pour les membres de familles. Selon Nelms et Eggenberger (2010), les familles semblent apprécier le temps que prennent les infirmières pour tenter de comprendre leur expérience et leur donner des informations honnêtes et précises. L'établissement d'une relation de confiance est aussi une intervention qui semble favoriser le bien-être des familles. Lorsque la famille possède une bonne relation avec l'infirmière, elle se sent plus à l'aise et plus confortable (Nelms & Eggenberger, 2010). L'infirmière stagiaire tentera de mettre l'emphase sur cette dimension importante de l'ASF lors de ses échanges avec les infirmières du milieu.

En résumé, les écrits ont démontré l'efficacité de l'ASF et l'utilité du modèle d'échange de connaissances KTA de Graham et ses collègues (2006). Certains chercheurs en sciences infirmières, tels que Svavarsdottir et al. (2015) l'ont utilisé dans le domaine des soins à la famille et ont aussi démontré son efficacité. Il s'avère donc pertinent d'en faire l'objet du stage décrit dans le prochain chapitre.

Déroulement du stage

Ce chapitre présente le déroulement du stage en commençant par la description du milieu, suivi des activités préalables au stage et la présentation du projet aux participants, pour terminer par la description de la mise à l'essai de l'intervention selon les phases du modèle KTA de Graham et al. (2006).

Description du milieu de stage

Le stage s'est réalisé avec la participation d'infirmières des trois quarts de travail de l'unité des soins intensifs et coronariens (USIC), d'un centre hospitalier de la grande région métropolitaine. Cette unité de soins accueille une clientèle dont l'instabilité de la condition de santé nécessite des soins critiques et spécialisés. Par exemple, certains patients peuvent être intubés, dans un état comateux, sous ventilation mécanique, alors que d'autres peuvent être conscients mais avec un état hémodynamique instable nécessitant une étroite surveillance infirmière. Les gestionnaires de l'établissement appuient les initiatives professionnelles et les programmes éducatifs qui visent l'amélioration de la qualité de soins aux patients et des pratiques cliniques. De plus, ils reconnaissent l'importance de la famille pour une personne hospitalisée et s'efforcent de mettre en place des stratégies qui visent à favoriser l'intégration de la famille dans les soins. Une de ces stratégies est l'horaire flexible des visites des proches sur la majorité des unités de soins. À l'USIC, deux membres de familles peuvent être présent en tout temps entre 8h et 20h30, sauf entre 15h et 16h. De plus, selon l'état de santé du patient, les infirmières peuvent décider d'autoriser la famille 24h/24h. À proximité de l'USIC, soit juste à l'extérieur de l'unité, se trouve une salle familiale où les familles peuvent se reposer. De plus, on retrouve une salle de repos pour les familles en plus d'une petite salle de rencontre pour les familles et l'équipe de soins lors de prise de décision difficile, en ce qui a trait, par exemple, au maintien ou au retrait des soins actifs.

Activités préalables au stage

Forte de ses apprentissages de l'ASF dans son programme de maîtrise et de sa propre expérience de travail dans un milieu de soins similaires, l'infirmière stagiaire avait la formation nécessaire pour faciliter le processus d'échange de connaissances en ASF dans ce milieu de stage. Elle a rencontré, avant le début du stage, la personne-ressource du milieu, soit la conseillère

clinique des soins critiques, qui était très enthousiaste face au projet d'intervention. Les soins à la famille prenant de plus en plus de place dans le milieu, toute intervention permettant d'améliorer ce type de soins était bienvenue.

La conseillère clinique des soins critiques de ce centre hospitalier est une représentante de la direction des soins infirmiers auprès du personnel soignant. Elle détient une maîtrise en sciences infirmières et s'occupe de l'unité des soins intensifs et de l'urgence. Son rôle est principalement celui de conseiller l'établissement sur des questions liées aux soins infirmiers et s'occupe de la conception, l'implantation, l'évaluation et la révision des programmes d'amélioration de la qualité des soins sur ces unités, le tout, basé sur des résultats probants. Elle s'occupe aussi de donner des formations aux infirmières, effectue des audits et diffuse les résultats de ceux-ci lors des rencontres d'équipes. Elle travaille en collaboration avec les autres conseillères cliniques, les chefs d'unité, les médecins et les autres professionnels de la santé.

Les conseillères cliniques en soins infirmiers du centre hospitalier et certaines infirmières de l'unité se sentaient peu outillées pour accompagner les familles dans certaines situations. Il a donc été décidé conjointement avec la personne-ressource que le projet de stage se réaliserait sur l'USIC.

Présentation du projet de stage aux participants

Pour débiter le stage, l'infirmière stagiaire a tout d'abord effectué une brève présentation du projet d'intervention aux infirmières des trois quarts de travail de l'USIC lors des réunions d'équipe. Le but était d'évaluer leur niveau d'intérêt face au projet, d'expliquer ce qui était attendu et de susciter leur intérêt. Le projet a aussi été présenté au comité consultatif du centre hospitalier, comité composé de toutes les conseillères cliniques du milieu. La personne-ressource du milieu, conseillère clinique des soins critiques, avait préalablement mentionné à la stagiaire que ces dernières désiraient améliorer les soins à la famille sur leurs départements respectifs. Ainsi, ces conseillères désiraient connaître le but, les activités et les résultats du projet d'intervention afin d'y trouver des stratégies efficaces pouvant être appliquées sur leurs unités.

Mise à l'essai de l'intervention

Cette section présente les activités réalisées par l'infirmière stagiaire selon les différentes phases du modèle KTA de Graham et al. (2006) tel qu'illustré sur la Figure 1.

Phase 1 : Identification du problème et des connaissances, révision et sélection des connaissances

La première phase du cycle d'action du modèle conceptuel KTA consiste à identifier le problème dans la pratique, pour ensuite identifier les connaissances existantes permettant de résoudre le problème et de déterminer s'il existe un écart entre les connaissances et la pratique (Graham et al., 2006). Comme il a déjà été mentionné, les infirmières de l'USIC et les conseillères cliniques en soins infirmiers se sentaient peu outillées pour accompagner les familles dans certaines situations de santé, tels qu'en situations de fin de vie, de deuil, ou suite à l'arrêt cardio-respiratoire d'un patient. Il s'avérait pertinent de mener un projet de stage afin d'adresser cette problématique, d'où ce projet de stage. Suite à l'identification du problème, l'infirmière stagiaire devait identifier les connaissances existantes et déterminer s'il existe un écart entre les connaissances et la pratique (Graham et al., 2006). Pour ce faire, elle a d'abord créé un questionnaire pré-intervention (Annexe 1) comportant 17 questions ouvertes à courte réponse. Ce questionnaire permettait d'identifier les connaissances des infirmières, les barrières et les facilitateurs face aux soins à la famille, et d'identifier les stratégies d'échange de connaissances qu'elles jugeaient efficaces pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences cliniques en soins à la famille sur leur unité. Ce questionnaire a été validé par la conseillère clinique des soins critiques et la directrice de la stagiaire. Suite aux conseils et commentaires, quelques modifications ont été apportées dans le but d'améliorer le contenu. Le questionnaire a été distribué aux infirmières des trois quarts de travail dans les deux premières semaines du stage. De plus, pour compléter l'information obtenue par le questionnaire, l'infirmière stagiaire a réalisé de courtes rencontres individuelles (cinq à dix minutes) avec certaines infirmières afin d'obtenir de plus amples informations sur la pratique des soins à la famille sur leur unité. Une quarantaine d'infirmières travaillaient sur l'USIC au moment où le projet a eu lieu. Parmi ces dernières, 22 infirmières ont répondu au questionnaire pré-intervention.

L'infirmière stagiaire a aussi effectué quelques journées d'observation, majoritairement sur le quart de jour et de soir, afin d'observer le fonctionnement des infirmières et des autres professionnels de la santé sur l'unité de soin. De plus, elle a examiné les dossiers des patients afin de connaître le type de clientèle admis sur cette unité et d'observer la présence de documentation liée aux soins à la famille. Lors de cette consultation, la stagiaire a constaté qu'il y avait peu ou pas de notes infirmières sur la famille et/ou les soins à la famille. Les infirmières ne faisaient que noter le numéro à contacter en cas d'urgence. Par moment, certaines infirmières mentionnaient dans leurs notes « familles/amis au chevet » sans donner plus d'informations. Il n'y avait pas de génogramme ni d'écocarte dans les dossiers, et kardex des patients. Le génogramme est une représentation schématique de la structure interne de la famille, intégrant généralement trois générations, qui s'apparente à l'arbre généalogique classique (Wright & Leahey, 2014). L'écocarte est aussi un outil visuel qui vise à décrire les liens que les membres de la famille entretiennent entre elles et avec les suprasystèmes, i.e. le contexte environnemental (Wright & Leahey, 2014). Il permet d'évaluer les ressources de la famille.

Phase 2 : Adaptation des connaissances au contexte local

Afin de pouvoir adapter les connaissances au contexte local, 2^e phase du cycle d'action du modèle KTA (Graham et al., 2006), l'infirmière stagiaire a analysé les données recueillies dans le questionnaire pré-intervention. Les résultats sont présentés dans l'Annexe 2. Le questionnaire a permis de constater que 100% des infirmières accordaient une importance d'au moins 6/10 aux soins à la famille et qu'elles favorisaient une participation active des membres de famille aux soins tout en offrant leur disponibilité pour répondre aux questions et/ou donner des explications sur la situation de soins. Par contre, 50% des infirmières ont mentionné éprouver des difficultés à interagir avec la famille lorsque cette dernière a un niveau d'anxiété élevé, lorsqu'un patient est instable et/ou en fin de vie et lorsqu'elles ne savent pas quoi répondre aux familles. Pour évaluer les besoins des familles, les infirmières discutaient avec ces derniers, leur demandaient s'ils avaient des questions ou offraient leur disponibilité. 52 % des infirmières avaient peu ou pas de connaissances sur l'ASF.

Le questionnaire a aussi permis de déterminer que les infirmières désiraient acquérir les connaissances et les habiletés cliniques suivantes: a) habiletés relationnelles en soins

palliatifs/décès, b) interaction et communication en période de soins critiques, c) être plus à l'aise à répondre aux questions des membres de familles, et d) communication afin de réduire l'anxiété des familles. Pour terminer, elles ont identifié les activités qu'elles réalisaient à date pour maintenir leurs connaissances à jour. Pour ce projet de stage, une séance de formation sur l'ASF a été jugée importante, et approuvée par les infirmières, étant donné le manque de connaissances sur ce sujet. L'infirmière stagiaire aurait aussi un rôle de *coach* pour guider les infirmières.

Phase 3 : Identification des barrières à l'utilisation des connaissances

La troisième phase du modèle KTA consiste à identifier les barrières à l'utilisation des connaissances (Graham et al., 2006). Le questionnaire pré-intervention a permis d'identifier ces barrières. Les barrières identifiées par les infirmières face à l'intégration des familles sur leur unité de soins sont les suivantes : la surcharge de travail, le manque de temps, le manque de rencontres médicales avec la famille, la présence de famille jugée « envahissante » et « demandante », le niveau d'anxiété élevé de certaines familles, la difficulté à intégrer les familles dans les soins lorsque les patients sont instables (ventilateur, moniteur, plusieurs pompes, etc.) et à la suite d'un arrêt cardiorespiratoire. Les infirmières ont aussi identifié les facilitateurs à l'intégration des familles dans les soins, soient : les heures de visites flexibles, la présence d'une salle de repos et de rencontre pour les familles sur l'unité, l'ouverture du personnel soignant face à la présence des familles et l'enseignement aux familles. Quelques infirmières ont mentionné que peu de chose était mis en place pour faciliter l'intégration des familles.

Phase de la création des connaissances

Avant de poursuivre dans les phases du cycle d'action, l'infirmière stagiaire a effectué la phase de la création des connaissances qui consiste à : rechercher les connaissances issues d'études, synthétiser ces connaissances et créer un outils/produits (Graham et al., 2006). Cette phase du modèle KTA est importante et se fait simultanément avec le cycle d'action. Elle a ainsi analysé les données récoltées lors de la première phase du modèle KTA soient dans le questionnaire pré-intervention, lors des rencontres individuelles et dans les dossiers médicaux, afin d'identifier les sujets à aborder lors de la séance de formation. Suite à cette analyse et avec la

collaboration de la conseillère clinique des soins critiques, elle a identifié les besoins et les thèmes à aborder lors de la séance de formation sur l'ASF. Ces thèmes sont les suivants : a) description générale de l'ASF (soit le modèle d'évaluation et d'intervention de Wright et Leahey (2014)), b) les interventions systémiques familiales adaptées aux soins intensifs, c) le génogramme/écocarte, d) la question unique, et e) les cinq questions systémiques du génographe familial (Duhamel & Campagna, 2008). Le génographe est un outil, plus précisément un normographe, qui facilite l'élaboration du génogramme et de l'écocarte (Duhamel, 2015). Il s'agit d'un aide-mémoire format de poche qui comprend une légende pour les symboles du génogramme et cinq exemples de questions systémiques. Les cinq questions systémiques se lisent comme suit : a) Quel est la plus grande inquiétude pour votre famille, b) Qui, parmi les membres de votre famille, a le plus de difficulté à s'adapter à la maladie? Comment le démontre-t-il, c) Qui vous aide le plus à composer avec cette inquiétude, d) De quelles informations auriez-vous le plus besoin, et e) Comment puis-je le plus vous aider? La question unique se lit comme suit : Si je ne pouvais répondre qu'à une de vos questions concernant la maladie et l'hospitalisation de votre mari (fils, fille, femme, etc.), quelle question me poseriez-vous (Wright et Leahey, 2014) ?

L'infirmière stagiaire a ensuite réalisé une recherche dans les bases de données afin d'approfondir les concepts clés de l'ASF et d'identifier les interventions systémiques familiales pouvant être adaptées aux soins intensifs. Par la suite, elle a synthétisé ces écrits afin d'y ressortir les éléments importants. Avec ces données, elle a créé une séance de formation d'une durée de 45 minutes. Cette durée avait été approuvée par l'infirmière-chef, les infirmières et la conseillère clinique en soins critiques. La date de la séance de formation a aussi été décidée conjointement avec l'infirmière-chef afin de s'assurer qu'elle ne rentre pas en conflit avec d'autres formations obligatoires.

Phase 4 : Sélection, adaptation et implantation de l'intervention

La quatrième phase du modèle KTA est la sélection, l'adaptation et l'implantation de l'intervention (Graham et al., 2006). Dans ce projet, l'intervention choisie a été une séance de formation sur l'ASF. La séance de formation visait à former les infirmières à évaluer des éléments de la dynamique familiale et à offrir un soutien éducatif et émotionnel approprié aux familles. De plus, la formation comportait des interventions systémiques familiales basées sur les

modèles de Calgary (Wright & Leahey, 2014), pouvant être utilisés dans un contexte de soins intensifs. La formation comportait deux volets. Le premier volet était axé sur la théorie et le deuxième était plus axé sur la pratique. Les infirmières pouvaient ainsi mettre en application les notions apprises (majoritairement les interventions systémiques familiales) lors de deux mises en situations. Le but était de les encourager à approfondir et/ou développer leurs habiletés cliniques en interventions systémiques familiales et de voir si elles avaient assimilé les connaissances acquises dans la section théorique. Afin de faciliter la présentation de la formation, un PowerPoint a été créé. Une copie des diapositives a été remis aux infirmières lors de la formation afin qu'elles puissent y prendre des notes. Les prochains paragraphes présentent les activités réalisées dans la phase 4.

Incitatif et annonce des séances de formation. La séance de formation était facultative car elle n'était pas planifiée dans l'horaire des formations du centre hospitalier. Ainsi, puisqu'un des objectifs du projet était de mettre en place des stratégies qui favorisent une pérennité des changements de pratique des soins à la famille sur l'unité, l'infirmière stagiaire voulait s'assurer de rejoindre une majorité d'infirmières. Elle voulait s'assurer de donner au moins une séance de formation par quart de travail. Alors, avant de donner la formation, elle a voulu sonder les infirmières du milieu afin de déterminer la plage horaire qui leur convenait le mieux selon le quart de travail (Annexe 3). Par la suite, elle a affiché les informations concernant la date et les heures de la séance de formation (Annexe 4). Ainsi, une séance de formation a eu lieu après le quart de nuit, deux séances sur les heures de dîner pour le quart de jour et une séance avant le quart de soir.

Il a aussi été décidé que les infirmières qui assisteraient aux séances de formation recevraient une attestation de formation d'une heure non-accréditée (Annexe 5). De plus, du café et des beignes ont été servis lors des séances de formation. Pour terminer, une carte-cadeau a été tiré par quart de travail parmi les infirmières participantes. 22 infirmières ont assisté aux séances de formation, soit cinq sur le quart de nuit, 12 sur le quart de jour et cinq sur le quart de soir. La formation offerte aux infirmières comportait une partie théorique et une autre plus pratique pour faciliter le lien entre les deux. Commençons par la description de la partie théorique de la formation.

Partie théorique. La partie théorique de la formation comportait une description générale de l'ASF (soit les modèles d'évaluation et d'intervention de Wright et Leahey (2014)), la présentation des interventions systémiques familiales adaptées aux soins intensifs, la présentation du génogramme (incluant ses symboles) et de l'écocarte, les cinq questions systémiques du génogramme familial (Duhamel & Campagna, 2008) et la question unique. Il y avait aussi une présentation de deux mises en situations adaptées au contexte du milieu des soins intensifs. Ces deux mises en situations ont servi à la partie pratique de la formation.

Partie pratique. Dans cette section, deux mises en situations ont été présentées. Suite à la présentation de ces mises en situations, l'infirmière stagiaire a demandé aux infirmières présentes d'indiquer verbalement le type d'interventions systémiques familiales qu'elles effectueraient. Les infirmières ont ainsi pu mettre en application les concepts théoriques appris et l'infirmière stagiaire a pu les guider, par son rôle de *coach*, dans le type d'intervention appropriée afin de répondre aux besoins et soulager l'anxiété des familles. De plus, cette dernière a aussi exercé son rôle de *coach* à la fin de la formation, dans la période réservée aux questions. Lorsque les infirmières ont posé des questions en lien avec des situations vécues, l'infirmière stagiaire a su leur indiquer ce qu'elles avaient fait de bien et suggérer d'autres interventions appropriées. Suite aux séances de formation, l'infirmière stagiaire a poursuivi son rôle de *coach* en restant disponible sur l'unité, pendant deux semaines afin de répondre aux questions des infirmières et de les guider dans leurs interventions auprès des familles. De plus, elle était disponible pour accompagner les infirmières qui désiraient avoir plus d'informations sur l'ASF, via l'entremise de discussions individuelles.

Phase 5 : Surveillance de l'utilisation des connaissances

La cinquième phase du modèle KTA consiste à surveiller l'utilisation des connaissances apprises (Graham et al., 2006). Suite aux séances de formation, en plus d'être disponible sur l'unité pour exercer son rôle de *coach*, l'infirmière stagiaire en a profité pour observer le comportement des infirmières et leurs interactions auprès des familles. Ses observations étaient documentées dans un carnet qu'elle conservait en tout temps. Elle a constaté que certaines infirmières posaient plus de questions aux familles sur leurs besoins et leurs préoccupations, en

utilisant parfois des questions systémiques. De plus, ces infirmières inscrivait au dossier les interventions effectuées auprès des familles. Par contre, la majorité des infirmières qui interagissaient auprès des familles n'inscrivaient pas ces informations au dossier médical des patients. Deux infirmières ont mentionné être encore réticentes à poser certaines questions, de crainte qu'elles ne puissent répondre aux besoins des familles et/ou d'augmenter la souffrance et l'anxiété de celles-ci. L'infirmière stagiaire a été en mesure de discuter avec ces dernières, d'ébranler cette croyance en donnant un exemple de situation vécue dans sa pratique, et de les guider dans les interventions appropriées selon les situations. Pour terminer, aucune infirmière n'a effectué de génogramme/écocarte car elles considéraient que cela prenait du temps à assimiler, chose qu'elles n'ont pas été en mesure de faire. De plus, elles trouvaient qu'il y avait suffisamment de « paperasse » à remplir dans leur travail quotidien et ne désiraient pas utiliser un nouvel outil qui créerait, selon elles, plus de documentation.

Phase 6 : Évaluation des résultats

La sixième phase du cycle d'action KTA consiste à évaluer les résultats des stratégies utilisées lors du processus d'échange de connaissances (Graham et al., 2006). Pour ce projet, un questionnaire post-intervention (Annexe 6) a été créé afin d'explorer les connaissances acquises et retenues par les infirmières suite à l'intervention, déterminer les perceptions des infirmières vis-à-vis des stratégies utilisées pour faciliter leur apprentissage et déterminer si elles utilisaient les connaissances apprises dans leur pratique clinique. Ce questionnaire comportait 11 questions ouvertes à courte réponse. Le questionnaire a été distribué un mois après la formation aux infirmières qui y avaient assisté. Sur les 22 infirmières qui ont assisté à la formation, 18 ont répondu au questionnaire. Tout comme pour le questionnaire pré-intervention, certaines infirmières ont été rencontrées individuellement afin d'obtenir de plus amples informations. Les résultats sont présentés dans l'Annexe 7.

Le questionnaire a permis de constater que les infirmières accordaient autant d'importance aux soins à la famille qu'avant l'intervention. Une majorité d'entre elles avaient une meilleure connaissance des concepts de l'ASF et étaient en mesure de définir cette pratique en quelques mots. Ces infirmières continuaient d'utiliser les mêmes méthodes qu'auparavant pour évaluer les besoins et préoccupations des familles, et 28% d'entre elles ont commencé à

poser des questions systémiques apprises lors de la formation. 50% des infirmières ont mentionné utiliser les connaissances acquises lors de la formation car elles les trouvaient utiles et faciles à exécuter. De plus, 89% des infirmières ont identifié la formation comme stratégie utile à leur apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques familiales, suivi des mises en situations présentées dans cette formation à 72%. La disponibilité de la stagiaire pour répondre aux questions et la remise d'un certificat d'heures non-accréditées ont aussi facilité leur apprentissage (61%). Les infirmières ont apprécié le style de formation (interactive), la possibilité de discuter de situations vécues dans le passé et le fait que l'infirmière stagiaire avait une bonne connaissance du sujet et du milieu, en plus d'être à l'écoute, disponible et sans jugement. De plus, elles ont apprécié la suggestion de questions systémiques (celles du génographe et la question unique) qui peuvent être posées peu importe les circonstances. Pour terminer, les infirmières ont énuméré quelques interventions qu'elles effectueraient afin de poursuivre l'utilisation des connaissances acquises lors du stage. Les interventions mentionnées par ces dernières sont les suivantes : a) continuer à poser des questions sur les besoins et les préoccupations, b) commencer à mettre de l'emphase sur les forces de la famille, c) lire davantage des articles sur le sujet, et d) relire les diapositives reçues lors de la formation.

Phase 7 : Assurer une pérennité

La dernière phase du cycle d'action KTA consiste à assurer une pérennité des connaissances acquises par les infirmières (Graham et al., 2006). Suite aux séances de formation, les infirmières ont proposé des stratégies qui permettraient, selon elles, d'assurer la pérennité des soins à la famille dans une perspective systémique sur leur unité. Ainsi, elles ont suggéré qu'un aide-mémoire soit créé afin qu'elles puissent avoir sous la main les cinq questions systémiques clés à poser et la question unique. Elles désiraient que cet aide-mémoire soit assez grand pour pouvoir être affiché sur l'unité afin qu'elles puissent le consulter facilement en tout temps. Elles souhaitaient aussi avoir accès à quelques articles scientifiques sur l'ASF et pertinents aux soins intensifs. De plus, elles ont mentionné qu'il serait intéressant d'instaurer un concept de dîner-causeries et/ou capsules sur les soins à la famille, surtout lors de situations difficiles avec les familles. Pour terminer, elles ont exprimé le désir d'avoir une personne-ressource à consulter en cas de besoin lorsque des familles vivent des situations complexes. L'infirmière stagiaire a mentionné, basé sur son expérience clinique, que la travailleuse sociale peut être une ressource à

consulter dans plusieurs situations complexes, mais les infirmières ont indiqué que cette dernière peut être consultée seulement si le patient éprouvait des difficultés complexes et non pas si seulement un membre de famille requérait un soutien psychologique et/ou émotionnelle.

Dans le contexte du stage, l'infirmière stagiaire ne pouvait adresser toutes ces suggestions. Par contre, elle a créé un aide-mémoire (Annexe 8) sur une feuille 8 ½ x 14, basé sur le génographe, répondant aux demandes des infirmières, c'est-à-dire qui incluait les cinq questions systémiques du génographe et la question unique. Cet aide-mémoire a été imprimé et remis à l'infirmière-chef du département afin de pouvoir l'afficher sur l'unité. L'aide-mémoire diffère du génographe familial car il n'inclut pas les symboles du génogramme, puisque les infirmières ne se sentaient pas interpellées par ce dernier au moment du stage et qu'elles jugeaient que cela prendrait plus de temps à assimiler. L'infirmière stagiaire a aussi créé un document de référence (Annexe 9) qui incluait : a) une description brève de l'ASF et des interventions systémiques familiales pouvant être utilisées en soins critiques, b) une description de l'écocarte et du génogramme (avec les symboles utilisées pour les infirmières désirant se pratiquer), c) les cinq questions systémiques du génographe, d) la question unique (avec une description du type d'informations pouvant être obtenue avec chaque question), et pour terminer e) une suggestion de trois articles scientifiques (Duhamel, Dupuis & Wright, 2009; Leon & Knapp, 2008; Martinez et al., 2007) pouvant être lus par les infirmières. Ces articles ont été sélectionnés car l'un (Duhamel et al., 2009) explique ce qu'est la question unique et comment l'utiliser, l'autre (Leon & Knapp, 2008) présente des concepts de base de l'ASF adaptés à un contexte de soins intensifs, et le dernier (Martinez et al., 2007) explique les perceptions d'infirmières sur l'impact d'une entrevue familiale de 15 minutes et moins sur le processus d'admission dans un hôpital pédiatrique. Ces articles sont pertinents pour les infirmières de l'USIC puisqu'ils comportent des informations sur l'ASF qui peuvent s'appliquer sur cette unité de soin. Le document de référence, ainsi que les articles ont été imprimés et mis dans un cartable avec les autres documents de références de l'unité.

Dans un autre ordre d'idée, afin d'assurer la pérennité des changements, l'infirmière stagiaire a présenté les résultats du projet de stage au comité consultatif. Les conseillères en soins infirmiers ont grandement apprécié les résultats du projet de stage et ont pris notes des retombées

de ce dernier. Elles ont discuté, avec l'infirmière stagiaire, des stratégies pouvant être utilisées sur leur département afin de modifier ou d'améliorer les soins à la famille. De plus, la conseillère en formation des soins intensifs a proposé d'inclure certaines notions de l'ASF, soient les cinq questions systémiques du génographe familial et la question unique, dans le cahier de formation des infirmières novices. Ce document comportait une section liée aux soins à la famille, mais aucune information ne figurait sur la façon d'évaluer les besoins et les préoccupations des familles.

Pour terminer, les résultats du projet de stage et les recommandations de l'infirmière stagiaire ont été présentés aux infirmières participantes et au comité consultatif à la fin du stage. Les recommandations seront abordées dans le prochain chapitre.

Discussion

Ce chapitre présente une analyse réflexive du projet de stage sur la pertinence du stage, l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage, les forces et limites du stage ainsi que les retombés du stage.

Réflexion sur la pertinence du stage

Comme il a été évoqué dans la problématique, de nombreux écrits ont démontré les bienfaits des soins à la famille pour les patients et les familles, pourtant, un écart persiste toujours entre ces connaissances et la pratique clinique des infirmières dans les unités de soins intensifs adultes (Buckley & Andrews, 2011). Ceci démontre la pertinence du stage qui avait pour but de réduire cet écart en développant, avec la collaboration des infirmières concernées, des stratégies pour améliorer les soins à la famille dans ce contexte de soins. Le stage a permis de mieux connaître le modèle d'échange de connaissances KTA (Graham et al., 2006), dont les bases théoriques sont cohérentes avec celles d'une ASF. L'utilisation de ce modèle a facilité la collaboration avec les infirmières du milieu de stage et ainsi favorisé la pérennité des changements de pratique visés.

Ce projet de stage a aussi permis d'identifier les défis qu'éprouvent les infirmières à inclure les familles dans les soins sur leur département. Ces infirmières ont travaillé avec l'infirmière stagiaire afin d'identifier des stratégies permettant d'y remédier, et ainsi améliorer les soins à la famille sur l'USIC grâce à l'ASF.

Réflexion sur les objectifs de stage

Le but du stage était de faciliter l'intégration d'interventions systémiques familiales dans la pratique des infirmières pour ainsi améliorer les soins à la famille dans un contexte de soins intensifs adultes. Pour y arriver, l'infirmière stagiaire s'était fixée trois objectifs de stage.

Le premier objectif était de promouvoir et sensibiliser les infirmières à l'importance de leur participation à l'élaboration de stratégies d'échange de connaissances pour intégrer l'ASF dans un contexte de soins intensifs. Cet objectif a été atteint grâce aux différentes activités planifiées. Tout au long du projet, l'infirmière stagiaire a consulté régulièrement les infirmières

afin d'identifier les connaissances de l'ASF à mettre en pratique, d'obtenir et comprendre leurs points de vue à l'égard des stratégies à utiliser pour favoriser l'échange de connaissances sur l'ASF, en plus de favoriser leur participation. Leurs commentaires étaient importants pour la réalisation du stage et ont été pris en considération tout au long du projet. Ceci rejoint la théorie de la biologie de la connaissance de Maturana et Varela (1992) qui stipule que chaque personne possède sa « réalité » et sa façon de voir le monde. C'est à dire que chaque infirmière analyse et voit les choses selon ses croyances, ses perceptions et ses valeurs, et qu'il n'y a pas une seule vision des situations. Ainsi, l'infirmière stagiaire était consciente que chaque infirmière donnerait son point de vue selon ses valeurs, croyances, perceptions et comprenait qu'elle pouvait les amener à réfléchir sans leur indiquer quoi faire selon sa propre vision. Le respect des « réalités » rejoint aussi le modèle KTA qui favorise la collaboration et l'implication des infirmières dans le processus de changement (Straus et al., 2011). L'implication active de ces dernières dans des projets favorise l'amélioration des pratiques de soins et leur pérennité (Eggenberger & Sanders, 2016; Fleiszer et al., 2015).

Le deuxième objectif visait à favoriser avec les infirmières la mise à l'essai de stratégies d'échange de connaissances (formation et *coaching*) afin de faciliter l'intégration d'habiletés d'interventions de l'ASF à leur pratique auprès des familles. Cet objectif a été partiellement atteint puisque l'infirmière stagiaire a été en mesure de créer une formation interactive, tel que demandé, qui répondait aux besoins d'apprentissages des infirmières, en plus d'avoir un rôle de *coach*. Les séances de formation permettent de sensibiliser les professionnels de la santé à interagir efficacement auprès des familles et à considérer leurs besoins (Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). De plus, Eggenberger et Sanders (2016) rapporte que cette activité permet aux infirmières d'acquérir des connaissances et d'augmenter leurs compétences, leurs habiletés cliniques et leur confiance face aux soins à la famille. Dans ce projet de stage, les infirmières désiraient : a) acquérir des connaissances et des habiletés relationnelles en soins palliatifs, b) être en mesure d'interagir et communiquer avec les familles en période de soins critiques, c) être plus à l'aise à répondre aux questions des membres de familles, et d) développer des habiletés de communication qui permettent de réduire l'anxiété des familles. Les infirmières participantes ont indiqué que la présence de mises en situations et les interventions systémiques familiales proposées dans la formation ont permis de répondre à leurs besoins d'apprentissage. L'infirmière

stagiaire est consciente qu'une séance de formation à elle seule, ne peut être suffisante au développement d'habiletés cliniques en soins à la famille (Bell, 2014). Par contre, elle permet de débiter le processus, et selon King's Fund (2006), les formations interactives et les formations en format de petits groupes favorisent le changement de pratique. Une combinaison de stratégies d'échanges de connaissances s'avère plus efficace pour améliorer les changements de pratique (Boaz et al., 2011; Fleiszer et al., 2015; King's Fund, 2006). Dans le projet, le rôle de *coach* de l'infirmière stagiaire a été combiné à la formation, ce qui semble avoir eu un impact sur le développement des habiletés cliniques recherchées par les infirmières, comme nous le verrons un peu plus tard. La critique de ce rôle sera élaborée dans la section portant sur la réflexion des objectifs d'apprentissage.

Par ailleurs, l'infirmière stagiaire n'a pas été en mesure d'amener les infirmières participantes à élaborer un génogramme et un écocarte, ce qui représente une limite du projet. Elle a toutefois été en mesure d'expliquer ce que sont ces deux outils, leur but et leur importance dans l'évaluation de la dynamique familiale. Elle a aussi inclus dans le document de référence ces informations ainsi que les symboles utilisés pour les infirmières désirant en apprendre davantage sur ces outils de l'ASF. Les infirmières participantes ne désiraient pas intégrer un nouvel outil dans leur pratique et considéraient que cela prendrait du temps à assimiler et à exécuter. Pourtant, dans le milieu où exerce l'infirmière stagiaire, qui est un milieu similaire à l'USIC, les infirmières effectuent une version réduite du génogramme (sur deux générations) et l'écocarte avec les patients et leur famille à chaque admission; ce qui leur permet d'identifier les liens entre les membres de la famille, les ressources de la famille et leurs préoccupations. À première vue, le génogramme et l'écocarte peuvent sembler prendre du temps à comprendre et à assimiler, par contre, à long terme, ces outils permettent de sauver du temps. En effet, ces outils permettent d'initier une conversation avec les familles et favorisent l'établissement d'une relation de confiance, en plus de servir d'outils d'évaluation, de planification et d'intervention (Wright & Leahey, 2014). De plus, les informations recueillies permettent d'avoir une image globale de la famille et de formuler des hypothèses sur le lien entre la structure familiale et la problématique de santé (Duhamel, 2015). Ensuite, les infirmières, qui ont participé à l'étude de Martinez et al. (2007), ont rapporté être capable d'établir un lien de confiance et d'élaborer un génogramme et un écocarte avec les familles en moins de 15 minutes.

Après réflexion, l'infirmière stagiaire aurait pu remettre un exemplaire du génographe familial (Duhamel & Campagna, 2008) aux infirmières participantes, ce qui aurait peut-être faciliter l'assimilation et la réalisation du génogramme et de l'écocarte. De plus, de par son rôle de *coach*, l'infirmière stagiaire aurait pu guider ces infirmières sur la façon d'utiliser cet outil pour évaluer la dynamique familiale. Ce génographe familial aurait aussi pu servir d'aide-mémoire aux infirmières, puisqu'il inclut aussi les cinq questions systémiques clés que les infirmières désiraient avoir en leur possession. La remise du génographe familial aurait pu être combiné à l'aide-mémoire (Annexe 8) créé par l'infirmière stagiaire. Pour terminer, il faut rappeler que les infirmières avaient mentionné qu'elles n'écrivaient pas les informations recueillies auprès des familles dans leurs notes d'évolution, ni dans le kardex. Elles ne faisaient que transmettre les informations verbalement lors du rapport interservice. Pourtant, il est important en tant qu'infirmière de documenter toutes informations recueillies, incluant celles auprès des familles dans le dossier du patient, autant utiliser un outil dont l'utilité a été démontré (Duhamel et al., 2015; Wright & Leahey, 2014). Afin d'éviter d'ajouter un document supplémentaire aux infirmières, l'infirmière stagiaire aurait pu suggérer d'effectuer le génogramme et l'écocarte à l'arrière du kardex des patients.

Le troisième et dernier objectif de stage visait à promouvoir, auprès des infirmières, l'importance d'identifier des stratégies qui permettront de maintenir une pérennité des changements réalisés dans la pratique des soins infirmiers à la famille dans leur contexte de soins. Cet objectif a lui aussi été atteint. L'infirmière stagiaire a favorisé la participation des infirmières dans le processus de sélection des stratégies à retenir pour assurer la pérennité. Les séances de formation, le questionnaire post-intervention et les rencontres individuelles ont permis aux infirmières d'identifier les stratégies jugées efficaces et utiles pour maintenir la pérennité des changements réalisés dans leur contexte de soins. Les infirmières ont ainsi identifié la création d'un aide-mémoire et d'un guide de référence, ainsi que la suggestion d'articles scientifiques pertinents à lire comme stratégies. Ces combinaisons de stratégies devraient favoriser la durabilité des changements de pratique de soins (Fleischer et al., 2015; Stetler et al., 2014) et l'utilisation des connaissances apprises à long terme. Fleischer et al. (2015) indiquent que les rappels visuels, tels que les aide-mémoires, sont des stratégies, en combinaison avec d'autres, qui permettent de maintenir une pérennité des changements de pratique. De plus, Eggenberger et

Sanders (2016) ont également remis un document qui servirait de référence aux infirmières qui ont participé à leur projet. Ainsi, les stratégies utilisées dans ce projet devraient favoriser, à long terme, l'utilisation des connaissances en soins à la famille par les infirmières.

La participation des infirmières dans la sélection de stratégies permettant d'assurer la pérennité des changements réalisés a aussi été influencée par le fait que ces infirmières étaient favorables à l'amélioration des soins à la famille sur leur département. Selon (Duhamel et al., 2015), plus les infirmières en apprennent sur la façon d'accompagner les familles, plus elles ont tendance à croire à l'utilité de l'ASF et à la mettre en pratique. Ces propos ont aussi été rapportés dans les écrits de Wright et Bell (2009). En voyant les avantages, les infirmières deviennent plus enclines à surmonter les défis liés à l'apprentissage de l'ASF et sont plus portées à suggérer et implanter des stratégies pour promouvoir l'utilisation de l'ASF à long terme (Duhamel et al., 2015).

En somme, les objectifs de stages fixés ont été partiellement atteints. L'infirmière stagiaire a été en mesure de répondre en grande partie aux besoins d'apprentissage des infirmières participantes. Ces infirmières étaient déjà ouvertes à l'idée d'améliorer les soins à la famille sur leur unité de soins, ce qui a facilité l'atteinte des objectifs.

Réflexion sur les objectifs d'apprentissage

Ce projet de stage visait aussi à développer et approfondir certaines habiletés et compétences en tant que future infirmière en pratique avancée. L'infirmière stagiaire avait donc élaboré quelques objectifs d'apprentissage qui ont tous été atteints.

Le premier objectif d'apprentissage visait à raffiner et approfondir la compréhension des principes de l'ASF et du modèle d'échange de connaissances KTA de l'infirmière stagiaire, tout en l'adaptant à un contexte de soins intensifs. Cet objectif a été atteint grâce aux recherches effectuées dans les bases de données scientifiques, aux analyses critiques des écrits et aux discussions tenues avec la directrice de projet. De plus, le modèle KTA (Graham et al., 2006) a été adapté au déroulement du stage. Selon Straus et al. (2011), les utilisateurs de connaissances

devraient travailler en collaboration avec les chercheurs pour faciliter l'échange et la circularité des connaissances pour optimiser la pratique. Dans le cadre du projet de stage, l'infirmière stagiaire et les infirmières ont travaillé ensemble afin d'échanger les connaissances sur l'ASF dans un contexte de soins intensifs coronariens. L'utilisation du modèle KTA a facilité la collaboration avec les infirmières qui désiraient améliorer la pratique de soins à la famille sur leur unité de soins. Ces infirmières ont participé à l'élaboration de solutions pour contrer les barrières aux soins à la famille sur l'USIC en proposant des stratégies. La participation de ces infirmières a été utile au projet puisqu'elle a facilité le partage des connaissances, ce qui correspond au concept systémique du modèle KTA et de l'ASF.

Le modèle KTA est simple et facile à appliquer, car les différentes phases du modèle peuvent s'ajuster aux besoins du milieu (Straus et al., 2011), tout au cours du processus d'échange de connaissances. Ainsi, il est aussi possible d'exécuter certaines phases en simultané comme il a été le cas dans ce projet de stage pour la phase 1 et 3. En effet, l'identification des connaissances existantes et des barrières à leur pratique a été effectuée en même temps grâce au questionnaire pré-intervention. Par ailleurs, l'infirmière stagiaire a appris, grâce à ce modèle d'échange de connaissances, l'importance de la circularité des connaissances entre les infirmières du milieu et les chercheurs, ainsi que l'importance de la collaboration avec les infirmières lors du processus d'échange de connaissances. En effet, en participant à l'élaboration des stratégies qui favorisent l'intégration des connaissances à la pratique, les infirmières choisissent les stratégies qui leur conviennent le mieux favorisant ainsi leur succès et pérennité (Straus et al., 2011).

Le deuxième objectif d'apprentissage visait à développer les habiletés de communication et de leadership de l'infirmière stagiaire auprès des infirmières du milieu quant à l'importance des soins à la famille dans un contexte de soins intensifs. Cet objectif a également été atteint. Tout d'abord, l'infirmière stagiaire a constamment adapté le langage des modèles théoriques utilisés à celui des infirmières afin qu'elles puissent bien assimiler les connaissances. Ensuite, elle a fait preuve de diplomatie envers les infirmières qui étaient plus récalcitrantes au projet et d'empathie envers celles qui exprimaient leurs défis. De plus, elle a initié des occasions d'échanges et d'enseignement avec les infirmières en menant des discussions qui permettaient l'échange de connaissances entre les infirmières et entre les conseillères cliniques en soins

infirmiers lors du comité consultatif. Grâce aux habiletés de communication et de leadership de l'infirmière stagiaire, les infirmières participantes ont pu échanger sur les expériences vécues avec des familles et sur les difficultés rencontrées. Ces échanges ont amené les infirmières à réfléchir sur ce qui aurait pu être fait différemment. Des propos semblables ont été rapportés par les infirmières d'une étude menée par Eggenberger et Sanders (2016). Ces infirmières ont apprécié pouvoir partager leurs expériences car elles ont pu réfléchir sur la façon que les familles pouvaient réagir face à leur propre expérience du problème de santé ou face à aux interventions des infirmières. Selon Stetler et al. (2014), un bon leader doit posséder des habiletés d'échanges interpersonnels tels qu'une bonne communication, être capable d'entamer des discussions permettant la réflexion, et des habiletés de modèle de rôle et de mentorat pour assurer l'utilisation des connaissances. Ces comportements sont généralement présents chez les facilitateurs de changement tels que les infirmières-chefs et les conseillères cliniques. En tant que future infirmière en pratique avancée, le développement de ces habiletés permettra à l'infirmière stagiaire d'agir en tant que facilitateur afin de favoriser l'amélioration des pratiques cliniques.

Le dernier objectif d'apprentissage avait pour but de développer les habiletés de *coaching* de l'infirmière stagiaire auprès des infirmières du milieu en les guidant dans leurs habiletés de l'ASF. Cet objectif a été partiellement atteint. En premier lieu, l'infirmière stagiaire a été en mesure de guider les infirmières dans la suggestion de stratégies permettant de faciliter la mise en pratique des soins à la famille dans un contexte de soins intensifs. En second lieu, elle a accompagné les infirmières dans les interventions systémiques familiales selon les situations de santé, en plus de les guider lors des périodes de discussions, sauf dans l'élaboration du génogramme et de l'écocarte pour les raisons énumérées dans la section objectif de stage. Ainsi, de façon générale, l'infirmière stagiaire a été en mesure d'exécuter son rôle de *coach* auprès des infirmières participantes. Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady (2014) corroborent l'importance de la compétence de *coaching* en tant qu'infirmière en pratique avancée pour améliorer les soins aux patients et aux familles. Selon ces auteurs, l'infirmière qui exerce un rôle de *coach* doit posséder une expérience clinique adéquate dans le domaine prévu, une bonne intuition, une bonne connaissance de la clientèle cible et des habiletés de communication avancées. Ces habiletés démontreront sa crédibilité envers ces collègues infirmières qui auront facilement confiance en elle (Hamric et al., 2014), ce qui a été le cas dans ce projet de stage.

De plus, selon Gagliardi et al. (2014) le *coaching* est une stratégie qui permet d'améliorer l'accès aux connaissances, et cette stratégie peut être utilisée seule ou conjointement avec des programmes de formation afin de favoriser l'échange de connaissances (Gagliardi et al., 2014). Dans le cadre de ce projet de stage, l'infirmière stagiaire a su favoriser l'échange de connaissances à travers les séances de formations, les périodes de discussions et lorsqu'elle a exercé son rôle de *coach* à la suite des séances de formation. Pour assurer la réussite du processus d'échange de connaissances, l'infirmière stagiaire est partie des besoins d'apprentissages des infirmières de l'USIC. Cette façon de faire est une compétence recherchée chez les *coachs* selon Abdullah et al. (2014). L'infirmière stagiaire a eu une bonne expérience en tant que *coach*, car elle a été en mesure de constater les avantages de sa présence sur l'unité de soins. En effet, les infirmières pouvaient lui poser des questions et lui faisaient confiance étant donné son expérience. Par contre, de nos jours, la présence de *coachs* sur les unités de soins n'est pas toujours facile à implanter, et ce, que se soit pour favoriser l'intégration d'ASF ou pour tout autres domaines. Plusieurs défis sont présents, notamment le manque de soutien des organisations envers l'importance du rôle de *coach*, le manque de formation offerte aux *coachs*, le manque de structure pour recruter les *coachs* et la résistance des employés envers les *coachs* (Abdullah et al., 2014; Gagliardi et al., 2014). L'infirmière stagiaire n'a pas eu à faire face à ces défis étant donné le volet académique du projet. Elle est tout de même consciente que ces défis sont bien présents dans les établissements de santé.

Forces et limites du projet de stage

Forces du projet

La principale force du projet de stage est l'intégration des infirmières dans le processus d'élaboration des stratégies d'échange de connaissances et dans le développement des connaissances. L'infirmière stagiaire s'est assurée d'être présente sur les trois quarts de travail afin d'inclure le plus d'infirmières possibles dans le projet. L'utilisation d'un questionnaire pré-intervention et les rencontres individuelles avec ces dernières ont permis d'identifier leurs besoins d'apprentissages et de déterminer les stratégies d'apprentissages privilégiées par celles-ci. Eggenberger et Sanders (2016) ont également eu recours à un questionnaire pré-intervention pour identifier les connaissances des infirmières et ainsi concevoir le contenu de leur formation.

L'inclusion des infirmières dans le processus d'action semble avoir favorisé la participation des infirmières au projet de stage puisqu'elles savaient que les connaissances transmises seraient adaptées à leurs besoins et leur contexte de soins. Les écrits semblent corroborer ces résultats. En effet, le modèle KTA préconise l'inclusion des infirmières dans l'ensemble du processus d'échange de connaissances afin que les connaissances et leur utilisation soient pertinentes aux besoins des utilisateurs, soient les infirmières dans le cadre de ce projet (Graham et al., 2006; Straus et al., 2011). De plus, Eggenberger et Sanders rapportent que la collaboration infirmières-chercheurs influence positivement les soins à la famille dans un contexte de soins critiques.

Une deuxième force du projet de stage était la crédibilité de l'infirmière stagiaire due à son expérience de travail dans un milieu de soins similaires et sa connaissance de l'ASF adaptée à un tel milieu. Les infirmières participantes ont facilement discuté des difficultés liées aux soins à la famille dans leur contexte de soin car les connaissances et les compétences de l'infirmière stagiaire leur inspiraient confiance. Cette situation a permis à l'infirmière stagiaire de prendre conscience de l'influence qu'elle a exercée sur les infirmières participantes. Elle les a aussi aidées à prendre conscience de l'influence de leurs comportements sur leurs collègues de travail en ce qui a trait aux soins à la famille. Cela rejoint le concept de cybernétique de 2^e ordre qui stipule que l'infirmière réalise l'influence qu'elle exerce sur un système avec lequel elle interagit et aide aussi les membres de ce système à réaliser l'influence de leur comportement sur les autres membres du système (Weiner, 1948).

Pour terminer, une autre force du projet est liée au fait que les conseillères cliniques en soins infirmiers étaient grandement intéressées au projet de stage et désiraient connaître les retombées de ce dernier. Les conseillères cliniques sont des *leaders* pour les infirmières soignantes. En tant que *leader*, ces conseillères cliniques travaillent ensemble afin d'identifier des stratégies gagnantes qui favoriseront l'amélioration des pratiques de soins et inciteront les infirmières à fournir des soins de haute qualité, tel que stipulé par Fleiszer et al. (2015).

Limites du projet

Tout d'abord, la participation au projet était sur une base volontaire, ce qui n'a pas facilité le processus de recrutement des infirmières. L'infirmière stagiaire a dû faire preuve de

créativité et de persuasion afin d'encourager la participation de ces dernières aux différentes étapes du projet. C'est ainsi, comme il a été mentionné dans la section déroulement du stage, qu'elle a décidé de remettre une attestation de formation d'heure non-accréditée aux infirmières qui assisteraient aux séances de formation en plus de faire tirer une carte-cadeau pour chaque quart de travail. Il semblerait que ces stratégies aient porté fruit étant donné le nombre d'infirmières ayant participé au projet de stage. Boaz et al. (2011) explique, dans leur revue systématique, que la créativité et l'utilisation de plusieurs stratégies favorisent la participation des utilisateurs de connaissances dans des projets et favorisent un changement dans la pratique.

Ensuite, la durée de la formation représente une deuxième limite. Dû à des contraintes de temps et d'horaires de formation déjà planifiés, les séances de formation devaient durer maximum une heure et pouvaient être données qu'à une date. Ainsi, il a fallu faire un choix sur les concepts qui seraient présentés. Les écrits ne s'entendent pas sur la durée d'une séance de formation pour assurer une pérennité de changement (Eggenberger & Sanders, 2016). Certains proposent deux heures (Martinez et al., 2007) pour permettre une pratique de l'élaboration du génogramme et de l'écocarte. D'autres proposent quatre heures (Eggenberger & Sanders, 2016) et certains huit heures (Sigurdardottir et al., 2015). Tous ces écrits ont rapporté des changements positifs dans la pratique des soins à la famille. La création d'un document de référence a au moins servi à offrir des ressources supplémentaires aux infirmières et à renforcer les concepts enseignés.

Une dernière limite est liée à la culture entourant les soins à la famille sur cette unité de soins. L'horaire flexible des heures de visites et l'importance accordée aux membres de familles par les infirmières de cette USIC ont facilité la réussite du projet de stage. L'ouverture face aux soins à la famille et les échanges fréquents avec les familles facilitent les interactions infirmière-famille (Torbey & Ramirez-Garcia, 2013). Toutefois, il faut se rappeler que tous les centres hospitaliers, en général, n'ont pas les mêmes politiques d'heures de visites; ainsi, les stratégies utilisées dans ce projet de stage ne conviendraient pas nécessairement aux unités de soins intensifs où les heures de visites étant plus limitées minimisent les échanges entre infirmières et familles. Garrouste-Orgeas et al. (2010) ont également rapporté une limite semblable dans leur étude qui avait pour but d'évaluer la perception d'infirmières, de médecin et de famille à l'égard

de la participation des familles dans les soins des patients. Le pourcentage élevé de médecins et d'infirmières en faveur de la participation des familles dans les soins semble avoir un lien avec la politique d'heures de visites de l'établissement (Garrouste-Orgeas et al., 2010). Ainsi, il est important d'établir des politiques de gestion d'heures de visites et d'impliquer le personnel soignant dans la prise de décision.

Retombées liées à la réalisation du stage

Tout d'abord, ce stage a été grandement profitable puisque suite à la présentation des résultats du projet de stage aux membres du comité consultatif (conseillères cliniques en soins infirmiers), ceux-ci ont posé plusieurs questions afin d'en apprendre davantage sur les barrières et les facilitateurs à l'intégration des soins à la famille. L'infirmière stagiaire les a alors guidés dans l'identification de stratégies pour faciliter l'amélioration des soins à la famille sur leur département. De plus, la conseillère en formation des soins intensifs a proposé d'inclure certaines notions de l'ASF, soit les cinq questions systémiques du génographe familial et la question unique dans le cahier de formation des infirmières novices. Inclure les questions systémiques permettra de maintenir les changements réalisés durant le stage et d'assurer une pérennité des changements de pratique puisque l'organisation y est favorable. La conseillère en formation des soins intensifs est un *leader* sur le département et peut avoir un rôle d'agent facilitateur. Le rôle de facilitateur est important dans le processus d'échange de connaissances puisqu'il permet de faciliter l'échange et l'utilisation de nouvelles connaissances dans un milieu, en plus de favoriser la pérennité des changements (Kitson & Harvey, 2016).

En deuxième lieu, les stratégies utilisées par l'infirmière stagiaire, soit la formation interactive et le *coaching*, ont eu un impact positif sur le niveau de connaissances des infirmières participantes. En effet, une majorité d'infirmières ont identifié la formation, la présentation de mises en situations et la disponibilité de l'infirmière stagiaire (rôle de *coach*) comme stratégies ayant facilité leur apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques dans leur contexte de soins. Suite à l'intervention, elles avaient une meilleure connaissance des concepts de l'ASF et étaient en mesure de définir cette pratique en quelques mots. Des résultats semblables ont été rapportés par Eggenberger et Sanders (2016). Ces auteurs évoquent, une hausse du niveau de

connaissances, d'habiletés et de confiance des infirmières suites à l'intervention utilisée. Il faut mentionner que les stratégies utilisées dans ce projet étaient la combinaison d'une formation de quatre heures et d'une vidéo qui démontrait l'expérience de souffrance, d'incertitude et d'exclusion d'une famille dans un contexte de soins critiques. Nous pouvons constater, comme il a déjà été mentionné, qu'une combinaison de stratégies semble être favorable pour l'amélioration des pratiques de soins à la famille. De plus, certains chercheurs s'intéressant aux soins familiaux ont recours aux séances de formation pour enseigner les habiletés cliniques tels que les techniques de communication infirmière-famille et les types de questions à poser aux familles (Ostlund & Persson, 2014; Svavarsdottir et al., 2015).

Ensuite, 50% des infirmières ont indiqué utiliser les connaissances acquises lors de la formation dans leur pratique clinique auprès des membres de famille. Cependant, seulement 28% d'entre elles ont rapporté commencer à poser les questions systémiques apprises lors cette formation. Elles ont pourtant trouvé ces questions très utiles et faciles à mettre en application. Serait-il possible qu'elles aient répondu favorablement par souci de ne pas déplaire l'infirmière stagiaire? Au début du stage, certaines infirmières disaient être inquiètes de ne pas pouvoir répondre aux questions et aux besoins des familles. Il est possible que ces inquiétudes aient été présentes malgré l'intervention d'échange de connaissances puisque certaines. En effet, rappelons qu'après la formation, deux infirmières ont mentionné être encore réticentes à poser certaines questions, de crainte qu'elles ne puissent répondre aux besoins des familles et/ou d'augmenter la souffrance et l'anxiété de celles-ci. L'infirmière stagiaire a pourtant essayé d'ébranler cette croyance contraignante lors des échanges avec ces infirmières en donnant des exemples de situations vécues dans sa pratique. De plus, elle a mis l'emphase sur l'importance d'établir un lien de confiance et sur l'impact d'une conversation thérapeutique sur les familles, et ce, même s'il n'y a pas réponse à toutes les questions. Une conversation thérapeutique entraîne une réduction de la souffrance psychologique et émotionnelle des familles (Wright & Leahey, 2014), soit un changement favorable pour ces familles. Les quelques infirmières qui ont fait usage des connaissances acquises ont été en mesure de constater la faisabilité des notions apprises.

En dernier lieu, McConnell et Moroney (2015) suggère d'identifier les barrières à l'intégration des familles dans les soins critiques afin de développer des stratégies dirigées pour

réduire ces barrières. Ce projet de stage a permis d'identifier différentes barrières à l'intégration des familles par les infirmières de l'USIC. Les principaux défis identifiés étaient : a) la surcharge de travail, le manque de temps, b) le manque de rencontres médicales avec la famille, c) la présence de famille jugée « envahissante » et « demandante », d) le niveau d'anxiété élevé de certaines familles, et d) la difficulté à intégrer les familles dans les soins lorsque les patients sont instables et à la suite d'un arrêt cardiorespiratoire. Ces barrières ont aussi été corroborées dans certains écrits (Braun & Foster, 2011; Leon & Knapp, 2008; McConnell & Moroney, 2015). Afin de remédier à ces barrières, différentes stratégies ont été utilisées, tels que la présentation d'interventions systémiques familiales pouvant être utilisées lors des mises en situations présentées dans la formation et le rôle de *coach* de l'infirmière stagiaire. Il est intéressant de constater que les infirmières de l'USIC n'ont pas mentionné la dimension des chambres ni la présence d'équipements invasifs comme barrière à l'intégration des familles dans les soins, tel que rapporté dans l'étude de McConnell et Moroney (2015). Dans cette étude, plusieurs infirmières trouvaient que la présence de la famille n'était pas convenable lorsque l'état d'un patient n'est pas stable ou lorsqu'il a plusieurs lignes invasives. De plus, certaines de ces infirmières ont indiqué qu'avec la dimension des chambres, la présence des familles ne faisait qu'aggraver la situation.

Les infirmières de l'USIC ont aussi su identifier des facilitateurs à l'intégration des familles sur leur unité de soins tels que : a) la présence d'heures flexibles, b) un environnement accueillant, c) la présence d'une salle familiale et d'une salle de rencontre permettant de répondre aux besoins de proximité et de confort des familles. Ces facilitateurs ont aussi été identifiés dans différentes études, comme celles de Cypress (2012) et Khalaila (2014).

Recommandation pour la pratique, la recherche et la formation

Pour la pratique

Les discussions tenues avec les infirmières et les conseillères cliniques en soins infirmiers ont permis de soulever l'importance d'intégrer des concepts de l'ASF dans la formation initiale des infirmières novices et dans la pratique des infirmières. Cette recommandation est en harmonie avec quelques écrits (Leon & Knapp, 2008; Svavarsdottir et al., 2015). Dans leur étude,

Leon et Knapp (2008) mentionnent l'importance de la formation continue pour le maintien de la licence infirmière et ces auteurs mettent l'emphase sur l'importance d'offrir, aux infirmières travaillant dans les unités de soins critiques, des formations afin qu'elles comprennent davantage le fonctionnement et l'expérience des systèmes familiaux dans les situations critiques.

De plus, il serait important que les infirmières des différentes unités de soins connaissent les personnes-ressources à consulter en cas de besoin (par exemple travailleuse sociale, l'aumônier, etc.) et le rôle de ceux-ci, car il semble y avoir une méconnaissance du rôle de certains professionnels de la santé par les infirmières. En effet, dans le cadre du projet de stage, elles ont mentionné pouvoir consulter une travailleuse sociale seulement lorsque seulement les patients vivent des situations complexes et non les membres de familles. Pourtant, suite aux discussions entamées avec les conseillères cliniques lors du comité consultatif, cette affirmation s'est avérée fautive car les travailleuses sociales peuvent être consultées en tout temps. Ces résultats sont surprenants puisque généralement, selon l'expérience de l'infirmière stagiaire, les infirmières ont tendance à penser que la complexité des situations familiales ne relève pas de leur profession mais plutôt de celle de la travailleuse sociale ou d'autres professionnels de la santé. Il va de soi qu'il est important de bien établir les frontières entre les pratiques des différents professionnels de la santé, ce qui peut être parfois difficile lorsqu'il s'agit des soins aux familles (Wright & Leahey, 2014). En effet, si l'infirmière ne délimite pas clairement ses responsabilités, elle risque de servir d'intermédiaire entre la famille et l'autre professionnel de la santé contre son gré (Wright & Leahey, 2014), puisque les familles s'attendent généralement à ce que ce soit l'infirmière qui réponde à certains besoins. Ainsi, lorsqu'un besoin dépasse les limites de l'infirmière, cette dernière peut référer la famille vers un professionnel de la santé qui pourrait mieux y répondre. Le stage a permis de guider les infirmières dans le développement d'habiletés permettant de répondre à différents besoins, ce qui permet de pousser ses limites.

Dans un autre ordre d'idée, il serait aussi pertinent que certaines infirmières en pratique avancée, par exemple, les conseillères cliniques en soins infirmiers, reçoivent une formation approfondie en ASF afin d'agir comme agent facilitateur et *coach* (Bell, 2014; Duhamel, 2010; Svavarsdottir et al., 2015) pour favoriser un changement de pratique et assurer une pérennité. De part leur rôle de leadership, elles sont en meilleure position pour faciliter ce changement. Suite à

cette formation, elles pourraient agir en tant que *coach* auprès des infirmières (Gagliardi et al., 2014). Pour ce faire, il est bien sur important d'obtenir le soutien administratif des centres hospitaliers (Gagliardi et al., 2014). En effet, lorsque les gestionnaires croient aux soins à la famille, cela contribue à promouvoir la mise en place de stratégies pour améliorer la pratique et l'utilisation de l'ASF en formalisant les pratiques de soins (Duhamel et al., 2015).

Pour la formation

Comme il a été mentionné précédemment, il serait pertinent d'encourager les formations sur l'ASF dans les centres hospitaliers. Selon, Svavarsdottir et al. (2015) la participation des infirmières dans un programme de formation sur l'ASF, théorique et pratique, permettrait de diminuer leur impression de fardeau face à l'intégration des familles dans les soins. De plus, lorsque ces infirmières participent à un tel programme, elles semblent être mieux préparées pour appliquer les interventions systémiques familiales dans leur pratique clinique. Ces auteures suggèrent de poursuivre les formations dans les centres hospitaliers sur l'ASF, en plus de soutenir les infirmières dans le développement d'habiletés cliniques en soins à la famille (Svavarsdottir et al., 2015).

Pour la recherche

Les modèles d'échange de connaissances permettent de faciliter le processus de modification des pratiques de soins. Le modèle KTA (Graham et al., 2006) est un modèle systémique tout comme l'ASF. Il serait intéressant de continuer à tester ce modèle d'échange de connaissances avec l'ASF dans différents milieux, tout comme le propose Bell (2014). Il serait également pertinent de poursuivre l'évaluation des barrières et des facilitateurs à l'utilisation de l'ASF selon les milieux de soins afin d'adapter les connaissances à ceux-ci, d'évaluer les résultats de la mise en place de l'ASF et d'assurer la pérennité des changements (Svavarsdottir et al., 2015). Des recherches sont également nécessaires afin de déterminer le meilleur type de *coaching* pour le développement de compétences en ASF, qu'il s'agisse de *coaching* individuel, en groupe ou par les pairs (Duhamel et al., 2015; Gagliardi et al., 2014).

Conclusion

Les bénéfices des soins à la famille ont été démontrés dans plusieurs écrits scientifiques infirmiers (Al-Mutair et al., 2013; Blom et al., 2013; Ostlund & Persson, 2014; Svavarsdottir et al., 2015; Svavarsdottir et al., 2012; Wright & Bell, 2009). L'échange de connaissances dans le domaine des soins à la famille se doit d'être afin de réduire la souffrance psychologique et émotionnelle des familles, et ce, peu importe le milieu de soin. Le présent rapport de stage a mis en évidence la possibilité d'échanger les connaissances de l'ASF en utilisant le modèle KTA (Graham et al., 2006) auprès d'infirmières travaillant sur une unité de soins intensifs et de soins coronariens. Les infirmières qui ont participé au projet ont apprécié les stratégies utilisées car elles ont pu participer au processus d'échange de connaissances. Elles ont été écoutées et leurs opinions respectées. Ce principe favorise l'utilisation des connaissances dans la pratique et la pérennité des changements. Malgré quelques défis, le projet de stage a permis de faire avancer la profession infirmière en intégrant l'ASF dans un contexte de soins intensifs.

Références

- Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulskey, J. A., Steinhauer, K. E., & Bailey, D. E., Jr. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart and Lung, 43*(5), 406-415. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001
- Abdullah, G., Rossy, D., Ploeg, J., Davies, B., Higuchi, K., Sikora, L., & Stacey, D. (2014). Measuring the Effectiveness of Mentoring as a Knowledge Translation Intervention for Implementing Empirical Evidence: A Systematic Review. *World on Evidence-Based Nursing, 11*(5), 284-300. doi:doi 10.1111/wvn.12060
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing, 22*(13-14), 1805-1817. doi:10.1111/jocn.12065
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care, 14*(3), 202-210.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., . . . Group, F. S. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171*(9), 987-994. doi:10.1164/rccm.200409-1295OC
- Bell, J. M. (2009). Family Systems Nursing: re-examined. *Journal of Family Nursing, 15*(2), 123-129. doi:10.1177/1074840709335533
- Bell, J. M. (2014). Knowledge translation in family nursing: gazing into the promised land. *Journal of Family Nursing, 20*(1), 3-12. doi:10.1177/1074840714521731
- Bell, J. M., & Wright, L. M. (2015). The Illness Beliefs Model: advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *Journal of Family Nursing, 21*(2), 179-185. doi:10.1177/1074840715586889
- Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients- A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing, 29*, 1-8.
- Boaz, A., Baeza, J., Fraser, A., & European Implementation Score Collaborative Group (EIS). (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes, 4*.
- Braun, V., F., & Foster, C. (2011). Family Nursing: Walking the Talk. *Nursing Forum, 46*(1), 11-21.

- Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 263-272. doi:10.1016/j.iccn.2011.07.001
- Cypress, B. S. (2012). Family presence on rounds: a systematic review of literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(1), 53-64. doi:10.1097/DCC.0b013e31824246dd
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-34; quiz 35. doi:10.4037/ccn2009611
- Davidson, J. E., Daly, B. J., Agan, D., Brady, N. R., & Higgins, P. A. (2010). Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 177-189. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181d91369
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., . . . American College of Critical Care Medicine Task Force, S. o. C. C. M. (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. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. *Social Work in Health Care*, 35(4), 21-40. doi:10.1300/J010v35n04_02
- Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25. doi:10.1177/1074840709360208
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers* (3e édition. ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Duhamel, F., & Campagna, L. (2008). Outil qui sert à l'élaboration d'un génogramme et d'une écocarte pour l'évaluation de la dynamique familiale, certificat d'enregistrement n°484360 de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Duhamel, F., Dupuis, F., & Wright, L. (2009). Families' and nurses' responses to the "One Question Question": reflections for clinical practice, education, and research in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 15(4), 461-485. doi:10.1177/1074840709350606

- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M., & Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. doi:10.1177/1074840715579404
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01659.x
- Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian Critical Care*, 29(4), 217-223. doi:10.1016/j.aucc.2016.09.002
- Engstrom, Uusitalo, A., & Engstrom, A. (2011). Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 1-9. doi:10.1016/j.iccn.2010.11.004
- Engstrom, A., & Soderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x
- Field, B., Booth, A., Ilott, I., & Gerrish, K. (2014). Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implementation Science*, 9(1), 172-185. doi:doi:10.1186/s13012-014-0172-2
- Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2015). Nursing unit leaders' influence on the long-term sustainability of evidence-based practice improvements. *Journal of Nursing Management*. doi:10.1111/jonm.12320
- Frivold, G., Slettebo, A., & Dale, B. (2016). Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 392-402. doi:10.1111/jocn.13059
- Gagliardi, A., R., Webster, F., Perrier, L., Bell, M., & Straus, S. (2014). Exploring mentorship as a strategy to build capacity for knowledge translation research and practice: a scoping systematic review. *Implementation Science*, 9(1), 122-132. doi:doi:10.1186/s13012-014-0122-z
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., . . . Misset, B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25(4), 634-640. doi:10.1016/j.jcrc.2010.03.001

- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (5th edition. ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Khalaila, R. (2013). Patient's family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172-1182. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard*, 28(43), 37-44.
- King's Fund. (2006). *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*: King's Fund.
- Kitson, A. L., & Harvey, G. (2016). Methods to Succeed in Effective Knowledge Translation in Clinical Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), 294-302. doi:10.1111/jnu.12206
- Lemire, N., Souffez, K., & Laurendeau, M.-C. (2009). Animer un processus de transfert des connaissances: Bilan des connaissances et outil d'animation.
- Leon, A. M., & Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing: Challenge and Opportunities. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 255-262.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.
- Martinez, A. M., D'Artois, D., & Rennick, J. E. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice. *Journal of Family Nursing*, 13(2), 157-178.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1992). *The tree of knowledge : the biological roots of human understanding* (1st ed.). Boston: New Science Library.
- McAdam, J. L., Fontaine, D. K., White, D. B., Dracup, K. A., & Puntillo, K. A. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 386-393; quiz 394. doi:10.4037/ajcc2012582
- McConnell, B., & Moroney, T. (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 991-998. doi:10.1111/jocn.12755

- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care, 18*(6), 543-552; quiz 553. doi:10.4037/ajcc2009226
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung, 8*(2), 332-339.
- MSSS. (2012). Unité de soins critiques. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-610-07W.pdf>
- Nelms, T. P., & Eggenberger, S. K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing, 16*(4), 462-486. doi:10.1177/1074840710386608
- NICE. (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing, 21*(11-12), 1651-1658. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x
- Ostlund, U., & Persson, C. (2014). Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review. *Journal of Family Nursing, 20*(3), 259-286. doi:10.1177/1074840714542962
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Grenck, G., & Meiers, S. J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing, 49*(5), 494-501.
- Pedilla, C. F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm, 32*(2).
- Royle, J., & Blythe, J. (2008). Chapter 29: Promoting Research Utilization in Nursing: The Role of the Individual, the Organization and the Environment. In N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes, & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 253-257). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Sigurdardottir, A. O., Svavarsdottir, E. K., & Juliusdottir, S. (2015). Family nursing hospital training and the outcome on job demands, control and support. *Nurse Education Today, 35*(7), 854-858. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.003
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of

domains of patient-centered care. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 410-418.
doi:10.4037/ajcc2012124

- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for evidence-based practice: strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 219-226. doi:doi: 10.1111/wvn.12044
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.016
- Stricker, K. H., Kimberger, O., Schmidlin, K., Zwahlen, M., Mohr, U., & Rothen, H. U. (2009). Using family satisfaction data to improve the processes of care in ICU. *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2015-2017. doi:10.1007/s00134-009-1612-3
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E. K., Ketilsdottir, A., . . . Guethmundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 5-15. doi:10.1111/jnu.12108
- Svavarsdottir, E. K., Tryggvadottir, G. B., & Sigurdardottir, A. O. (2012). Knowledge translation in family nursing: does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303-327. doi:10.1177/1074840712449202
- Torbey, M., & Ramirez-Garcia, P. (2013). La réponse aux besoins de la famille dans un contexte de soins intensifs: une question d'intégration. *L'infirmière clinicienne*, 1(10), 42-51.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501-509.
- Voltelen, B., Konradsen, H., & Ostergaard, B. (2016). Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses' Experiences. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 172-198. doi:10.1177/1074840716643879
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General Systems Theory: Foundation Development, Applications*. New York, NY: George Braziller.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York, NY: W.W Norton & Company.

Weiner, N. (1948). *Cybernetics*: New York: John Wiley & Sons.

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.005

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness : a model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4e édition. ed.). Montréal: Pearson.

Annexe 1
Questionnaire pré-intervention

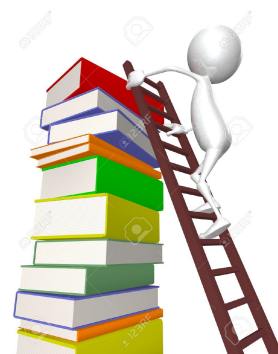
Questionnaire sur votre pratique des soins à la famille à l'unité des soins intensifs

Nom : _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années d'expérience aux soins intensifs : _____

Sur quel quart travaillez-vous? _____



1. Quelle importance accordez-vous à la famille dans vos soins, sur une échelle de 1 à 10?

2. Quelle importance l'équipe interprofessionnelle accorde-t-il à la pratique des soins à la famille, sur une échelle de 1 à 10? _____

3. D'après vous, quels sont les principaux besoins des familles aux soins intensifs? _____

4. Quel interaction entretenez-vous avec eux? _____

5. Comment vous sentez-vous en présence des familles? _____

6. Quel genre de difficultés éprouvez-vous lorsque vous interagissez avec des membres de familles?

7. Comment intégrez-vous les familles dans vos soins? _____

8. Sur votre unité, quels sont les défis liés à l'intégration de la famille dans les soins? _____

9. Sur votre unité, qu'est-ce qui facilite l'intégration des familles dans les soins? _____

10. Quelles connaissances/habilités aimeriez-vous acquérir en soins à la famille? _____

11. Connaissez-vous l'approche systémique familiale de Wright, Leahey et Bell ? Si oui, pouvez-vous définir ce concept dans vos mots? _____

12. Quelles méthodes utilisez-vous pour connaître les membres de famille d'un patient? Inscrivez-vous les informations recueillis sur un document quelconque?

13. Comment déterminez-vous les besoins et/ou préoccupations des familles, et que faites-vous avec les informations recueillies? _____

14. Connaissez-vous le terme « échange de connaissances »? Si oui, pouvez-vous définir ce concept en quelques mots? _____

15. Effectuez-vous des activités (conférence, dîners-causeries, formation en ligne, lecture, etc) afin d'améliorer vos connaissances et compétences cliniques? _____

Si oui, précisez lesquelles vous sont le plus utiles ou efficaces. _____

Si non, pour quelles raisons? _____

16. Quels sont les facteurs qui facilitent l'intégration de nouvelles connaissances sur votre unité?

17. Quels sont les facteurs qui rendent difficiles l'intégration de nouvelles connaissances sur votre unité? _____

Annexe 2

Réponses des infirmières aux questions et discussions pré-intervention

1. Quelle importance accordez-vous à la famille dans vos soins, sur une échelle de 1 à 10?
 - a. Tout le monde répond au moins 6/10 **(100%)**
 - b. Au moins 8 infirmières ont répondu en haut de 8/10 sur 25 **(32%)**

2. Quelle importance l'équipe interprofessionnelle accorde-t-il à la pratique des soins à la famille, sur une échelle de 1 à 10?
 - a. La majorité répond au moins 7/10, une seule répond 6/10 **(96%)**
 - b. La majorité trouve que l'équipe interprofessionnelle accorde plus d'importance aux soins à la famille que les infirmières même 20/25 **(80%)**
 - c.

3. D'après vous, quels sont les principaux besoins des familles aux soins intensifs?
 - a. Information juste, claire : +++++ **(92%)**
 - b. Au courant de la situation : +++ **(84%)**
 - c. Réponse aux questions : +++ **(80%)**
 - d. Écoute : ++ **(64%)**
 - e. Compréhension (vulgarisation + machine) : ++ **(60%)**
 - f. Rassurance : ++ **(60%)**
 - g. Soutien : + **(24%)**
 - h. Se sentir utile/impliqué dans les soins : + **(12%)**
 - i. Proximité : + **(12%)**
 - j. Connaître « le plan d'action »/la suite des choses: + **(4%)**

4. Quelle interaction entretenez-vous avec eux?
 - a. Empathie +++++
 - b. Écoute +++
 - c. Encouragement +
 - d. Enseignement ++
 - e. Établir relation de confiance +
 - f. Donner information ++

5. Comment vous sentez-vous en présence des familles?
 - a. Grande majorité se sentent à l'aise **(70%)**
 - b. Dépend du type de famille (ex : famille « demandante », « envahissante », agressive)
 - c. Dépend du diagnostic (ex : difficulté avec tentative de suicide, fin de vie/décès, suite à un arrêt cardio-respiratoire)
 - d. Dépend du niveau d'anxiété de la famille

6. Quel genre de difficultés éprouvez-vous lorsque vous interagissez avec des membres de familles?
 - a. Aucune ++
 - b. Difficultés liées :
 - i. barrière linguistique +
 - ii. lors de situation frustrante ++
 - iii. manque de présence de la famille +
 - iv. manque d'expérience en situation instable et fin de vie +++

- v. lorsqu'elles ne savent pas quoi répondre aux questions des familles ++
- vi. niveau d'anxiété élevé des familles ++

7. Comment intégrez-vous les familles dans vos soins?
 - a. Participation active dans les soins (soins de bouche, aide à manger, exercice passifs) 80%
 - b. Favorise la famille à encourager le patient (25%)
 - c. Offrir de la disponibilité (25%)
 - d. Explication des soins donnés 60%
 - e. Poser des questions sur condition du patient pré-hospitalisation + (25%)
 - f. Répondre aux questions 60%

8. Sur votre unité, quels sont les défis liés à l'intégration de la famille dans les soins?
 - a. Soins critiques (ventilateur, moniteur) = difficultés à faire participer les familles +++
 - b. Lors de Code bleu et/ou période soins critiques +++
 - c. Surcharge de travail ++
 - d. Manque de temps ++
 - e. Désaccord désir patient-famille +
 - f. Manque de rencontre médicale avec la famille ++
 - g. Famille « envahissante » et « demandante » +
 - h. Contrôler de niveau d'anxiété +
 - i. Vulgariser en mots simple et clair la situation +

9. Sur votre unité, qu'est-ce qui facilite l'intégration des familles dans les soins?
 - a. Heures de visite flexible ++++
 - b. Peu de chose +++
 - c. Salle de rencontre sur l'unité
 - d. La présence des infirmières
 - e. Bon enseignement +
 - f. Bonne vulgarisation aux familles +
 - g. Ouverture du personnel soignant ++

10. Quelles connaissances/habilités aimeriez-vous acquérir en soins à la famille?
 - a. Habiletés relationnelles (relation d'aide) en soins palliatifs/décès +++
 - b. Interaction/communication en période soins critiques +++
 - c. Être plus à l'aise à répondre aux questions +++
 - d. Communication afin de réduire l'anxiété +++

11. Connaissez-vous l'approche systémique familiale Wright, Lehey et Bell? Si oui, pouvez-vous définir ce concept dans vos mots?
 - a. Peu ou pas de connaissance +++ (52%) 13
 - b. Écocarte + (4%) 1
 - c. Importance aux différents systèmes dont le patient appartient + (8%) 2
 - d. Influence des différents membres de famille sur chacun + (4%) 1

- e. Inclure tous les membres de famille dans les soins/décisions (20%)
- f. Impliquer les familles ++ (20%)
- g. Patient et famille = unité + (4%) 1
- h. Écoute + (8%) 2
- i. Concept loin dans la tête (4%) 1

12. Quelles méthodes utilisez-vous pour connaître les membres de famille d'un patient?

- a. Poser des questions sur les liens avec le patient
- b. Conversation avec la famille
- c. Génogramme (mentionnée par une personne)

Inscrivez-vous les informations recueillis sur un document quelconque?

- a. Non ++++ (100%)
- b. Inscription dans les notes d'évolution ou dans le Kardex
- c. Partage d'information au rapport interservice (45%)
- d. Inscription du numéro de téléphone en cas d'urgence seulement (25%)

13. Comment déterminez-vous les besoins et/ou préoccupations des familles?

- a. Conversation avec la famille
- b. Demande aux familles s'ils ont des questions
- c. « Je ne vais pas jusque là »
- d. « Bouche à oreille »
- e. Offrir de la disponibilité

Que faites-vous avec les informations recueillies?

- a. Communication lors du rapport interservice ++++
- b. Intervention directe lorsque possible +
- c. Communication aux professionnels concernés (assistante infirmière-chef, corps médical) ++++
- d. Inscription dans notes d'évolution ++

14. Connaissez-vous le terme « échange des connaissances »? Si oui, pouvez-vous définir ce concept en quelques mots?

- a. Transmettre les connaissances à autrui
- b. Aller chercher des connaissances
- c. Partage de connaissances
- d. Processus d'échange de connaissances, savoirs et expériences (1)
- e. Aucune idée ++++

15. Effectuez-vous des activités (conférence, dîners-causeries, formation en ligne, lecture, etc) afin d'améliorer vos connaissances et compétences cliniques?

- a. Non
- b. Oui ++++
 - i. Cour à l'université +
 - ii. Conférence ++
 - iii. Dîner-causerie +

- iv. Formation en ligne (RIISIQ- Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec) +++
- v. Lecture +++

16. Quels sont les facteurs qui facilitent l'intégration de nouvelles connaissances sur votre unité?

- a. Formations +++++
- b. Façon dont l'information est présentée/enseignée ++
- c. Pertinence ++
- d. Si facile à mettre en pratique ++
- e. Utile pour la pratique/l'unité +
- f. Informations accessibles
- g. Conférence ++
- h. Réunion de service

17. Quels sont les facteurs qui rendent difficiles l'intégration de nouvelles connaissances sur votre unité?

- a. Manque de participation du personnel ++
- b. Résistance au changement +
- c. Manque de temps ++
- d. Si ce n'est pas utile à la pratique +
- e. Peu de formation ++
- f. Trop de formation (beaucoup d'informations à retenir) +
- g. Quart de nuit (formation souvent après le quart de nuit) +

Annexe 3

Tableau sondage pour la plage horaire de la formation

Annexe 4
Affiche annonçant la formation

Formation sur l'approche à la famille dans un contexte de soins intensifs



Donnée par :
Louisanne Lafond Lormil
Ét. M. Sc. Inf

Le 9 novembre 2016

Durée : 45 min

Salle à café

Quart de nuit : 07h45

Quart de jour : 11h15, 12h15 et 13h15

Quart de soir : 14h30

Café et beignes seront servis

Attestation d'1hr non-accréditée sera remise

*** Un tirage d'une carte-cadeau de la SAQ aura lieu parmi les participants pour chaque quart de travail ***

Annexe 5
Attestation de formation

ATTESTATION DE FORMATION

Cette attestation est décernée à: _____

Pour sa participation à la formation: _____

D'une durée de : _____ le _____ à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé

Émise le _____

Nom de la formatrice : _____

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval*

Québec 

Annexe 6
Questionnaire post-intervention

Questionnaire sur votre pratique des soins à la famille suite à l'intervention d'échange de connaissances

Nom : _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années d'expérience aux soins intensifs : _____

Sur quel quart travaillez-vous? _____



1. Quelle importance accordez-vous à la famille dans vos soins, sur une échelle de 1 à 10?

2. Quelle importance l'équipe interprofessionnelle accorde-t-il à la pratique des soins à la famille, sur une échelle de 1 à 10?

3. Pouvez-vous définir le concept d'approche systémique familiale dans vos mots?

4. Quelles méthodes utilisez-vous pour connaître les membres de famille d'un patient? À quel endroit inscrivez-vous les informations recueillies?

5. Comment déterminez-vous les besoins et/ou préoccupations des familles, et que faites-vous avec les informations recueillies?

6. Comment intégrez-vous les familles dans vos soins?

7. Utilisez-vous les connaissances acquises lors de la formation sur l'approche systémique familiale dans votre pratique? Si oui, lesquelles? Si non, pour quelles raisons?

8. Comment pensez-vous poursuivre l'utilisation des connaissances acquises sur l'approche systémique familiale sur votre unité?

9. D'après-vous, quelles stratégies permettraient de favoriser la pérennité des soins à la famille sur votre unité?

10. Quelles stratégies ont facilité votre apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques familiales dans un contexte de soins intensifs?

11. Quelles habiletés et/ou moyens utilisés par la stagiaire ont facilité votre apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques familiales dans un contexte de soins intensifs?

Annexe 7
Réponse au questionnaire post-intervention

Réponses des infirmières aux questions et discussions post-intervention (sur 18 personnes)

1. Quelle importance accordez-vous à la famille dans vos soins, sur une échelle de 1 à 10?
 - a. Tout le monde répond au moins 6/10 (100%)
 - c. Au moins 7 personnes répondent 8/10 (38%)

2. Quelle importance l'équipe interprofessionnelle accorde-t-il à la pratique des soins à la famille, sur une échelle de 1 à 10?
 - a. La majorité répond au moins 7/10 (83%)

3. Pouvez-vous définir le concept d'approche systémique familiale dans vos mots?
 - a. Importance aux différents systèmes dont le patient appartient
 - b. Influence des différents membres de famille sur chacun
 - c. Patient et famille = unité
 - d. Permet de répondre aux différents besoins des familles (↓ anxiété)
 - e. Poser des questions qui englobent les différents membres des familles pour évaluer leurs besoins
 - f. Être à l'écoute et empathique
 - g. Inclure et impliquer tous les membres de famille
 - h. Reconnaître que chaque membre d'une famille peut avoir des réactions différentes

4. Quelles méthodes utilisez-vous pour connaître les membres de famille d'un patient? À quel endroit inscrivez-vous les informations recueillies?
 - a. Poser des questions sur les liens avec le patient
 - b. Conversation avec la famille

À quel endroit inscrivez-vous les informations recueillies?

 - a. Aucun endroit
 - b. Inscription dans les notes d'évolution et/ou Kardex
 - c. Partage d'information au rapport interservice

5. Comment déterminez-vous les besoins et/ou préoccupations des familles, et que faites-vous avec les informations recueillies?
 - a. Poser des questions ouvertes (61%)
 - b. Conversation avec les membres de familles (78%)
 - c. Poser la question : « Quelle est votre plus grande préoccupation/inquiétude présentement? » (28%)
 - d. Poser la question : « Comment puis-je le plus vous aider présentement? » (28%)
 - e. Demande aux familles s'ils ont des questions (78%)
 - f. Offrir de la disponibilité (61%)

6. Comment intégrez-vous les familles dans vos soins?
 - a. Participation active dans les soins (soins de bouche, aide à manger, exercice passifs) (83%)
 - b. Répondre aux questions (83%)
 - c. Explication des soins donnés (50%)
 - d. Offrir de la disponibilité (44%)
 - e. Poser des questions pour déterminer leurs besoins (44%)

7. Utilisez-vous les connaissances acquises lors de la formation sur l'approche systémique familiale dans votre pratique? Si oui, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons?
 - a. Oui (50%)
 - i. Écoute active et empathie
 - ii. Poser des questions sur les besoins et préoccupation
 - iii. Reconnaître les sentiments et comportements des familles face aux différentes situations (Légitimer)
 - iv. Offrir de l'information et de l'enseignement
 - b. « Continue à faire ce que je faisais déjà » (écoute active, empathie, toucher thérapeutique, offrir disponibilité) (11%)
 - c. Non (39%)
 - i. N'y pense pas
 - ii. Oublier ce qu'implique l'ASF

8. Comment pensez-vous poursuivre l'utilisation des connaissances acquises sur l'approche systémique familiale sur votre unité?
 - a. Continuer à poser des questions sur les besoins et préoccupations
 - b. Commencer à mettre de l'emphase sur les forces de la famille (11%)
 - c. Lire davantage des articles sur le sujet
 - d. Relire les diapositives reçues lors de la formation

9. D'après-vous, quelles stratégies permettraient de favoriser la pérennité des soins à la famille sur votre unité?
 - a. Avoir un aide-mémoire avec les questions clés à poser (83%)
 - b. Suggestions d'articles pertinents à lire sur le sujet (61%)
 - c. Avoir des capsules/dîner-causeries en lien avec la famille, surtout lors de situations difficiles avec les familles (28%)
 - d. Avoir une personne-ressource à consulter lorsque famille présente plusieurs difficultés (28%)

10. Quelles stratégies ont facilité votre apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques familiales dans un contexte de soins intensifs?
 - a. La formation (89%)
 - b. Mises en situations lors de la formation (72%)
 - c. Disponibilité de la stagiaire pour répondre aux questions (61%)
 - d. Certificat d'heures non-accrédités (61%)
 - e. Exemples de questions clés à poser aux familles (50%)

- f. Collations fournies lors de la formation (39%)
- g. Tirage (22%)

11. Quelles habiletés et/ou moyens utilisés par la stagiaire ont facilité votre apprentissage sur l'utilisation d'interventions systémiques familiales dans un contexte de soins intensifs?

- a. Bons exemples (72%)
- b. Bonne écoute (61%)
- c. Bonne connaissance du sujet et du milieu (61%)
- d. Bonne communication (50%)
- e. Formation interactive (44%)
- f. Pas de jugement (39%)
- g. Capacité à arguments sur les questions posées (39%)

Annexe 8
Aide-mémoire

L'Approche Systémique Familiale

Aide-Mémoire

Par Louisanne Lafond Lormil, B. Sc. Inf, stagiaire M. Sc. Inf



Les 5 questions clés à poser aux familles

1. Quelle est **la plus grande** inquiétude, préoccupation (ou défi) pour votre famille concernant la maladie ou l'hospitalisation?
 - Permet d'identifier les sources de stress, d'anxiété, de souffrance de la famille
2. Qui vous aide **le plus** à composer avec cette inquiétude, préoccupation, défi?
 - Permet de cibler le réseau de soutien de la famille, d'effectuer le génogramme et l'écocarte
3. Qui, parmi les membres de votre famille, a **le plus de difficulté** à s'adapter présentement à la maladie? Comment le démontre-t-il?
 - Permet de cerner comment la famille compose avec le problème de santé, la situation
4. De quelles informations auriez-vous **le plus besoin** présentement?
 - Permet de cibler les besoins d'informations spécifiques pour chaque famille
5. Comment puis-je le **plus vous aider** à ce moment précis?
 - Permet de cibler les besoins spécifiques des familles, orienter vers d'autres ressources au besoin

Peuvent être posées à tous les membres de familles, peut importe le problème de santé. L'infirmière utilise son jugement pour déterminer le moment opportun pour entamer la conversation thérapeutique

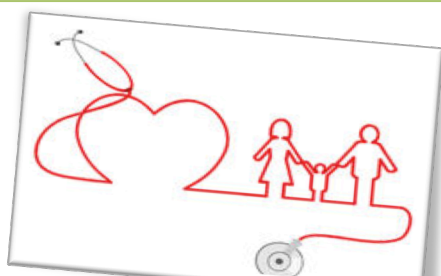


La question unique

Si je ne pouvais répondre qu'à une de vos questions concernant la maladie et l'hospitalisation de votre mari (fils, fille, femme, etc.), quelle question me poseriez-vous?

But de la question

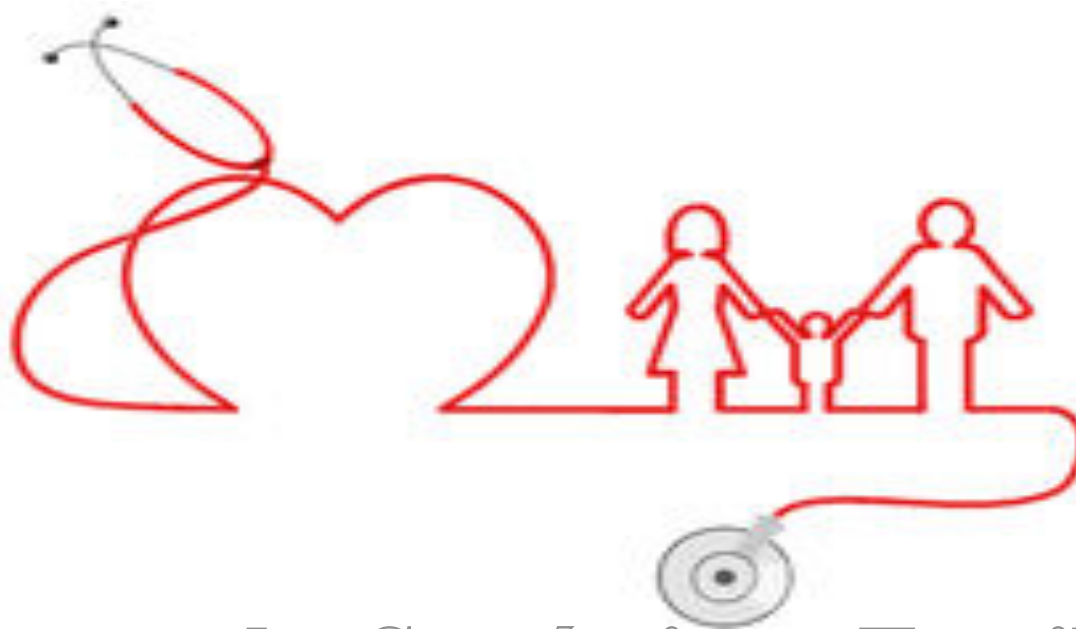
Cette question, même si l'infirmière n'est pas en mesure d'y répondre, permet à la famille de partager son expérience de la situation, d'identifier son besoin prioritaire ou son besoin d'information.



Aide-mémoire inspiré du Génogramme familial Duhamel, F., et Campagna, L. (2008). Outil qui sert à l'élaboration d'un génogramme et d'une écocarte pour l'évaluation de la dynamique familiale. Montréal, Québec : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Annexe 9

Document de référence sur l'ASF laissé au poste des infirmières



Approche Systémique Familiale

Adaptation pour les soins intensifs

Par : Louianne Lafond Lormil, B. Sc. Inf
Stagiaire à la maîtrise en Sciences Infirmières
Décembre 2016

Approche systémique familiale

Les infirmières font de plus en plus place à la complexité des soins de santé et aux implications psychosociales de ceux-ci. Puisqu'il est connu qu'il existe un lien entre le processus de santé d'un usager et son contexte familial, c'est-à-dire qu'il existe une **réciprocité** entre la dynamique familiale et la santé d'une personne (Wright et Leahey, 2014), il est important de reconnaître l'importance des soins à la famille, qui sont devenus incontournables.

Définition de la famille

La famille se définit comme un groupe de personnes liés par un attachement émotionnel profond et par un sentiment d'appartenance où chaque personne se considère comme membre du système familial, et ce, qu'elle ait un lien biologique ou non avec ces personnes (Wright et Bell, 2009).

Qu'est-ce que l'approche systémique familiale?

L'approche systémique familiale (ASF) est un modèle conceptuel à la base des soins à la famille, qui focalise autant sur le patient que sur le système familial comme une unité de soin. Cette approche reconnaît que chaque personne possède une structure biopsychosociale et spirituelle, comprenant ses propres valeurs, croyances et perceptions, qui détermine comment elle réagira face à un changement (**déterminisme structurel**) (Maturana, 1992). Ces principes théoriques permettent de comprendre les interactions, les relations et la réciprocité qui existe entre le problème de santé et les différents systèmes familiaux, c'est-à-dire l'utilisateur, sa famille et les systèmes extérieurs tels que les infirmières et les autres professionnels de la santé (Bell et Wright, 2015; Wright et Leahey, 2014). La relation entre les infirmières et le système familial est non hiérarchique. À travers cette relation, chacun échange son expertise ou ses connaissances respectives sur la problématique de santé de l'utilisateur. L'interaction entre ces personnes influence autant l'infirmière que la famille. La **conversation thérapeutique** (échange de connaissances entre l'infirmière et la famille) devient donc la clé des échanges (Wright et Leahey, 2014).

L'ASF met l'emphase sur la relation et la conversation thérapeutique entre l'utilisateur, la famille et les infirmières afin d'explorer les croyances des différents membres et **réduire** la souffrance physique et psychologique des usagers et des familles afin de faciliter l'adaptation aux problèmes de santé (Bell & Wright, 2015; Wright & Leahey, 2014).

L'ASF permet de répondre aux différents besoins des familles en reconnaissant (les 4 « E »): l'Existence, l'Expérience, l'Expertise et le besoin d'Espoir (Duhamel, 2015).

Quelques interventions de l'approche systémique familiale

(Basées sur Duhamel, 2015)

Conversation thérapeutique

Il ne faut que **moins de 15 minutes** (Martinez, D'Artois et Rennick, 2007) pour avoir un impact auprès des familles, afin de s'intéresser à ce qu'elles vivent et de découvrir leurs besoins prioritaires. Les conversations thérapeutiques sont des échanges de connaissances et d'expertises qui permettent aux usagers/familles de partager leur expérience de la maladie, et d'identifier leurs croyances, leurs valeurs, leurs perceptions, leurs inquiétudes, leurs préoccupations et leurs besoins prioritaires.

1. Reconnaître l'Existence

Démontrer de la courtoisie, chaleur et établir une relation de confiance

Permet de reconnaître la présence de la famille, et que l'infirmière la considère comme partenaire de l'expérience de santé de leur proche. Un comportement de courtoisie démontre une humanisation des soins et **réduit la souffrance** des familles.

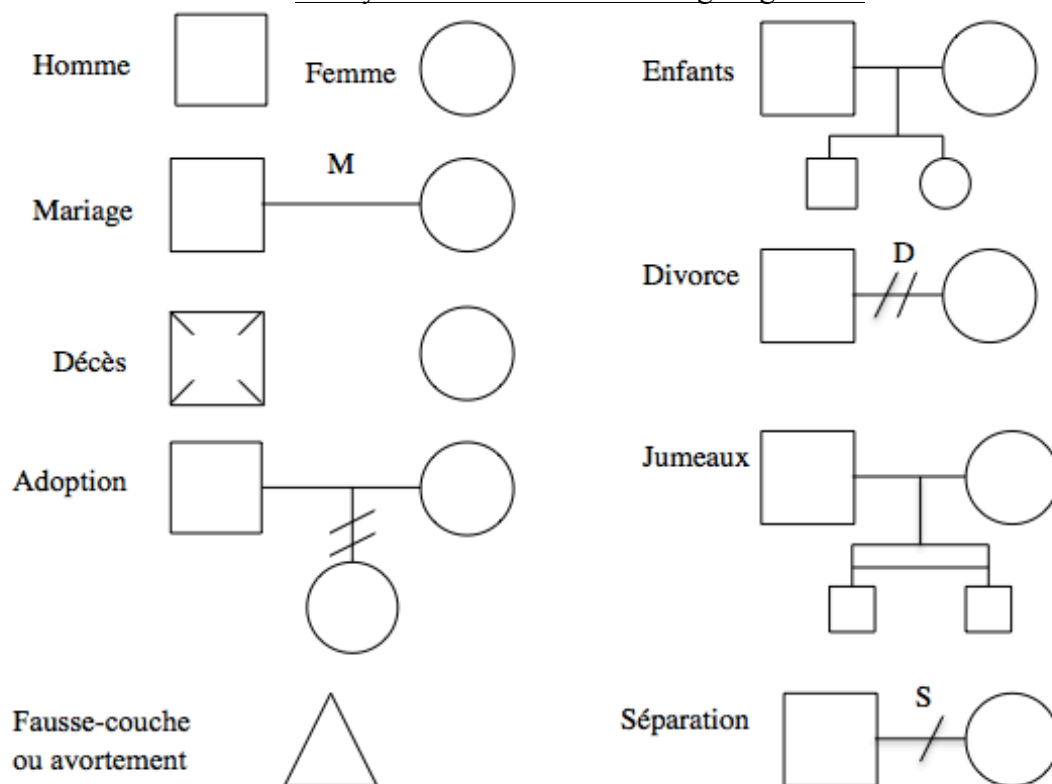
Toute conversation thérapeutique commence par une relation de confiance, c'est-à-dire se présenter en tant qu'infirmière, expliquer l'objet de la rencontre et expliquer le temps que l'on dispose pour discuter avec la famille.

Élaborer un génogramme et écocarte

L'**écocarte** est un outil visuel qui permet de reconnaître les différents systèmes associés à l'utilisateur et à sa famille. Il permet ainsi de déterminer avec la famille les ressources qui sont à leurs dispositions pour mieux composer avec le problème de santé.

Le **génogramme** est une représentation schématique de la famille d'un usager. Il permet de mieux comprendre la structure interne et externe de la famille, c'est-à-dire les membres qui compose cette famille, leurs activités et les ressources internes et externes et procure des données qui permettent d'élaborer des hypothèses entre la structure familiale et le problème de santé.

Les symboles utilisés dans un génogramme



2. Reconnaître l'Expérience

Démontrer une écoute active

Une écoute active permet de reconforter les personnes qui vivent de la souffrance. Ce comportement permet aux infirmières de démontrer leur intérêt envers les familles, favorisant ainsi le partage de leur expérience, et d'exprimer leur souffrance, inquiétudes et besoins. De cette façon, les infirmières peuvent en apprendre davantage sur la famille, leurs relations et leurs croyances.

Légitimer l'expérience et démontrer de l'empathie

Il est important de **légitimer** l'expérience des différents membres de famille, c'est-à-dire de reconnaître la « réalité » d'une personne, comme ses pensées, ses sentiments et ses comportements, comme étant *logique* étant donné les circonstances. Il faut aussi se rappeler que chaque personne réagit différemment devant un changement, une maladie ou tout événement, et qu'il faut respecter la « réalité » de chacun.

L'**empathie**, c'est-à-dire est un autre comportement que doivent adopter les infirmières afin de procurer du réconfort et du soutien à la famille, ce qui facilite les échanges.

Offrir de l'information et de l'enseignement

Afin de reconnaître l'expérience des usagers et des familles, il est indispensable que les infirmières évaluent les besoins des familles et qu'elles profitent de cette occasion pour offrir de l'information et de l'enseignement selon les besoins identifiés. En agissant ainsi, elles contribuent à améliorer leur adaptation à la situation de santé et à les accompagner dans cette épreuve.

Poser des questions systémiques

Les questions systémiques sont des questions ouvertes et circulaires, c'est-à-dire qui incluent les différents membres de la famille et permet de faire circuler les informations entre ces membres. Il existe différents types de questions systémiques (axées sur les différences, l'effet d'un comportement, l'avenir). Ces questions permettent d'obtenir des données pertinentes et utiles sur l'utilisateur et la famille afin d'explorer et de comprendre l'expérience de ceux-ci (voir prochaine section pour exemple de questions).

3. Reconnaître l'Expertise

Faire appel aux compétences des familles

Il arrive souvent que les membres de famille aient de l'information importante ou des compétences liées au problème de santé du patient. En faisant appel aux compétences des familles, les infirmières favorisent un échange de connaissances et d'habiletés qui permet une relation de collaboration, tout en réduisant la souffrance et le sentiment d'impuissance des familles.

Par exemple, si une conjointe avait l'habitude d'aider son conjoint à se mobiliser à la maison puisqu'il avait des problèmes de santé physique, l'infirmière peut encourager et utiliser les habiletés de cette conjointe lors de la mobilisation de l'utilisateur lors de l'hospitalisation sur l'unité (si son état est stable).

Souligner les forces et les ressources des membres de la famille

Afin de favoriser la participation des familles dans les soins des patients, l'infirmière peut rehausser leur confiance dans leur capacité à affronter un problème de santé en soulignant les forces et les habiletés qu'elle a pu observer chez ses membres. Ceci permet de diminuer la souffrance de la famille et de réduire le sentiment d'impuissance.

Mobiliser les ressources des familles

Favoriser la présence des familles au chevet en les informant que cette présence et leur écoute peut entraîner un réconfort. De plus, l'utilisateur peut se confier à ceux-ci et prendre conscience que des personnes en qui il a confiance se préoccupent de lui et de son bien-être.

4. Reconnaître le besoin d'Espoir

Offrir de l'espoir

Les familles ont besoin d'espoir en leurs habiletés à faire face au pire scénario. Pour aider les familles à composer avec la **phase terminale** (fin de vie, décès), l'infirmière peut souligner leurs forces (complicité, amour, etc.) et les habiletés qu'elle a pu observer qui pourraient leur permettre de passer au travers les moments difficiles. Il est important de se rappeler qu'offrir de l'espoir ne signifie pas de mentir à la famille ou de lui donner de faux espoirs, mais plutôt de permettre à la famille de croire à la guérison et de survivre malgré les obstacles qui se présentent devant eux.

Orienter la famille vers d'autres ressources professionnelles

L'infirmière n'est pas toujours en mesure de répondre à tous les besoins des usagers et des familles, et il est important qu'elle connaisse ses limites. Dans ce cas, elle peut orienter l'utilisateur et la famille vers d'autres professionnels de la santé, tel que travailleuse sociale, psychologue, aumônier, etc., lorsque jugé nécessaire.

5 questions systémiques pertinentes à poser aux familles

Ces questions peuvent être posées à tous les membres de famille, et ce, peu importe les problèmes de santé. L'infirmière doit tout de même utiliser son jugement pour déterminer le moment opportun pour entamer une conversation thérapeutique.

1. Quel est **la plus grande** inquiétude ou préoccupation (ou défi) pour votre famille concernant la maladie ou l'hospitalisation?
 - Permet d'identifier la source de stress, d'anxiété, de souffrance de la famille
2. Qui vous aide **le plus** à composer avec cette inquiétude, préoccupation, défi?
 - Permet de cibler le réseau de soutien de la famille, d'effectuer le génogramme et l'écocarte
3. Qui, parmi les membres de votre famille, a **le plus de difficulté** à s'adapter présentement à la maladie? Comment le démontre-t-il?
 - Permet de cerner comment la famille compose avec le problème de santé, la situation
4. De quelles informations auriez-vous **le plus besoin** présentement?
 - Permet de cibler les besoins d'informations spécifiques pour chaque famille
5. Comment puis-je le **plus vous aider** à ce moment précis?
 - Permet de cibler les besoins spécifiques des familles, orienter vers d'autres ressources au besoin

La question unique (Wright et Leahey, 2014)

- Si je ne pouvais répondre qu'à une de vos questions concernant la maladie et l'hospitalisation de votre mari (fils, fille, femme, etc.), quelle question me poseriez-vous?

Cette question, même si l'infirmière n'est pas en mesure d'y répondre, permet à la famille de partager son expérience de la situation, d'identifier son besoin prioritaire ou son besoin d'information.

Références

- Bell, J. M., & Wright, L. M. (2015). The Illness Beliefs Model: advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 179-185. doi:10.1177/1074840715586889
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers* (3e édition. ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1992). *The tree of knowledge : the biological roots of human understanding* (1st ed.). Boston: New Science Library.
- Martinez, A.-M., D'Artois, D., Rennick, J. E. (2007). Does the 15 minutes (or less) family interview influence family nursing practice? *Journal of Family Nursing*, 13, 157-17
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness : a model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4e édition. ed.). Montréal: Pearson.

Articles pertinents à consulter

Ces articles portent sur l'approche systémique familiale et comment la mettre en application en peu de temps. L'un d'entre eux porte spécifiquement sur les soins intensifs.

Duhamel, F., Dupuis, F., et Wright, L. M. (2009). Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": Reflections for Clinical Practice, Education and Research in Family Nursing, *Journal of Family Nursing*, 15(4), 461-485

Leon, A. M., & Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing: Challenge and Opportunities. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 255-262.

Martinez, A.-M., D'Artois, D., Rennick, J. E. (2007). Does the 15 minutes (or less) family interview influence family nursing practice? *Journal of Family Nursing*, 13, 157-178