

Université de Montréal

Proposition d'une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique
entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux soins intensifs pédiatriques

par Jade Desforges

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

Novembre 2021

© Jade Desforges, 2021

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé

**Proposition d'une intervention de formation infirmière axée sur la communication
thérapeutique entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux soins
intensifs pédiatriques**

Présenté par

Jade Desforges

Soumis au jury composé des membres suivants :

Mme Christine Genest

Directrice de recherche/Membre du jury

Mme Anne-Marie Martinez

Co-directrice de recherche/Membre du jury

M. Jérôme Gauvin-Lepage

Membre du jury

Résumé

L'hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs pédiatriques (SIP) est une expérience difficile, autant pour l'enfant que pour ses parents. Ces derniers vivent un stress face à cette hospitalisation dans un contexte critique empreint d'instabilité et d'imprévisibilité. Dès lors, la communication entre l'infirmière et les familles est essentielle et fait partie de son rôle d'accompagnement. Le but de ce travail dirigé est de proposer une intervention de formation infirmière axée sur la communication entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP. Tout d'abord, une première recension des écrits est effectuée sur l'expérience des familles lorsqu'un enfant est hospitalisé aux SIP. Ensuite, une deuxième recension des écrits est réalisée sur la formation infirmière. Enfin, à la lumière des résultats de ces deux recensions des écrits, une activité de formation sous forme de simulation sur la communication thérapeutique est proposée.

Mots-clés : soins intensifs pédiatriques, infirmières, formation, communication, conversation thérapeutique

Abstract

A child's admission to the hospital in the pediatric intensive care unit (PICU) is as challenging for the child as it is for his/her parents. They feel stressed related to this hospitalization which leads to a certain instability and unpredictability that become a critical part of the context. Therefore, communication is essential between the nurse and the families. It is part of his/her family support role. The aim of this assignment is to propose an educational intervention based on the communication needed between a nurse and families who have a child hospitalized in a PICU. First of all, a literature review is carried out on families' experiences when they have a child hospitalized in a PICU. Then, a second literature review is undertaken on nurses' education. Finally, in light of these two literature reviews, an educational activity is proposed in the form of a simulation-based therapeutic conversation.

Keywords : pediatric intensive care, nurses, education, communication, therapeutic conversation

Remerciements

J'aimerais d'abord souligner la patience, l'écoute et la compréhension témoignées par mes deux directrices de recherche, Christine Genest et Anne-Marie Martinez, à travers tous les hauts et les bas de mon parcours académique. Celles-ci ont su m'accompagner et m'inspirer tout au long de mon projet. Elles ont cru en moi et j'en serai éternellement reconnaissante. De plus, j'aimerais remercier Jérôme Gauvin-Lepage qui a participé au jury de mon travail dirigé.

Enfin, j'aimerais remercier grandement mes parents, mes grands-parents et mon conjoint qui m'ont toujours soutenue et encouragée à persévérer à travers tous mes projets personnels et professionnels.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Résumé..... | i |
| Abstract..... | ii |
| Remerciements..... | iii |
| Table des matières..... | iv |
| L'introduction | 1 |
| Chapitre 1 : La problématique | 3 |
| 1.1 La description de la problématique | 4 |
| 1.2 Le but du travail..... | 9 |
| 1.3 Les objectifs poursuivis..... | 9 |
| Chapitre 2 : La recensions des écrits..... | 10 |
| 2.1 La méthodologie..... | 11 |
| 2.2 La recension des écrits sur l'expérience de familles aux SIP..... | 12 |
| 2.2.1 Les éléments stressants. | 13 |
| 2.2.1.1 Les contraintes du contexte critique de soins..... | 13 |
| 2.2.1.2 L'état de santé de l'enfant. | 18 |
| 2.2.2 Les impacts sur les membres de la famille. | 20 |
| 2.2.2.1 Les impacts sur le vécu des parents. | 20 |
| 2.2.2.2 Les impacts sur la vie familiale..... | 24 |
| 2.2.3 Les besoins et les attentes des parents ainsi que leurs stratégies d'adaptation. | 26 |
| 2.2.3.1 Les besoins au niveau de l'environnement. | 26 |
| 2.2.3.2 Les besoins et les attentes envers les professionnels de la santé..... | 27 |
| 2.2.3.3 Les stratégies d'adaptation. | 32 |
| 2.3 La communication et la pratique infirmière | 35 |
| 2.4 Le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) . | 36 |
| 2.5 Le Modèle de Calgary | 38 |
| 2.5.1 La conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). | 40 |
| 2.6 La recension des écrits sur la formation infirmière..... | 43 |
| 2.6.1 Les approches pédagogiques..... | 44 |
| 2.6.2 L'approche par compétences. | 45 |
| 2.6.3 L'approche de la classe inversée (<i>Flipped Classroom</i>). | 47 |

| | | |
|---|------------------------------------|-----|
| 2.6.4 | Les activités pédagogiques. | 49 |
| 2.6.4.1 | La simulation..... | 49 |
| 2.6.4.2 | La pratique réflexive. | 54 |
| 2.6.4.3 | La plateforme virtuelle. | 56 |
| 2.6.4.4 | Les ateliers d'apprentissage. | 58 |
| Chapitre 3 : Le développement d'une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique entre l'infirmière et la famille dont un enfant est hospitalisé aux SIP..... | | |
| | | 61 |
| 3.1 | L'apprentissage théorique..... | 63 |
| 3.2 | L'activité de simulation. | 64 |
| 3.3 | La pratique réflexive..... | 66 |
| | La discussion..... | 68 |
| | La conclusion..... | 75 |
| | Les références..... | 77 |
| Appendice A : Les équations de recherche et les schémas associés sur l'expérience des familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP | | |
| | | 87 |
| Appendice B : Les équations de recherche et les schémas associés sur la formation infirmière . | | |
| | | 79 |
| Appendice C : L'expérience des familles aux soins intensifs pédiatriques | | |
| | | 82 |
| Appendice D : L'approche systémique..... | | |
| | | 86 |
| Appendice E : La conversation thérapeutique | | |
| | | 89 |
| Appendice F : Le déroulement de la simulation | | |
| | | 99 |
| Appendice G : La mise en situation..... | | |
| | | 102 |
| Appendice H : Le guide d'observations de l'infirmière | | |
| | | 111 |
| Appendice I : Le guide de <i>débriefing</i> en grand groupe pour le formateur | | |
| | | 113 |
| Appendice J : L'activité de suivi | | |
| | | 115 |

L'introduction

L'hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs pédiatriques (SIP) est une expérience difficile, autant pour l'enfant que pour ses parents. Ces derniers vivent un stress face à cette hospitalisation dans un contexte critique empreint d'instabilité et d'imprévisibilité (Hagstrom, 2017). En effet, lors d'une hospitalisation aux soins intensifs, les enfants peuvent présenter des maladies complexes, telles que des lésions pulmonaires aiguës, des anomalies cardiaques congénitales, des lésions cérébrales traumatiques, de l'insuffisance rénale et des septicémies, qui peuvent parfois mener à un état de choc¹ (Peters et al., 2017). Ces différentes conditions requièrent des traitements spécifiques, variés et, parfois même, invasifs. Ces pathologies sont graves, ont un impact sur la vie des enfants et inquiètent les parents (Lacroix, et al., 2007). Or, dans cette situation, les parents ont besoin d'être accompagnés par l'infirmière. Cette dernière peut accompagner les familles à l'aide d'une communication thérapeutique qui peut se faire sous forme de conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins), toutefois, celles-ci doivent être formées à cette approche.

Dans le texte qui suit, la problématique du travail dirigé est décrite, les différentes stratégies de recherche documentaire sont expliquées, suivies de la recension des écrits et de la proposition de l'intervention de formation infirmière. Finalement, une discussion conclut ce travail.

¹ Un état de choc survient lorsque la demande en oxygène de l'organisme est plus grande que son apport, entraînant alors une carence en oxygène (Urden et al., 2014).

Chapitre 1 : La problématique

1.1 La description de la problématique

Les soins intensifs pédiatriques (SIP) sont des unités de soins qui accueillent des enfants de tout âge dont l'état de santé est critique et, souvent, instable. Les soins que ces enfants requièrent sont complexes, et nécessitent un monitoring et la présence de l'infirmière au chevet, en tout temps. En raison des situations de santé complexes des enfants et des soins qui leurs sont offerts en contexte de soins intensifs, les parents sont confrontés à l'inconnu, ainsi qu'à l'imprévisibilité, et peuvent se sentir dépassés par les événements (Hagstrom, 2017). De plus, l'urgence des soins fait en sorte que l'infirmière est très sollicitée. La grande variété de soins nécessaires et les avancées technologiques requièrent des habiletés précises et avancées de la part de l'infirmière afin d'identifier rapidement une détérioration de l'état de santé, qui pourrait nécessiter des interventions spécifiques et urgentes (Lacroix et al., 2007 ; Long et al., 2013).

Au cours du cycle de vie de la famille, différentes étapes se succèdent et demandent une adaptation de la part du système familial (Carter et McGoldrick, 1999). Or, l'hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs est une expérience qui ajoute aux défis et au stress des parents, venant ainsi perturber leur cycle de vie familiale (Carter et McGoldrick, 1999). À ce moment, la structure de la famille a besoin de s'adapter et les rôles changent. Les parents deviennent alors vulnérables et différents éléments stressants imprévus, tels que l'environnement chaotique, les différents appareillages et l'apparence de l'enfant, accentuent cette vulnérabilité (Alzawad et al., 2020 ; Cantwell-Bartl et Tibballs, 2013 ; Côté et Pettengill, 2011; Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Lisanti et al. 2018 ; MacDonald et al., 2012 ; Rodriguez-Rey et Alonso-Tapia, 2016). Dès lors, les parents éprouvent du stress qui est souvent lié à la possibilité de perdre leur enfant, la perte du rôle parental et le manque d'informations (Greenway et al., 2019 ; Jee et al., 2012 ; Simeone et al., 2018). Un des éléments qui peut influencer le stress vécu par les parents est la communication avec les professionnels de la santé (Hill et al., 2018). Cette communication entre les professionnels

et les parents est essentielle afin de bien répondre aux besoins de ces derniers (Dahav et Sjöström-Strand, 2018 ; Geoghegan et al., 2016 ; Konuk Sener et Karaca, 2017), mais elle est souvent laissée de côté devant l'instabilité et l'imprévisibilité de l'enfant (Hill et al., 2018). D'ailleurs, le sentiment d'*empowerment* des parents est renforcé par la relation de confiance développée avec l'infirmière et la communication qui en découle (Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Houle et Noiseux, 2009 ; Hill et al., 2019 ; Mattsson et al., 2014). Une communication floue, inadéquate et inconstante peut mener à des conflits et une perte de confiance de la part des parents envers l'équipe de soins (Hill et al., 2018). Souvent, les parents croient être préparés aux hauts et aux bas de la maladie de leur enfant, mais ils sont rapidement déstabilisés lorsqu'ils sont confrontés à la réalité de l'hospitalisation de leur enfant aux soins intensifs (Hagstrom, 2017). En ce sens, un outil qui permettrait de répondre à ce besoin de communication serait à promouvoir.

Malgré l'influence que peut avoir la communication sur le stress et l'expérience des parents, la plupart des écrits qui traitent de la pratique infirmière aux SIP portent surtout sur les techniques de soins. En ce sens, l'étude quantitative de Long et al. (2013), analysant la pratique infirmière aux soins intensifs pédiatriques en Australie et en Nouvelle-Zélande, rapportent que l'infirmière en soins critiques exerce un rôle important en regard de la surveillance et du maintien des fonctions vitales des patients, notamment en ce qui a trait aux fonctions cardiaques et pulmonaires (Long et al., 2013). Par exemple, elle doit s'assurer de l'efficacité du soutien ventilatoire du patient, administrer de la médication, effectuer des surveillances spécifiques des moniteurs hémodynamiques invasifs, etc. (Long et al., 2013). Malheureusement, dans cette étude, malgré une question de recherche visant à savoir quels sont les soins infirmiers les plus fréquents aux SIP, d'aucune manière l'importance du rôle de l'infirmière quant à la communication avec les familles dans ce milieu de soins n'a été prise en compte. Pourtant, l'accompagnement des familles

par l'utilisation de différentes habiletés de communication ne peut être ignoré (Wright et Leahey, 2014). Une des raisons qui pourraient expliquer ce manque de reconnaissance de ce rôle infirmier auprès des familles pourrait être liée au fait que celles-ci se sentent moins compétentes et moins formées à communiquer avec les familles. Dans une étude qui explore les perceptions d'infirmières face aux soins des parents dont l'enfant est atteint d'une maladie complexe chronique aux SIP, les infirmières rapportent que leur formation et leur expérience ne les préparent pas adéquatement à interagir avec les parents en situation de soins critiques (Denis-Larocque et al., 2017). D'ailleurs, l'étude de Duhamel et al. (2015) souligne également que les infirmières ne se sentent pas assez outillées à communiquer avec les familles. Elles ne savent donc pas comment intégrer cet aspect à leur pratique. D'ailleurs, cette problématique en lien avec la communication entre l'infirmière et la famille a également été observée dans la pratique de l'étudiante aux SIP du Centre Hospitalier Universitaire de Sainte-Justine (CHUSJ).

Bien que des plusieurs écrits mettent en lumière l'importance du besoin de communication entre l'infirmière et la famille (Coyne, 2013 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Engström et al., 2014 ; Hill et al., 2019 ; Valderrama Sanabria et Munoz de Rodriguez, 2016), peu d'interventions ont été développées et implantées pour tenter de répondre à ce besoin (Duhamel, 2015 ; Wright et Leahey, 2014). Un des moyens employés pour favoriser cette communication est d'inclure les parents au moment de la tournée médicale (Alzawad et al., 2020). Ce moyen est d'ailleurs utilisé dans le milieu de pratique de l'étudiante aux SIP du CHUSJ, où la famille fait partie des priorités de soins. De plus, dans ce milieu, des rencontres avec les familles sont organisées par les différents professionnels aux SIP, les parents peuvent visiter leur enfant en tout temps. Un tableau blanc est disponible dans la chambre de l'enfant pour que des notes soient échangées entre l'infirmière et les parents et ils peuvent être présents lors de procédures invasives et lors de la réanimation

cardiorespiratoire. Ces différentes interventions ont été implantées pour favoriser l'implication des parents dans les soins et la communication avec les professionnels de la santé.

L'unité des SIP du CHUSJ est la plus grosse unité de soins intensifs au Québec. Les enfants peuvent être admis à la suite d'affections d'ordre médical, telles qu'une infection respiratoire sévère ou un choc, ou d'ordre chirurgical, telles qu'un enfant en postopératoire d'une chirurgie cardiaque, ou un polytrauma sévère (CHU Sainte-Justine, 2016). Depuis décembre 2016, différents aménagements ont été mis en place pour faire une place aux parents au sein de l'unité. Les enfants sont hospitalisés dans des chambres uniques, un lit simple est disponible dans la chambre de l'enfant pour qu'un parent puisse cohabiter, un salon des parents est accessible sur l'étage pour que ceux-ci puissent tenter de se reposer, etc. Tous ces aménagements sont à l'effigie du *family-centered care* qui est un cadre théorique adopté dans cet établissement universitaire et qui met la famille au centre des soins. Toutefois, malgré les différentes initiatives qui ont été mises de l'avant pour améliorer l'implication de la famille dans les soins et favoriser la communication avec les professionnels de la santé, dont l'infirmière, il n'y a pas d'intervention spécifique qui a été mise en place pour outiller les infirmières dans leurs communications avec les familles aux SIP.

Cette communication entre l'infirmière et la famille fait partie intégrante des soins à l'enfant, puisqu'elle permet d'accompagner et soutenir les familles durant cette expérience de santé. Lors de ses interactions afin d'accompagner les familles, l'infirmière doit leur fournir de l'information, être à l'écoute de leurs préoccupations, leur compréhension et leurs perceptions de la situation de santé ainsi que de leurs besoins. Elle doit également les inviter à participer aux soins de leur enfant de manière sécuritaire et elle les oriente vers les ressources pouvant leur être bénéfiques. Pour se faire, l'infirmière doit connaître et comprendre le vécu des familles lorsqu'un enfant est hospitalisé, leurs besoins, leurs attentes, leurs croyances et leurs stratégies d'adaptation

(Wright et Leahey, 2014). D'ailleurs, cet accompagnement s'inscrit dans le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2016) à travers lequel la Personne, ici l'enfant et sa famille, est au centre du soin.

Dès lors, cette communication avec les familles fait partie du rôle d'accompagnement de l'infirmière. Ce rôle s'inscrit également dans la pratique avancée de l'infirmière, car celle-ci doit développer diverses facettes de son rôle d'accompagnement en se basant sur les résultats probants, son jugement clinique ainsi que sa pratique clinique. D'ailleurs, selon Hamrick et al. (2014), l'infirmière en pratique avancée n'est pas exclue de la pratique directe, celle-ci doit continuer à prodiguer des soins aux patients et à leur famille. En ce qui concerne l'accompagnement des familles, selon une approche holistique, l'infirmière doit susciter des changements positifs dans l'expérience de santé des patients et leur famille à travers leur expérience de santé (Hamrick et al., 2014). Ces changements s'effectuent, entre autres, par le biais de la communication. De plus, dans le cadre d'une pratique avancée, l'infirmière peut jouer un rôle de formatrice qui l'amène à développer des interventions de formation destinées aux autres infirmières afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients. De ce fait, par le biais de la formation, elle contribue à l'évolution de la pratique clinique (Hamrick et al., 2014). L'infirmière en pratique avancée doit aussi exercer un *leadership* auprès des infirmières afin d'apporter un changement dans leur pratique, soutenu par les écrits scientifiques. C'est donc à la lumière de ces différentes compétences que s'est développé le présent travail dirigé.

Afin de bien outiller les infirmières dans leur communication avec les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP, il est pertinent de, tout d'abord, faire une recension des écrits sur l'expérience de ces familles dans le but de mieux connaître, entre autres, l'ensemble de leurs besoins face à l'hospitalisation de leur enfant et leurs attentes envers les professionnels de la santé,

notamment les infirmières. Selon le besoin qui, à ce jour, demeure moins bien comblé, un outil sera identifié pour soutenir les infirmières. Par la suite, il est également essentiel d'effectuer une recension des écrits sur la formation infirmière afin de déterminer les activités pédagogiques actuelles les plus pertinentes pour la population infirmière. L'ensemble de ces données serviront finalement de guide afin de développer une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP.

1.2 Le but du travail

Le but de ce travail est de proposer une intervention de formation infirmière axée sur la communication entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP. Le cadre de référence qui oriente ce travail est le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016).

1.3 Les objectifs poursuivis

Les objectifs qui découlent de ce but sont :

1. **Effectuer** une revue narrative des écrits, inspirée des principes de Baethge et al. (2019), visant à décrire l'expérience de familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP.
2. **Identifier** les écrits scientifiques pertinents quant aux meilleures pratiques relatives aux approches de formation infirmière actuelles.
3. **Proposer** une intervention de formation axée sur la communication entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP.

Chapitre 2 : La recensions des écrits

Deux recensions des écrits sont présentées dans le chapitre qui suit. En premier lieu, la méthodologie de ces recensions est décrite. Ensuite, chaque thème qui a émergé de la recension des écrits sur l'expérience de familles aux soins intensifs et la formation infirmière est identifié et détaillé dans les différentes sections.

2.1 La méthodologie

L'infirmière exerce un rôle essentiel auprès des familles. Dans ce contexte, il est pertinent de comprendre l'expérience unique des parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP afin de pouvoir mieux communiquer avec eux, et ainsi mieux les accompagner. Afin de bien délimiter en quoi consiste l'expérience de parents dont un enfant est hospitalisé aux soins intensifs, une revue narrative des écrits, inspirée de Baethge et al. (2019), a été menée en deux étapes. Tout d'abord, une recherche d'écrits scientifiques existants sur ce sujet a été effectuée par l'étudiante sur des moteurs de recherche, tels que Sciences Direct et Google Scholar, afin de connaître l'état des connaissances sur le vécu des familles aux SIP en utilisant les mots-clés *PICU* et *parents*. Par la suite, une recherche plus approfondie a été effectuée avec l'aide du bibliothécaire du CHUSJ en utilisant des mots-clés, tels que *family* et *pediatric intensive care unit*. Des stratégies de recherche ont été lancées dans deux bases de données, soit PUBMED et CINAHL COMPLETE (EBSCO). Les stratégies de recherche présentées dans le Tableau 1 et le Tableau 2 de l'Appendice A ont permis d'obtenir un grand total de 522 articles. En éliminant les doublons, ceci a diminué le nombre d'articles à 327. Puis, la lecture du titre et le résumé des articles ont été faits par l'étudiante afin d'éliminer les articles qui n'étaient pas pertinents au sujet de recherche. Les articles étaient sélectionnés selon plusieurs critères, soit l'année de publication (entre 2005 et 2020), une population pédiatrique et, principalement, un contexte de soins critiques occidental similaire à celui du Québec. À la fin de ce triage, 32 articles de

recherche ont été sélectionnés. Avec les articles obtenus préalablement de manière aléatoire, un total de 50 articles, traitant de ce sujet, ont été retenus. De plus, 8 articles de recherche, en lien avec l'approche familiale et qui traitent de l'intervention retenue, ont été transmis à l'étudiante par la codirectrice experte dans le domaine de l'approche systémique familiale (voir schéma figure 1 dans l'Appendice A). Après la lecture et l'analyse des écrits recensés (n=58), trois thèmes ont émergé en lien avec l'expérience des parents, soit : les sources de stress, les impacts sur la famille, et les besoins/attentes des parents ainsi que leurs stratégies d'adaptation.

Ensuite, une seconde revue narrative des écrits, toujours inspirée de Baethge et al. (2019), portant sur la formation infirmière a été lancée, avec l'aide d'un bibliothécaire du CHUSJ, sur le thème de la formation infirmière. Les mots-clés qui ont été employés sont, entre autres, *nursing* et *education*, dans les bases de données PubMed et CINAHL COMPLETE (EBSCO). Une fois les doublons retirés, les stratégies de recherche, présentées dans les tableaux 3 et 4 de l'Appendice A, ont permis d'obtenir 158 articles. Afin de conserver les écrits portant sur les approches et les activités pédagogiques les plus actuelles, seuls les articles entre 2015 et 2020 ont été retenus. Puis, après la lecture des titres et des résumés, les articles étaient sélectionnés selon la pertinence du titre ainsi que la pertinence et l'accessibilité pour la population visée par la formation infirmière et le contexte de soins. Ce triage a ainsi permis d'obtenir 27 articles. De plus, deux écrits classiques en lien avec l'approche par compétences ont été utilisés pour un total de 29 articles inclus dans cette recension.

2.2 La recension des écrits sur l'expérience de familles aux SIP

Dans un premier temps, la revue narrative portant sur l'expérience de familles lorsqu'un enfant est hospitalisé aux SIP a permis de faire émerger trois thèmes : les éléments stressants ; l'impact sur les membres de la famille ; et les besoins et attentes des parents ainsi que leurs

stratégies d'adaptation. Ces résultats permettront aux infirmières de mieux comprendre le vécu de ces familles aux SIP et, par le fait même, mieux communiquer avec elles afin de les accompagner dans leur expérience de santé.

2.2.1 Les éléments stressants.

Les écrits soulèvent une multitude d'éléments stressants pour les parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP. Plus précisément, ces éléments sont principalement liés aux contraintes du contexte critique de soins et à l'état de santé de l'enfant.

2.2.1.1 Les contraintes du contexte critique de soins.

L'unité des SIP est un milieu de soins critiques qui implique une surveillance continue des enfants et la présence d'une infirmière en tout temps (Lacroix et al., 2007). Compte tenu de l'aspect critique des soins, l'action y est constante, et ce, jour, soir et nuit (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Dans la pratique clinique de l'étudiante, ainsi que dans la littérature, les parents se décrivent comme étant « dans un autre monde ». Ce sentiment serait notamment causé par l'effet d'une transition subite, passant d'un environnement tout-à-fait normal, à un environnement peu familier et chaotique (Alzawad et al., 2020 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Dans ce contexte de soins critiques, les parents sont confrontés à l'inconnu et à l'imprévisibilité (Hagstrom, 2017 ; Jee et al., 2012). D'abord, dès le transfert sur l'unité des soins intensifs, une partie de l'inconnu et de l'imprévisibilité peut être reliée au temps d'attente exigé avant de voir son enfant. En effet, dans plusieurs établissements, les parents doivent attendre, en retrait de l'unité de SIP, pendant que l'équipe des SIP installe l'enfant dans sa chambre. Selon l'étude de Béranger et al. (2018), le temps d'attente moyen avant que les parents puissent rejoindre leur enfant, qui a été transféré aux soins intensifs, est de 30 minutes. Les parents peuvent aussi être amenés à attendre certains résultats de tests et d'examen, ou même,

lors d'une procédure de soins (Jones et Lynn, 2018). De manière générale, l'attente, que ce soit lors d'un transfert ou lors des soins à l'enfant, est très anxiogène pour les parents, car ces derniers ne sont alors pas informés de l'évolution de l'état de santé de leur enfant (Béranger et al., 2018 ; Lisanti et al., 2017).

Par la suite, une fois l'attente terminée, les parents continuent de vivre une certaine incertitude alors qu'ils tentent de comprendre la situation de santé de leur enfant et de trouver leur place (Aldridge, 2005 ; Butler et al., 2019). Cette incertitude est également liée au fait que l'admission aux SIP, qui est généralement non planifiée, entraîne une variété de tests et de procédures qui doivent être effectués en peu de temps (Aldridge, 2005). À ce moment, les parents se questionnent sur l'état de santé de leur enfant, les routines du milieu, les différents professionnels de la santé qu'ils côtoient et les canaux d'information (Alzawad et al., 2020 ; Butler et al., 2019). De plus, les parents peuvent parfois avoir de la difficulté avec les mesures d'isolement dans un contexte infectieux, car ils ont l'impression de se sentir restreints dans leurs déplacements sur l'unité et leurs visites (Alzawad et al., 2020). Ils tentent alors de comprendre le fonctionnement et la structure de l'unité en posant des questions, en se faisant guider par les différents professionnels de la santé, en observant le personnel, en lisant des brochures ou en effectuant des recherches sur internet par exemple. La nécessité de comprendre le fonctionnement de l'unité vient, encore une fois, s'ajouter au stress que les parents ressentent déjà, notamment lorsqu'ils n'ont pas d'antécédents d'hospitalisation (Butler et al., 2019 ; Côté et Pettengill, 2011). Par ailleurs, même lorsque les parents ont déjà une expérience avec les milieux hospitaliers, comme c'est le cas de parents dont l'enfant est transféré, par exemple, de l'unité néonatale aux SIP, le fait de changer d'unité et de mode de fonctionnement peut être déstabilisant ou rappeler des souvenirs négatifs (Butler et al., 2019 ; Côté et Pettengill, 2011). En

effet, l'étude de Butler et al. (2019) rapporte que ces parents n'apprécient pas toujours leur expérience aux SIP en raison de cette adaptation au fonctionnement de la nouvelle unité.

Les enfants hospitalisés aux SIP ont un état de santé précaire qui nécessite des soins plus invasifs, dont de nombreuses perfusions (Lacroix et al., 2007). Ceci fait en sorte qu'ils sont reliés à plusieurs tubulures et pompes en plus des fils du moniteur cardiaque. Ces différents appareillages font beaucoup de bruits et ont des alarmes qui peuvent parfois inquiéter les parents (Alzawad et al., 2020 ; Lisanti et al., 2017 ; Côté et Pettengill, 2011 ; MacDonald et al., 2012). Ils peuvent aussi avoir besoin d'une assistance respiratoire, telle qu'une ventilation mécanique ou une ventilation non invasive, et, très souvent, ils ont besoin d'être contentionnés pour des raisons de sécurité, ce qui peut avoir un impact sur le stress des parents (Béranger et al., 2017 ; MacDonald et al., 2012). Les ventilations mécaniques et non invasive ajoutent plusieurs types de tubulures ainsi qu'un gros appareil à proximité du lit de l'enfant. Parfois même, le visage de l'enfant est entièrement couvert par un masque facial afin d'assurer une ventilation non invasive efficace. À ce propos, une étude qualitative dont le but était d'analyser des « blogues » de parents dont l'enfant est hospitalisé sur une unité de SIP a rapporté que l'installation de l'enfant avec ces différents appareillages et la présence d'alarmes sont très stressants pour les parents (Jones et Lynn, 2018).

Outre les appareillages, de nombreuses procédures médicales et de soins infirmiers se déroulent dans la chambre, tels que l'installation de voies centrales ou un changement de pansement complexe. Ces procédures et soins sont effectués dans la chambre, dans un environnement stérile qui nécessite beaucoup d'espace et ne permet pas toujours aux parents d'être en contact avec leur enfant. Certaines de ces procédures sont également longues et difficiles à observer pour des parents déjà inquiets de l'état de santé de leur enfant (Colville et

al., 2009 ; Côa et Pettengill, 2011 ; Ebrahim et al., 2013). Bien que ce soit difficile pour eux d'y assister, plusieurs parents préfèrent rester au chevet, car ils craignent de manquer la visite d'un professionnel ou le changement soudain de l'état de santé de leur enfant pendant leur absence, ce qui peut accentuer leur stress (Lisanti et al., 2017).

Entre les visites fréquentes de l'équipe médicale, les différents consultants, les soins des infirmières et des préposés, les parents évoquent fréquemment qu'ils ont peu d'occasions favorisant l'intimité entre les membres de la famille. Ce manque d'intimité vient également du fait qu'aux SIP, il existe une grande proximité physique avec les autres patients et leur famille. Plusieurs études ont rapporté que les familles trouvent difficile de ne pas pouvoir avoir une conversation de couple privée au chevet de leur enfant hospitalisé et de ne pas avoir de moment en famille (Lisanti et al., 2011 ; Hill et al., 2018). De plus, plusieurs études rapportent que les parents ont peur de ce qu'ils voient ou entendent dans cet environnement au sein duquel d'autres patients et leur famille vivent aussi des situations difficiles, à proximité d'eux, et rapportent ainsi ne pas se sentir à leur place (Colville et al., 2009 ; Jones et Lynn, 2018 ; Lisanti et al., 2017). À cet effet, en 2012, l'étude qualitative de Gaudreault et Carnevale a exploré l'expérience des parents lors d'une détérioration critique et de manœuvres de réanimation d'un autre enfant sur l'unité des SIP où leur propre enfant était hospitalisé. L'étude a révélé que les parents sont inconfortables et peuvent vivre un état de choc en constatant de telles situations. Ils se demandent souvent s'il est préférable rester au chevet de leur enfant ou quitter, mais, peu importe leur décision, le malaise subsiste. Lors de ces événements, les parents vivent des sentiments contradictoires. D'une part, ils sont intrigués et veulent rester auprès de leur enfant, mais, d'autre part, ils ne veulent pas nécessairement être témoins de la réanimation de l'autre enfant et ils ne se sentent pas à leur place (Gaudreault et Carnevale, 2012).

Certains auteurs ont mentionné un autre élément important qui s'ajoute au stress de beaucoup de parents, soit les règles de l'unité de SIP. Les différentes règles mises en place dans le but d'assurer la sécurité et prévenir les infections sur l'unité ne sont pas toujours comprises par les parents, ce qui les amène à les percevoir négativement (Baird et al., 2015). Ils peuvent avoir l'impression que ces règlements les empêchent de participer aux soins de leur enfant (Côté et Pettengill, 2011). Lorsque la visite des certains membres de la fratrie est interdite, les parents peuvent percevoir cela comme étant une barrière à passer du temps en famille (Hagstrom, 2017). À ce propos, l'étude à devis mixte conduite par Hagstrom (2017) auprès de neuf parents, soit huit mères et un père, rapporte que les parents apprécient beaucoup que la fratrie puisse visiter leur frère ou leur sœur hospitalisé, car ceci réduit le stress relié à la séparation. À cela s'ajoute un autre règlement, celui qui interdit de manger dans la chambre de l'enfant. Pour les parents inquiets qui refusent de quitter le chevet de leur enfant, cela peut faire en sorte qu'ils passent plusieurs heures sans manger (Baird et al., 2015). Dans la pratique clinique de l'étudiante, les parents insistent énormément pour que leurs autres enfants viennent dans la chambre ou pour apporter un repas ou une collation dans la chambre. Les infirmières perçoivent alors que les règlements ne sont pas respectés par les parents. Ceci peut faire en sorte que ces familles sont étiquetées par les infirmières, c'est-à-dire qu'elles sont identifiées entre elles comme étant des familles plus difficiles. Ceci devient une source de malentendus, voire de conflits entre les infirmières et les familles, de sorte que leur relation peut s'en trouver affectée par ces règlements. Or, l'expérience de soins devient encore plus lourde pour les parents par la suite (Baird et al., 2015). Ceci soutient le besoin de communication entre l'infirmière et les parents afin de bien comprendre les besoins des uns et des autres.

D'autre part, les changements fréquents liés au plan de soins, au niveau de soins, à

l'emplacement de la chambre et aux infirmières en charge sont des sources de préoccupations pour les parents qui ont été soulevées dans plusieurs écrits (Hill et al., 2019 ; Jones et Lynn, 2018). Des changements au niveau des plans de traitements et des niveaux de soins inquiètent les parents, car ils ont de la difficulté à les comprendre (Greenway et al., 2019 ; Hill et al., 2019). Les contraintes organisationnelles liées au manque de personnel font en sorte que les patients doivent aussi, régulièrement, changer de chambre. Les parents ne peuvent donc jamais s'installer complètement dans la chambre et doivent constamment se réorienter sur l'unité (Jones et Lynn, 2018). De plus, à cause d'un roulement constant de personnel infirmier, les parents rapportent souvent qu'ils n'ont jamais la même infirmière. Ceci les préoccupe beaucoup, car ils doivent constamment rebâtir une relation de confiance avec elle et ils doivent lui laisser le temps d'apprendre à connaître les particularités de leur enfant (Hill et al., 2019).

2.2.1.2 L'état de santé de l'enfant.

Outre les contraintes liées au milieu, les écrits rapportent que la sévérité de la maladie de l'enfant effraie les parents et peut les déstabiliser, surtout lorsqu'ils prennent conscience de la gravité de la maladie, les étapes qui leur restent à franchir et les soins futurs (Alzawad et al., 2020 ; Hagstrom, 2017 ; Egström et al., 2014 ; Lisanti et al., 2017). À ce moment, leur préoccupation principale est la survie de leur enfant et que celui-ci reçoive les meilleurs soins possible (Ames et al., 2011 ; Butler et al., 2019). De ce fait, dans la phase aiguë de la maladie, les parents ont tendance à rester en retrait, accepter les restrictions imposées par l'environnement et laisser les professionnels de la santé intervenir auprès de l'enfant (Butler et al., 2019). Puis, lorsqu'ils ont une meilleure compréhension de la situation, ils ont plus confiance en leurs capacités. Dès lors, ils veulent s'impliquer davantage dans les soins offerts à leur enfant (Butler et al., 2019). Or, cette information appuie l'importance de communiquer avec les parents afin

de les aider à comprendre la situation de santé de leur faire, souligner leurs forces et, ainsi, faire en sorte qu'ils se sentent plus compétents face aux soins à offrir.

L'état de la maladie de l'enfant peut aussi mener à un état de détresse physique et psychologique importante chez l'enfant. D'ailleurs, l'étude à devis mixte de Hagstrom (2017), dont le but était de décrire les sources de stress chez les familles dont l'enfant a été hospitalisé aux SIP pour plus d'une semaine, a rapporté que la détresse et la sévérité de la maladie de l'enfant sont deux éléments qui stressent le plus les parents, selon l'échelle *Family Systems Stressor-Strength Inventory (FS³I)*. L'échelle *FS³I* consiste en un questionnaire permettant aux familles d'identifier les éléments stressants et les forces au sein de la famille. Cet état de détresse de l'enfant peut se manifester par de l'inconfort et de l'agitation difficilement contrôlables chez lui, pouvant parfois le mener à des états de crise qui n'ont jamais été observés par les parents auparavant. Les parents peuvent même avoir l'impression de ne pas reconnaître les comportements de leur enfant (Hagstrom, 2017). Par ailleurs, les nombreux traitements administrés à l'enfant ainsi qu'une oxygénation inadéquate, entre autres, peuvent modifier l'apparence de l'enfant et insécuriser les parents (Aldridge, 2005 ; Cantwell- Bartl et Tibballs, 2013 ; Lisanti et al. 2018 ; Rodriguez-Rey et Alonso-Tapia, 2016). Par exemple, la pâleur et l'œdème généralisé sont des caractéristiques que les parents peuvent souvent observer lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP et qui peuvent les surprendre (Colville et al., 2009). Plusieurs parents ont rapporté être terrorisés à la vue de leur enfant devenu cyanosé d'une seconde à l'autre (Hagstrom, 2017). Sur ce fait, l'étude qualitative de Jee et al. (2012) mentionne que l'apparence de l'enfant est un élément qui affecte plus les mères que les pères.

Généralement, l'hospitalisation d'un enfant aux SIP signifie que son état de santé est instable et qu'il pourrait en mourir. Parfois même, le décès de l'enfant est inévitable. Cette

proximité de la mort est un autre élément de stress pour les parents selon les écrits scientifiques (Côa et Pettengill, 2011 ; Colville et al., 2009). Bien que la mort soit un processus naturel, le décès d'un enfant ne l'est pas. De façon générale, les parents peuvent sentir qu'il est inacceptable que leur enfant décède avant eux (Lafontaine, 2008). Ainsi, les parents dont l'enfant se retrouve aux SIP doivent faire face à la peur de le perdre. Plusieurs parents affirment d'ailleurs que leur vie devient dominée par ce sentiment (Simeone et al., 2018). Bref, plusieurs éléments du contexte de soins inquiètent les parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP, soit l'inconnu et l'imprévisibilité de la situation de santé de leur enfant, le manque d'intimité, l'appareillage, les règles de l'unité de soins et les changements fréquents au niveau des soins. D'autre part, l'état de santé de l'enfant est aussi une source d'une grande inquiétude pour les parents en raison de la sévérité de la maladie, la détresse physique et psychologique de l'enfant et la proximité de la mort.

2.2.2 Les impacts sur les membres de la famille.

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a des conséquences sur tous les membres de la famille. Chaque personne vit sa propre expérience de soins. Toutefois, les écrits rapportent les impacts les plus fréquents sur le vécu des parents, notamment au sein du couple et de la vie familiale, incluant la fratrie.

2.2.2.1 Les impacts sur le vécu des parents.

Lors de l'hospitalisation d'un enfant aux SIP, les parents sont ébranlés. Les écrits mentionnent une multitude d'émotions ressenties par les parents qui peuvent parfois sembler contradictoires (Latour et al., 2011). L'étude de Ames et al. (2011) souligne une variété d'émotions allant de la peur, la culpabilité et l'impuissance à soulager leur enfant, à l'espoir, l'optimisme et la prudence. Ils ont parfois beaucoup de difficulté à gérer leurs émotions et ils

peuvent se sentir dépassés par les événements (Alzawad et al., 2020 ; Côté et Pettengill, 2011 ; Engström et al., 2014). Ils sont anxieux, mais ils se sentent à la fois soulagés et rassurés que leur enfant soit enfin pris en charge par une équipe de SIP. Dès leur arrivée sur l'unité, ils ressentent un profond sentiment d'irréalité face à ce qui leur arrive et à l'environnement ultra technologique qui les entoure (Alzawad et al., 2020 ; Colville et al., 2009). Ils peuvent également se sentir frustrés à l'égard des soins, surtout lorsque leur enfant est constamment en douleur ou lorsqu'ils ne se sentent pas traités de façon humaine (Engström et al., 2014). À un certain point, ils peuvent éprouver un niveau de fatigue psychologique élevée, causé par la souffrance de leur enfant et la détérioration de son état de santé, qui peuvent parfois même mener à un sentiment de désespoir (Alzawad et al., 2020).

Plus particulièrement, plusieurs écrits se sont intéressés au vécu des mères qui sont souvent celles qui restent au chevet de l'enfant hospitalisé aux SIP. Ces mères peuvent ressentir une grande détresse psychologique. Comme les pères sont souvent à la maison pour prendre soin des autres enfants, elles peuvent se sentir angoissées et seules face à cette situation (Hagstrom, 2017 ; Lisanti et al. 2017). Elles peuvent également se sentir tristes et déchirées entre, retourner à la maison auprès du reste de la famille, ou bien rester au chevet de leur enfant hospitalisé qui nécessite des soins. Elles peuvent aussi se sentir coupables à l'idée que l'enfant hospitalisé, ou les enfants à la maison, se réveillent et aient peur en constatant leur absence. Plusieurs mères décrivent leur volonté de répondre aux besoins de tous leurs enfants en voulant « se séparer en deux » (Hagstrom, 2017; Jee et al. 2012).

Les parents peuvent également vivre un deuil de l'enfant « normal » dès l'hospitalisation aux SIP. Ce deuil s'ajoute aux autres stress causés par l'état critique de leur enfant. Les parents peuvent être en proie à un sentiment de perte face au développement normal de leur enfant

(Cantwell-Bartl et al., 2013). Ce sentiment de perte, qui engendre un deuil, peut également survenir lorsque les parents sont présents lors des complications de l'état de santé de l'enfant, ou lors d'un arrêt cardiorespiratoire qui peuvent laisser des séquelles importantes (Cantwell-Bartl et al., 2013). Au-delà de ce sentiment de perte lié à l'enfant normal, il y a le sentiment de perte du rôle parental qui est souligné dans de nombreux écrits (Aldridge, 2005 ; Côté et Pettengill, 2011 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Jones et Lynn, 2018 ; Lisanti et al., 2017 ; Rodriguez-Rey et Alonso-Tapia, 2015 ; Simeone et al., 2018). Ceci s'explique, tout d'abord, par le fait que le rôle premier d'un parent est de protéger son enfant, mais, durant l'hospitalisation de leur enfant aux SIP, ceci devient presque impossible. De plus, les parents sont réticents à approcher leur enfant lorsque celui-ci est relié à différents appareils qui émettent des alarmes, car ils craignent de provoquer un inconfort à leur enfant, de sorte que le contact entre le parent et l'enfant demeure très difficile. Ils ont l'impression de ne plus savoir comment prendre soin de leur enfant et que leur rôle de parents leur a été retiré (Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Simeone et al., 2018).

Après quelques jours aux SIP, le manque de sommeil chez les parents s'installe. Au début, les parents refusent d'aller dormir à la maison, car ils craignent que l'enfant se réveille et qu'il ait peur en constatant leur absence (Baird et al., 2015). Puis, la fatigue s'accumule, puisque les bruits des moniteurs ainsi que les discussions nocturnes dans la chambre et le corridor réveillent les parents (Engström et al., 2014 ; Stremmler et al., 2011). Plusieurs autres éléments influencent le sommeil des parents, soit le fait de se sentir déchirés entre rester au chevet de l'enfant ou retourner à la maison, les changements au niveau des habitudes de sommeil liés à l'hospitalisation et l'accessibilité ou non à un endroit pour dormir (Stremmler et al., 2011). Le manque de sommeil a des conséquences physiques et émotionnelles sur les parents. Ceux-ci ont

alors plus de difficultés à gérer leurs émotions ; ils sont plus facilement en colère ou irritables, ce qui peut rendre plus difficile la communication avec les professionnels de la santé (Stremler et al., 2011). De plus, ils peuvent avoir de la difficulté à être attentifs, présenter des troubles de mémoire ou avoir moins de flexibilité cognitive (Medina et al., 2009).

D'ailleurs, dans la littérature, il a été rapporté que les parents sont plus vulnérables et peuvent éprouver des symptômes de détresse psychologique lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP. En effet, l'étude de Stremler et al. (2017), menée aux soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital SickKids à Toronto (Canada) auprès de 118 parents, a démontré que 24% des parents présentaient des symptômes d'anxiété sévère, 51% présentaient des symptômes de dépression sévère et 26% éprouvaient des difficultés à prendre des décisions. Ces symptômes ont été associés, dans le cadre de cette étude, au manque de soutien social et au manque de sommeil (Stremler et al., 2017). D'autre part, l'étude de Mortensen et al. (2015) rapporte que, sur les 90 parents qui ont participé à leur étude, 17% des mères et 7% des pères ont été diagnostiqués d'un trouble d'anxiété sévère. Ainsi, il apparaît que plus le stress des parents est élevé, plus ils apprécient et ont besoin du soutien de l'infirmière. À ce propos, ces mêmes auteurs définissent le soutien de l'infirmière notamment par les informations qu'elle transmet aux familles, l'encouragement du rôle parental, le soutien émotionnel qu'elle offre aux parents ainsi que la réponse à leurs besoins lors des soins à l'enfant. Cette étude a également soulevé que l'anxiété des mères est plus élevée lorsque leur enfant est en bas âge, alors que l'anxiété des pères dépend de la sévérité de la maladie de l'enfant (Mortensen et al., 2015).

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a également des conséquences sur la vie de couple des parents. Leur relation peut devenir sévèrement compromise (Lisanti et al., 2017). D'abord, la réponse de chacun au stress peut être une source de conflits entre eux (Lisanti et al., 2017).

Dans l'étude de Lisanti et al. (2017), les mères ont affirmé que, lorsque leur enfant est dans un état de santé critique, le stress est tel qu'elles ne veulent plus ressentir d'émotions dans leur couple et que beaucoup d'efforts doivent être faits pour maintenir la relation conjugale. Cela dit, les conflits que ceci occasionne ajoutent un stress supplémentaire pour les parents (Lisanti et al., 2017). De plus, tel que mentionné plus haut, le plus souvent, c'est la mère qui reste au chevet de l'enfant alors que le père retourne à la maison pour le travail ou pour s'occuper des autres enfants. L'éloignement qui s'ensuit peut affecter le couple. Comme le peu d'interactions qu'ils ont est souvent teinté de conflits, ceux-ci n'ont alors aucun moment d'intimité et le couple devient insatisfait (Medina et al., 2009).

Enfin, l'expérience des parents est stressante et, surtout, remplie d'une multitude d'émotions allant de la peur, à la colère, à la culpabilité. Notamment, ceux-ci peuvent être amenés à vivre le deuil d'un enfant « normal » ou éprouver une détresse psychologique. Généralement, la mère reste au chevet de l'enfant alors que le père retourne à la maison pour voir à la gestion de leurs autres engagements et responsabilités qui se poursuivent malgré l'hospitalisation. En s'ajoutant à la fatigue qui s'accumule graduellement, la vie de couple peut devenir difficile.

2.2.2.2 Les impacts sur la vie familiale.

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a aussi des répercussions sur la vie familiale et sur les membres de la fratrie. Les familles ayant participé à l'étude de Hagstrom (2017), qui s'est déroulée sur une unité de SIP aux États-Unis, ont soulevé que leur source primaire de stress durant l'hospitalisation est la séparation du reste de la famille. Ceci génère une grande détresse au sein de la fratrie. Puisque les mères ont tendance à rester au chevet de l'enfant la peur de l'abandon est très présente chez la fratrie qui n'est pas toujours en âge de tout comprendre. Ceci

se manifeste par de l'irritabilité et des crises de pleurs plus fréquentes. De plus, ces jeunes enfants ont tendance à s'accrocher au père lorsque celui-ci quitte la maison pour aller au chevet de l'enfant hospitalisé aux SIP (Hagstrom, 2017).

Durant cette période d'hospitalisation, la vie familiale est interrompue. La perte de normalité causée par l'hospitalisation de l'enfant occasionne des changements de rôles au sein de la famille. Par exemple, entre le travail et les déplacements, le père doit s'occuper des autres enfants ainsi que de la préparation des repas (Cantwell-Bartl et Tibballs, 2013 ; Côa et Pettengill, 2011 ; Hagstrom, 2017). Parfois, les grands-parents, les oncles et les tantes peuvent aussi prendre part aux soins à la fratrie. Les adolescents et les jeunes adultes, quant à eux, doivent prendre en charge davantage de tâches ménagères, le tout dans le but de maintenir une routine quotidienne pour les enfants qui doivent rester à la maison (Hagstrom, 2017). Or, cette perte de normalité peut s'étendre au point où la famille, plus particulièrement les mères, reconnaît que la vie familiale ne sera plus jamais la même à la suite de cette expérience aux SIP, notamment en raison des pertes fonctionnelles encourues ou de l'état de santé fragile de l'enfant (Lisanti et al., 2017). En plus de l'inquiétude reliée à la survie de l'enfant hospitalisé et les conséquences sur les autres membres de la famille, les parents peuvent être stressés par le travail et les finances. En effet, dépendamment de l'âge de l'enfant, la mère ou le père doit s'absenter du travail durant plusieurs jours. Ainsi, dépendamment des conditions de travail dont les parents bénéficient, l'hospitalisation de leur enfant aux SIP peut occasionner une perte financière importante qui peut nuire au bon fonctionnement de la famille (Lisanti et al., 2017).

En somme, l'hospitalisation d'un enfant aux SIP a des répercussions au niveau émotionnel, ainsi que sur la vie de couple des parents. Cette hospitalisation a aussi des répercussions sur la vie familiale en raison de la séparation de la famille qui entraîne une détresse au sein de la fratrie,

d'une perte de normalité qui génère des changements de rôles au sein des membres de la famille et des conséquences importantes sur le travail et les finances.

2.2.3 Les besoins et les attentes des parents ainsi que leurs stratégies d'adaptation.

Aux SIP, les parents éprouvent plusieurs besoins et attentes, notamment en regard de l'environnement et des professionnels de la santé, qui sont décrits dans le texte qui suit. Rapidement, les parents développent aussi différentes stratégies d'adaptation qui leur sont propres et dépendent de leurs expériences de soins.

2.2.3.1 Les besoins au niveau de l'environnement.

Dans un premier temps, en ce qui concerne l'environnement, la priorité des parents est de pouvoir être près de leur enfant en tout temps, incluant lors des procédures de soins (Aldridge, 2005 ; Evans et Thomas, 2011 ; Mattsson et al., 2014). D'ailleurs, les parents apprécient beaucoup avoir la possibilité de personnaliser la chambre, soit avec une couverture, des photos collées au mur, des pyjamas et des jouets de la maison (MacDonald et al., 2012).

En lien avec l'environnement de soins, en 2018, Hill et al. ont publié une revue intégrative des écrits qui explore, entre autres, l'implantation du *family-centered care* dans les études datant de 2008 à 2018. Grâce à leur stratégie de recherche, les auteurs ont retenu 49 articles. Sous l'angle du respect et de la dignité, qui sont des thèmes propres au *family-centered care*, ils se sont intéressés à la perception des parents quant à l'environnement physique et culturel des SIP. Les éléments soulevés se rapportent à l'accessibilité et au confort. L'accessibilité implique plusieurs points, soit avoir accès à une chambre propre à proximité de la salle d'attente, à un téléphone et un casier pour leurs effets personnels, à une salle de bains disponible sur l'unité de soins pour effectuer leurs soins d'hygiène, à une salle pour manger ainsi que pour se reposer et à une télévision pour se distraire. D'autre part, le confort est lié à la grandeur de la chambre de

l'enfant qui permettrait d'installer une chaise confortable à côté du lit, de ranger certains objets personnels et d'installer un lit pour que les parents puissent dormir dans la chambre (Hill et al., 2018). D'ailleurs, Latour et al. (2011) mentionnent également que les parents apprécient aussi lorsqu'ils ont de l'intimité dans la chambre, encore plus lorsqu'ils peuvent bénéficier de chambres individuelles (Latour et al., 2011).

Toutefois, certaines particularités s'ajoutent lorsqu'il s'agit d'un enfant en fin de vie aux SIP. Lors de cette situation particulière, les attentes des parents concernent surtout l'aspect privé de l'environnement. Ils apprécient beaucoup le fait d'avoir une chambre plus grande, individuelle, qui laisse entrer la lumière du jour et dans laquelle ils peuvent y mettre des photos de l'enfant. Ils s'attendent à ce que les deux parents puissent dormir et manger aux côtés de l'enfant. Ils sont également soulagés de savoir que les heures de visite ne s'appliquent pas et de bénéficier de certains avantages, tels que le stationnement gratuit dans certains établissements (Butler et al., 2019 ; Lamiani et al., 2013).

Bref, les familles ont plusieurs besoins et attentes en ce qui concerne l'environnement des SIP. Leurs attentes prioritaires concernent l'accessibilité à leur enfant et le confort. Cependant, dans un contexte de fin de vie aux SIP, les parents sont plus insistants sur la préservation de leur intimité afin d'avoir quelques derniers moments de qualité avec leur enfant.

2.2.3.2 Les besoins et les attentes envers les professionnels de la santé.

En ce qui a trait aux besoins en lien avec les professionnels de la santé, un des premiers besoins mentionnés par les parents est lié à la communication. Ils ont besoin de sentir qu'ils ont quelqu'un à qui parler et qui répond à toutes leurs questions en témoignant de la patience, de l'ouverture et de l'accessibilité (Côté et Pettengill, 2011 ; Colville et al., 2009 ; Engström et al., 2014 ; Evans et Thomas, 2011 ; Merk et Merk, 2013 ; October et al., 2014). Plus précisément,

pour les parents, le besoin de communication comprend plusieurs éléments. Tout d'abord, ils désirent que l'équipe de soins les informe sur l'état de santé de leur enfant, les causes possibles de la maladie et les options de traitement. Ils désirent également que l'équipe de soins leur donne des explications quant aux interventions et aux procédures avant que celles-ci soient entamées. Ils souhaitent aussi que celle-ci réponde à toutes leurs questions, dans un langage adapté à leur niveau de compréhension, en plus de se sentir écoutés, notamment en regard de leurs préoccupations. De plus, les parents veulent sentir qu'ils peuvent questionner l'équipe de soins sans se sentir comme une nuisance (Coyne, 2013 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Engström et al., 2014 ; Hill et al., 2019 ; Valderrama Sanabria et Munoz de Rodriguez, 2016). Le fait d'être informés permet aux parents de comprendre le processus décisionnel de l'équipe médicale face aux différents soins à leur enfant, leur inspire confiance et fait en sorte qu'ils se sentent en sécurité face à l'équipe de soins (Engström et al., 2014 ; Simeone et al., 2018). Ainsi, ils sentent qu'ils font partie intégrante des soins offerts à leur enfant et que leur besoin de préserver leur rôle de parents est compris (Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Simeone et al., 2018 ; Valderrama Sanabria et Munoz de Rodriguez, 2016). Par exemple, la participation des parents à la tournée médicale est un moyen de communication entre les parents et l'équipe de soins. Toutefois, Greenway et al. (2019) rapportent que la forte présence de l'équipe multidisciplinaire dans la chambre de l'enfant peut être intimidante pour les parents. Ainsi, certaines familles préfèrent poser leurs questions qu'à une seule personne. Par exemple, en raison de leur rôle et de leur proximité avec la famille, les infirmières peuvent être une personne-ressource pour les parents en ce qui a trait à l'information.

Dans des études visant à décrire l'expérience de parents lorsque leur enfant est admis aux SIP, il a été mentionné, à quelques reprises, que les parents souhaitent surtout que les

professionnels de la santé les encouragent à préserver leur rôle parental. Les parents veulent être davantage que de simples visiteurs auprès de leur enfant (Coyne, 2013 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Hill et al., 2019 ; Latour et al., 2011 ; Macdonald et al., 2012). Ils ont aussi exprimé le désir que les infirmières leur demandent s'ils veulent ou non participer aux soins de leur enfant et que ce choix soit respecté. Ils apprécient également lorsque les infirmières leur enseignent comment mobiliser leur enfant sans nuire à l'appareillage à laquelle l'enfant est relié. Ceci leur inspire confiance envers les infirmières et envers leurs propres capacités (Dahav et Sjöström-Strand, 2017 ; Hill et al., 2019 ; Mattsson et al., 2014). Au début de l'hospitalisation, les parents apprécient participer aux soins de bases, tels que bercer ou tenir l'enfant, changer la couche et donner le bain. Par la suite, ils désirent participer également aux soins plus complexes, incluant la planification des soins et les décisions liées aux traitements (Côa et Pettengill, 2011 ; Hill et al., 2019 ; Latour et al., 2011). Par le fait même, ceci a un effet bénéfique pour les enfants qui voient leur anxiété face aux soins diminuée, en plus de les rendre plus confortables et de leur procurer un sentiment de sécurité en présence d'une personne familière (Coyne, 2013 ; Dahav et Sjöström-Strand, 2017).

Par ailleurs, l'étude qualitative de Hill et al. (2019), dont le but était de décrire la perception des parents face au *family-centered care* aux SIP, et, plus précisément, comment l'environnement physique et culturel des SIP ont un impact sur les parents dont l'enfant a un état de santé critique, rapporte que les parents s'attendent à ce que la prise en charge de leur enfant s'effectue dans le respect et la dignité. Les résultats de l'étude définissent le respect et la dignité comme étant la manière dont les parents et leur enfant hospitalisé sont traités. Par exemple, ils apprécient percevoir que l'infirmière se préoccupe du bien-être et de la survie de l'enfant. Ils affectionnent aussi lorsque l'infirmière connaît et tient compte des particularités de

leur enfant. Dans cet ordre d'idées, Côté et Pettengill (2011), Dahav et Sjöström-Strand (2017) et Konuk Sener et Karaca (2017) ont ajouté que les parents ont besoin de sentir qu'une relation se crée entre eux et l'équipe de soins. Ils sont satisfaits lorsqu'une proximité avec l'infirmière se crée au fil du temps et aiment ressentir de l'ouverture face à leur expérience (Hill et al., 2019). Cette proximité s'installe souvent par de petites attentions, telles que de se présenter et partager le plan de soins de la journée (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Ils sont comblés, par exemple, lorsque l'infirmière se préoccupe de la qualité de leur sommeil et identifie, avec eux, des stratégies pour l'améliorer (Stremmer et al., 2011). Ils le constatent également par le niveau d'implication de l'infirmière dans les soins à leur enfant et sa survie. Par exemple, ils remarquent lorsque l'infirmière manifeste sa joie ou sa déception, selon la trajectoire que prend l'état de santé de l'enfant (Hill et al., 2019). De plus, les parents estiment grandement la continuité dans les soins à leur enfant (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Ils sont rassurés lorsque la même infirmière prend soin de leur enfant (Hill et al., 2019 ; Latour et al., 2011). Ils préfèrent également quand l'infirmière possède une certaine expérience dans le milieu de soins critiques (Hill et al., 2019). Aussi, les parents sont reconnaissants quand l'équipe de soins respecte leurs besoins spirituels. Par exemple, ils apprécient lorsque l'infirmière prend le temps de prier avec eux si tel est leur désir (Hill et al., 2019). À la lumière de ces faits, les parents semblent éprouver le besoin d'être en communication et en relation avec l'équipe médicale dont fait partie l'infirmière.

En ce qui a trait à la présence des parents durant les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR), l'étude de Houle et Noiseux (2009) rapporte que les parents aimeraient que l'équipe de soins accepte leur présence lors d'une RCR et les accompagne au travers le processus. En revanche, l'étude de Ebrahim et al. (2013) ne rapporte aucune différence au niveau

de la satisfaction des parents, qu'ils soient présents ou non, durant la procédure de RCR. Cela étant dit, la présence ou non des parents lors d'une RCR demeure un choix personnel guidé par l'équipe de soins. Ainsi, un partenariat s'établit entre les parents et l'équipe de soins. Ce partenariat est nécessaire, car une décision éventuelle importante pouvant avoir un impact émotif sur la famille s'effectue sur une base collaborative. L'étude de cas de Houle et Noiseux (2009) s'est déroulée aux SIP du CHUSJ qui est le milieu de pratique de l'étudiante et où la famille fait partie des priorités de soins. L'analyse thématique des données obtenues a révélé que les parents apprécient avoir l'option d'être présents lors d'une RCR, de pouvoir reconforter leur enfant, d'être informés des interventions effectuées, d'avoir la possibilité de verbaliser sur leur expérience tout en étant soutenus par une infirmière. Ceci leur permet de mieux comprendre les événements et leur confirme que tout a été fait pour assurer la survie de leur enfant (Houle et Noiseux, 2009). En ce sens, ils aimeraient également être près de l'enfant lors des procédures invasives (Konuk Sener et Karaca, 2017). Selon Houle et Noiseux (2009), cette proximité est importante, autant pour le parent que pour l'enfant, car l'enfant se voit rassuré, encouragé et protégé, et le rôle parental en est ainsi renforcé.

Dans la situation particulière où l'enfant est en fin de vie, voire décède aux SIP, les besoins des parents envers l'équipe de soins peuvent être plus spécifiques. Une étude de Butler et al. (2019), qui a analysé des entrevues semi-structurées de 26 parents quant à leur expérience en regard des soins de fin de vie et le suivi de deuil lorsque leur enfant est décédé aux SIP, a souligné qu'ils ont un grand besoin d'honnêteté de la part des professionnels de la santé. Ils veulent que les professionnels de la santé leur disent clairement que les chances de survie de l'enfant sont limitées, et ce, dans un langage adapté. Ils aiment que des explications leur soient transmises à l'oral et à l'écrit, parfois même en utilisant des images ou des diagrammes (Butler

et al., 2019). De plus, la communication verbale ainsi que non verbale de l'équipe de soins a une influence importante sur l'expérience de ces familles aux SIP (Mitchell et al., 2019). Ils souhaitent préserver leur rôle parental le plus possible (Butler et al., 2015 ; Lamiani et al. 2013). Ils se sentent également plus à l'aise lorsque les mêmes personnes prennent soin de leur enfant et abordent avec eux la fin de vie et le retrait graduel des appareils qui maintiennent leur enfant en vie, car une relation de confiance s'installe avec elles (Butler et al., 2019 ; Mitchell et al., 2019). Ils sont même soulagés lorsque l'infirmière reste avec eux après le décès de l'enfant et les accompagnent à faire le dernier bain, à rassembler leurs effets personnels et à quitter l'unité. Enfin, ils apprécient lorsque des références à divers groupes de soutien leur sont proposées (Butler et al., 2019).

Enfin, les attentes des parents envers les professionnels de la santé sont en lien avec la communication, la présence au chevet de leur enfant, la relation de confiance avec l'infirmière, le respect ainsi que la dignité. Les parents souhaitent être informés le plus rapidement possible de l'état de santé de leur enfant, que leurs questions soient répondues, et ce, dans un langage adapté à leur niveau de compréhension. Ainsi, ceci leur permet de sentir qu'ils font partie intégrante des soins offerts à leur enfant et que leur rôle parental est préservé.

2.2.3.3 Les stratégies d'adaptation.

Dans le but de diminuer leur stress et de pourvoir aux besoins de leur famille durant l'hospitalisation aux SIP, les parents ont recours à différentes stratégies d'adaptation. À ce propos, plusieurs auteurs, tels que Colville et al. (2009), Engström et al. (2014), ainsi que Gaudreault et Carnevale (2012), relatent différentes stratégies d'adaptation efficaces dans ce contexte de soins critiques. Compte tenu que la réponse au stress est propre à chacun, selon Colville et al. (2009), les stratégies d'adaptation diffèrent entre les mères et les pères. Les auteurs

révèlent que les pères ont moins tendance à exprimer leurs émotions et s'en tiennent aux éléments concrets, tels que la quête d'informations et leur côté pratico-pratique. Les pères vont également dresser des listes de priorités. De leur côté, les mères vont traiter de leur vécu et participer davantage aux soins directs à l'enfant hospitalisé. Malgré ces différences, celles-ci peuvent être complémentaires et positives dans l'accompagnement de l'enfant hospitalisé (Colville et al., 2009). Toutefois, l'étude de Engström et al. (2014) a rapporté que les parents désirent être ensemble au chevet de leur enfant, car ils peuvent se soutenir et parler de leurs émotions entre eux. La différence des résultats de ces deux études suggère que chaque personne vit une expérience de soins unique et que la différence notée n'est pas nécessairement entre les mères et les pères, mais bien entre les personnes.

Les écrits énoncent une multitude de stratégies d'adaptation efficaces pour les parents. Premièrement, l'entourage, soit la famille élargie, les amis ou les autres parents, aide grandement à l'adaptation familiale. Ils peuvent offrir de l'écoute et diminuer le fardeau lié aux autres responsabilités des parents. Leur aide permet ainsi, aux parents, de prioriser leur enfant malade (Colville et al., 2019 : Jones et Lynn, 2018).

Deuxièmement, une autre stratégie d'adaptation employée par les parents est de chercher de l'information sur la maladie de leur enfant, de reconnaître les symptômes associés à la maladie ainsi que de comprendre le plan de soins (Jee et al., 2012). Ils peuvent alors être plus confiants dans leurs soins et leurs décisions, en plus de mieux comprendre les discussions avec les professionnels de la santé. Leur rôle de parents s'en trouve ainsi préservé.

Troisièmement, plusieurs parents ont recours à leur créativité afin de créer un environnement qui leur est plus familier. Par exemple, ceux-ci peuvent, entre autres, mettre des photos au mur ou décorer la chambre de l'enfant selon les possibilités de l'unité de soins (Jones

et Lynn, 2018). D'ailleurs, la possibilité de rester au chevet de leur enfant le plus longtemps possible diminue grandement leur stress (Jee et al., 2012).

Ensuite, le recours à la religion et la spiritualité peut être réconfortant pour les parents aux SIP (Gaudreault et Carnevale, 2012 ; Jones et Lynn, 2018). L'analyse qualitative de Superdock et al. (2018) confirme que la religion et la spiritualité sont importantes pour certains parents et peuvent influencer leurs décisions. Plusieurs thèmes issus de l'analyse thématique suggèrent des stratégies d'adaptation efficaces pour les parents, telles que le recours à la foi et à l'espoir, qui peuvent donner ou augmenter la confiance en leurs décisions et éviter les regrets. De plus, des rituels, tels que la prière, peuvent permettre aux parents de se sentir guidés dans la prise de décision et se sentir apaisés par la croyance que la prière peut influencer positivement l'état de santé de leur enfant (Superdock et al., 2018). L'étude de Jones et Lynn (2018), qui identifie des stratégies d'adaptation jugées utiles à l'amélioration de la gestion du stress sur des blogues de parents, mentionne que de vivre le moment présent et maintenir l'espoir permettent aux parents de se concentrer sur leur enfant et les signes qui indiquent une amélioration dans son état de santé. Garder l'espoir est une stratégie d'adaptation qui a également été nommée dans l'étude de Côté et Pettengill (2011) et qui permet d'avoir un regard positif face à la guérison de la maladie

Enfin, plusieurs stratégies d'adaptation à des contextes de soins particuliers ont été rapportées dans l'étude de Gaudreault et Carnevale (2012), lorsque des manœuvres de RCR sont entamées par l'équipe de soins chez un autre enfant. Dans cette situation, les parents ont tenté de se concentrer sur leur propre enfant. Ceci leur permettait d'oublier ce qui se passe tout près d'eux. Les parents ont également ressenti un certain réconfort en constatant que l'enfant près d'eux était dans un état davantage critique que leur propre enfant. La pensée qu'un enfant dont

l'instabilité était plus importante leur a permis de s'adapter à l'état de santé de leur enfant. Puis, le simple fait de parler à d'autres personnes, telles que leur conjoint/e, l'infirmière ou d'autres parents, a aussi été jugé bénéfique pendant cette période de réanimation (Gaudreault et Carnevale, 2012).

En résumé, lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP, les parents ont des besoins et des attentes envers l'environnement et les professionnels de la santé qu'ils côtoient quotidiennement. Ils ont également recours à des stratégies d'adaptation qui leur permettent de s'adapter à la situation difficile qu'ils vivent. Au regard de l'environnement, ils souhaitent, entre autres, avoir accès à des commodités qui leur permettent d'assurer leur dignité et leur confort (Konuk Sener et Karaca, 2017). Envers les professionnels de la santé, une des attentes primordiales est liée à la communication. Les parents souhaitent être informés sur l'état de santé de leur enfant, mais aussi être inclus dans les soins et respectés dans leur rôle parental (Colville et al., 2009 ; Engström et al., 2014).

2.3 La communication et la pratique infirmière

À la suite de cette recension des écrits portant sur l'expérience de parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP, un des besoins identifiés chez les parents est celui lié à la communication avec les professionnels de la santé, dont les infirmières. Différentes valeurs personnelles et professionnelles influenceront les attitudes de l'infirmière dans la façon de communiquer avec les familles. Le respect guide l'infirmière lors de l'accompagnement du patient et sa famille à qui elle donne des soins (Cara et al., 2016). Afin de bien les accompagner, elle doit s'intéresser à chacun d'eux et apprendre à les connaître. Elle doit, entre autres, démontrer des attitudes, telles que de la curiosité et de l'intérêt envers le vécu de chacun des membres de la famille, dans le but d'adapter son approche selon leurs préférences et de lui

permettre d'établir une relation thérapeutique avec eux. De ce fait, l'infirmière doit souligner et intégrer la signification que la famille accorde à son expérience de santé. Elle doit aussi, par diverses stratégies de communication, tenter d'intégrer la famille aux soins du patient et souligner l'importance du rôle de chacun. Pour ce faire, elle doit faire preuve de bienveillance. Par son écoute active, celle-ci sera en mesure de démontrer sa compréhension face à leur vécu. Puis, par sa disponibilité et son ouverture, l'infirmière encourage les membres de la famille à verbaliser leurs inquiétudes et à poser des questions. Le tout afin que chaque membre devienne partenaire de soins (Wright et Leahey, 2014).

Ces valeurs et attitudes sont essentielles à la communication avec les familles. Ce sont d'ailleurs des valeurs qui sont préconisées par le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016) qui est l'assise disciplinaire de ce projet. Toutefois, dans la pratique, les infirmières ne se sentent pas suffisamment outillées pour accompagner les familles (Duhamel et al., 2015). Celles-ci soulignent l'importance d'avoir accès à des lignes directrices concrètes afin de les guider dans leur pratique auprès des familles (Duhamel et al., 2015). Or, un outil concret qui permettrait d'aider les infirmières à répondre au besoin des familles de communiquer est la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Il serait donc pertinent de sensibiliser les infirmières à l'approche systémique familiale et de leur proposer, par le biais d'une formation, un outil adapté, tel que celui de la conversation thérapeutique, au contexte de soins critiques, afin que celles-ci puissent l'intégrer à leur pratique.

2.4 Le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM)

Le MHSI-UdeM teinte la façon dont l'infirmière voit la Personne et guidera l'intervention de formation qui sera proposée, en plus de considérer le Modèle de Calgary dans son développement.

Tout d'abord, dans le MHSI-UdeM, la **Personne** signifie un individu, sa famille et son entourage, la communauté ou la population dont il fait partie. D'ailleurs, la Personne est le point central des interventions effectuées par les infirmières. Dans l'activité de formation qui est proposée dans ce travail, la Personne qui sera au cœur de l'intervention est la famille de l'enfant hospitalisé aux SIP.

La Personne est en interaction constante avec son **environnement** qui représente tout le bagage matériel, culturel, écologique et sociopolitique qui l'entoure. La Personne peut donc avoir accès à des ressources variées (Cara et al., 2016). L'intervention de formation permettra ainsi d'outiller l'infirmière à explorer les ressources de la Personne ayant le potentiel de contribuer à ses forces, tout en favorisant son bien-être.

Ensuite, l'objectif principal du **soin** est d'accompagner la Personne afin de lui permettre d'atteindre un bien-être et un mieux-être, tel qu'ils sont perçus par celle-ci, tout en reconnaissant son expérience unique, la signification qu'elle y attribue et en renforçant ses propres compétences. La Personne devient donc un partenaire de soins (Cara et al., 2016). Ainsi, au travers ses soins, l'infirmière met en pratique diverses habiletés ainsi que des outils favorisant la communication qui lui permettent d'entrer en relation avec le patient et sa famille. Ces outils lui permettront d'explorer les croyances et les perceptions de la personne et de la famille, d'ouvrir le dialogue entre les membres, d'explorer leurs besoins et de souligner leurs forces (Wright et Leahey, 2014). Ainsi, le fait de communiquer avec les familles et de s'y intéresser permettra à l'infirmière de mieux les accompagner à travers leur expérience de soin. Ceci dans le but de favoriser le bien-être de chacun et donc, de les accompagner graduellement vers la **santé** qui elle signifie un état de bien-être, de mieux-être et d'harmonie, selon la définition que la Personne y accorde. Ainsi, toute Personne vit une expérience unique de santé qui doit être

reconnue par l'infirmière (Cara et al., 2016). Grâce à la formation développée, les infirmières seront davantage outillées pour le faire.

Selon le MHSI-UdeM, l'infirmière doit faire preuve de compétences (Cara et al., 2016). La Compétence est un concept clé indispensable à ce modèle. En ce sens, la formation proposée permet aux infirmières de développer davantage de savoir-être et savoir-agir liés à la communication ce qui favorise l'accompagnement, par la mise en œuvre de la communication après des familles.

À la lumière du Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l'enfant à l'adulte de Boyer et al. (2016), qui intègre le MHSI-UdeM et auquel le CHUSJ adhère, l'infirmière se doit d'**agir avec humanisme dans l'accompagnement du patient/famille et de son réseau en lien avec ses expériences de santé**. Au travers cette compétence, elle doit être en mesure de créer un partenariat avec le patient et sa famille par le biais d'une relation thérapeutique et d'honorer leur caractère unique (Boyer et al., 2016). C'est d'ailleurs à ce moment que la communication avec les familles prend tout son sens. L'infirmière se doit aussi d'**assurer la continuité des soins du patient/famille vivant des expériences de santé** (Boyer et al., 2016). Par cette compétence, l'infirmière doit être en mesure de permettre un suivi concernant les soins prodigués au patient et à sa famille (Boyer et al., 2016). D'ailleurs, cette compétence fait appel à la communication avec la famille lui permettant de connaître ses besoins, ses préoccupations, ses forces, ses croyances et ses ressources, afin de partager l'information avec l'équipe de travail, ce qui permettra d'assurer la continuité des soins.

2.5 Le Modèle de Calgary

L'outil qui sera mis de l'avant dans la formation est basé sur le Modèle Calgary. Le

Modèle de Calgary, développé par Wright et Leahey (1984), est à l'origine de plusieurs écrits qui offrent les fondements théoriques ainsi que des outils pouvant être utilisés par les infirmières afin de mieux communiquer avec les familles. Il est alors question d'une conversation thérapeutique qui permet d'évaluer les besoins des familles et d'intervenir auprès d'elles. Ce modèle s'inscrit dans un cadre plus large, soit le *family-centered care* qui est, tel que mentionné précédemment, la philosophie de soins adoptée par le CHUSJ depuis 2016. Selon Bell (2013), le *family-centered care* encourage la participation de la famille comme partenaire de soins, tandis que l'approche systémique familiale vise à favoriser le soutien de compétences et promeut le bien-être de tous les membres (Bell, 2013 ; Wright et Leahey, 2014) les deux étant ainsi complémentaire.

Selon le Modèle de Calgary, la famille est conçue comme étant un système dont les membres sont interreliés. Ce modèle propose des outils et des interventions permettant d'ouvrir le dialogue entre les membres de la famille ainsi que l'infirmière afin que cette dernière puisse mobiliser les ressources de la famille, mettre de l'avant leurs forces, explorer leurs besoins et identifier les croyances qui ont un impact direct sur leur expérience de santé (Wright et Leahey, 2014). Il s'inscrit dans le courant de pensée postmoderniste soutenant le pluralisme selon lequel il n'y a pas qu'une seule réalité et met de l'avant le constructivisme. Le constructivisme soutend que chaque individu a sa propre manière subjective de se représenter la réalité. Ainsi, il y a autant de réalités que de personnes et ces réalités se construisent au travers les échanges. Ainsi, chaque membre de la famille a sa propre expérience de la maladie qui nécessite d'être explorée afin de mieux les accompagner (Wright et Leahey, 2014). Un des outils de communication préconisés par les auteurs du Modèle de Calgary et qui permet d'intégrer l'approche systémique dans la pratique des infirmières est la conversation thérapeutique. Ce type de conversation

permet à l'infirmière d'entrer en relation thérapeutique avec les membres d'une famille en considérant leurs capacités de résilience et les ressources de chacun. Le tout s'effectue dans une optique de collaboration avec la famille (Wright et Leahey, 2014). Cela dit, malgré l'existence d'un tel outil qui pourrait être source d'*empowerment* pour les familles, il n'est pas mis de l'avant aux soins intensifs pédiatriques du CHUSJ.

2.5.1 La conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins).

Dans le but de répondre au manque de temps de beaucoup d'infirmières dans différents contextes de soins, Wright et Leahey (1999) ont proposé un format bref de conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Les auteurs la décrivent comme étant « structurée, efficace, informative et favorisant le bien-être » (Wright et Leahey, 1999, p.260, traduction libre). La conduite d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) peut comprendre cinq éléments essentiels, c'est-à-dire l'entretien thérapeutique, le savoir-vivre, le génogramme de la famille et l'écocarte, les questions thérapeutiques et la mise en valeur des forces de la famille (Wright et Leahey, 2014, p.325). Le premier élément clé l'entretien thérapeutique implique toute conversation entre l'infirmière et la famille qui est significative, et d'une durée brève. Ce type d'entretien est bénéfique pour la famille, car il en réunit les membres (Wright et Leahey, 2014). Ensuite, le savoir-vivre implique le respect, la politesse et l'attention. En ce sens, l'élément prioritaire du savoir-vivre est de se présenter. Ce geste simple est parfois omis par les infirmières (Wright et Leahey, 2014). Puis, le génogramme est une représentation schématique des membres de la famille et permet d'en comprendre la structure interne (Duhamel, 2015 ; Wright et Leahey, 2014). L'écocarte permet de comprendre les liens des divers membres de la famille avec les ressources externes, telles que la famille élargie, les amis et les organismes, en indiquant si la ressource est aidante ou source de difficulté. L'écocarte est importante, car elle

permet d'évaluer le soutien de la famille (Wright et Leahey, 2014). Les questions thérapeutiques sont des questions qui permettent de souligner la participation de chaque membre de la famille aux soins, encouragent le dialogue entre eux, permettent de cibler leurs ressources, leurs croyances, leurs besoins ainsi que de souligner leurs forces. Toutefois, il demeure important que ces questions soient adaptées au contexte de soin (Wright et Leahey, 2014). Différents thèmes peuvent être abordés lors d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins), soit les besoins et les attentes, la préoccupation principale, les rôles et les croyances, les ressources et les forces. Enfin, la mise en valeur des forces de la famille est de souligner au moins deux forces, ressources ou compétences de la famille (Wright et Leahey, 2014).

Ce type de conversation a déjà été mis en place sur des unités de post-partum par Holtslander (2005) et de médecine pédiatrique générale par Martinez et al. (2007) dans des hôpitaux canadiens. Les résultats ont démontré des bienfaits autant chez les infirmières qu'auprès des familles. En 2005, Holtslander a affirmé que la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) est un outil flexible et contextualisé qui permet d'établir une relation entre l'infirmière et la famille. Cette conversation a eu un impact positif pour les familles en post-partum en encourageant l'écoute active, l'enseignement et le soutien aux familles tout en respectant les besoins de repos de la nouvelle maman pendant la courte période d'hospitalisation (Holtslander, 2005). En 2012, l'étude de Svavarsdottir et al. a révélé que les familles bénéficiant de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) avec une infirmière se sentaient plus soutenues au niveau cognitif, soit en étant plus informées, à l'affût des ressources disponibles et encouragées à apprendre et à réfléchir.

Tel que mentionné plus tôt, dans la pratique, les infirmières rapportent un manque de connaissances et de confiance en leurs habiletés de communication. Afin d'encourager les

infirmières à conduire une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) avec les familles, il serait pertinent qu'elles soient formées. En effet, en 2007, l'étude québécoise de Martinez et al. a rapporté que, suite à une formation de 4 heures sur l'utilisation de l'entrevue de 15 minutes (ou moins), les infirmières en pédiatrie générale se sentaient plus aptes à évaluer les familles et effectuer des interventions familiales. Bien que Martinez et al. (2007) aient déjà introduit la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) sur une unité de pédiatrie, il demeure pertinent d'adapter la formation à un contexte de soins critiques, qui peut différer de celle de la pédiatrie générale, tel qu'il a été décrit dans la recension des écrits ci-haut.

En résumé, les écrits rapportent que la relation avec l'infirmière est importante pour les parents dont l'enfant est hospitalisé sur une unité de SIP et que les familles vivent plusieurs stress. Étant donné les particularités de ce milieu de soins, telles que la charge de travail importante et l'urgence des interventions, il est nécessaire d'élaborer une intervention de formation sur l'approche systémique familiale, en présentant la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) adaptée à ce contexte de soins, en guise d'outil pour faciliter la communication avec les familles. Ainsi, au travers cette formation, une perspective systémique familiale guidée par le Modèle Calgary sera présentée aux infirmières. Puis, un outil concret leur sera proposé, soit la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) (Wright et Leahey, 2014), adaptée au contexte des SIP. Toutefois, pour que cette formation ait un impact significatif sur la pratique des infirmières nouvellement recrutées aux SIP, il est essentiel de considérer les types de formation qui seraient adaptés aux infirmières œuvrant en contexte de soins critiques.

2.6 La recension des écrits sur la formation infirmière

C'est donc dans l'optique d'identifier la meilleure approche de formation qu'une deuxième revue narrative des écrits a été entreprise. Au cours des dernières années, plusieurs approches pédagogiques novatrices ont été développées afin d'améliorer la formation offerte aux infirmières. Il appert que ceci aurait un impact direct sur la qualité des soins offerts aux patients ainsi que sur la rétention des infirmières dans la profession (Williamson et al., 2020). La recension des écrits qui suit met de l'avant des recommandations issues de la littérature en ce qui a trait à la formation infirmière. Deux approches pédagogiques sont ressorties dans la littérature, à savoir : l'approche par compétences et une autre approche, plus récente et connexe, celle de la classe inversée (*Flipped Classroom*). Au sein de l'approche par compétences, différentes activités pédagogiques pouvant être pertinentes pour les infirmières qui pratiquent aux SIP telles que la simulation, la pratique réflexive, la plateforme virtuelle et les ateliers d'apprentissage sont présentées. Enfin, la pertinence de la pratique réflexive pour le développement de la pratique infirmière est décrite. En outre, il est important de mentionner que ces approches et ces activités pédagogiques ont été retenues puisqu'elles peuvent s'adresser à ce qui constitue la cible de la formation à développer.

La recension des écrits qui suit présente ainsi différents types de formation qui peuvent s'adresser à une population de nouvelles recrues aux SIP. Le contexte de soins des infirmières des SIP entraîne des contraintes dont il faut tenir compte lorsqu'il est question de formation. En effet, elles n'ont pas l'opportunité d'être libérées pour une longue période de temps afin de suivre une formation. Dans ce contexte, les formations doivent être conçues dans un format bref. Comme il n'est pas possible de rejoindre un grand groupe à la fois, celles-ci doivent s'offrir à de petits groupes de 5 à 6 participants et s'adapter au mode virtuel, lorsque cela est favorable aux apprentissages. De plus, puisqu'il existe un programme de résidence destiné aux infirmières

nouvellement recrutées dans le milieu où aura lieu la formation, il s'avère judicieux de penser à une formation qui pourrait être incluse dans ce programme. C'est donc à la lumière de ces contraintes et du programme de résidence que les écrits ont été sélectionnés. En outre, même si la plupart des écrits recensés portaient sur une population d'étudiants en soins infirmiers, ceux-ci ont été retenus lorsque les interventions proposées répondaient aux différentes contraintes contextuelles et démontraient une possibilité d'adaptation.

2.6.1 Les approches pédagogiques.

Tout d'abord, plusieurs auteurs suggèrent que le développement d'une formation s'appuie sur un courant pédagogique (Hall et Tori, 2017 ; Landers et al., 2020 ; Melender et al., 2016). Ce sont les courants pédagogiques qui guident et soutiennent les enseignants ainsi que les étudiants dans le continuum d'apprentissage clinique (Landers et al., 2020).

Le constructivisme est un courant pédagogique qui promeut l'autonomie de l'étudiant par son rôle actif dans le développement de ses connaissances. Ce courant pédagogique encourage l'apprenant à construire ses propres structures cognitives à partir de ses connaissances antérieures qui contribueront au développement de son apprentissage (Lasnier, 2000). Ainsi, l'enseignant encourage l'apprenant à faire des liens entre les connaissances antérieures et celles plus récentes (Charette, 2018). En outre, il existe plusieurs formes de constructivisme comme le socioconstructivisme par lequel les étudiants partagent leurs structures cognitives afin de former des structures cognitives communes qui permettront de coconstruire leurs connaissances (Lasnier, 2000). C'est d'ailleurs sur cette forme de constructivisme que s'appuient le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016), qui est le cadre théorique de ce travail, et le Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2014) qui guident l'outil qui est présenté lors de l'activité de formation développée. C'est donc pour ces raisons que l'approche par compétences et l'approche de la

classe inversée, qui adhèrent bien aux valeurs du MHSI-UdeM sont décrites dans les sections qui suivent.

2.6.2 L'approche par compétences.

Au cours des dernières années, l'une des approches pédagogiques largement étudiée en formation infirmière est l'approche par compétences. Cette approche a été développée par Tardif, un auteur classique dans le domaine de la formation générale, en 1998. L'approche par compétences est une façon de concevoir l'apprentissage sous forme de développement de compétences et non par des objectifs d'apprentissage. Le but de cette approche est d'amener l'apprenant à intégrer et transférer ses connaissances dans différentes situations. Elle est donc centrée sur l'apprenant et les différents savoirs, soit savoir-être, savoir-faire et savoir-agir, dont ce dernier doit faire preuve dans des situations complexes et variées. Or, l'apprenant doit mobiliser plusieurs ressources internes et externes afin de démontrer l'acquisition d'une compétence visée. L'approche par compétences influence, entre autres, les modalités d'évaluation qui se font à l'aide d'un référentiel employé à titre de guide dans lequel les compétences visées sont inscrites et définies par des indicateurs. Il est à noter qu'une compétence peut se développer sur plusieurs années. Toutefois, ce sont les indicateurs qui permettent de suivre le développement de la compétence (Tardif, 2006). Afin de déterminer si l'approche par compétences est plus efficace que le curriculum traditionnel pour améliorer les compétences des étudiants en sciences infirmières, une revue systématique a été entreprise par Tan et ses collaborateurs (2018). Cette revue systématique a démontré que l'approche par compétences a un impact positif sur l'acquisition de connaissances, d'habiletés et de comportements et entraîne une meilleure satisfaction face à l'apprentissage et le développement professionnel de l'infirmière (Tan et al., 2018). Ce type d'approche amène l'apprenant à

démontrer des connaissances et des habiletés qui lui permettront d'assumer ses responsabilités futures. Ces résultats appuient l'emploi d'une telle approche dans le cadre de l'activité de formation présentée dans ce travail. Selon les auteurs de cette revue systématique, différentes stratégies de formation s'inspirent de l'approche par compétences soit des groupes de discussion, la schématisation, les scénarios, la simulation et les jeux de rôles, en alternance ou non avec des cours théoriques.

Plus spécifiquement en lien avec la formation infirmière, une étude quantitative quasi expérimentale a été conduite dans une université privée au nord de la Taiwan par Fan et al. (2015) afin d'explorer l'impact de l'approche par compétences sur l'enseignement et l'évaluation des apprentissages. Ce sont 312 étudiants de 2e année en sciences infirmières qui ont participé à cette étude durant leur cours de médecine-chirurgie. Les variables à l'étude étaient la performance académique, la performance clinique ainsi que les auto-évaluations des étudiants quant à leur jugement clinique, leurs stratégies d'apprentissage, leurs limites d'apprentissage, le suivi de leurs apprentissages et leurs objectifs d'apprentissage. Malgré le fait que l'étude s'est déroulée dans un contexte non occidental, elle demeure pertinente, car les compétences visées et évaluées dans le curriculum académique de l'Université en Taiwan sont en lien avec le présent projet, soit le jugement clinique, les habiletés de soins cliniques, la communication, le travail d'équipe, le *caring* et l'éthique. Cette étude a démontré une amélioration statistiquement significative des compétences et des habiletés des étudiants dans le groupe expérimental. L'étude souligne également que la pratique clinique est le meilleur moyen d'intégrer les acquis théoriques et de démontrer le développement des compétences.

Par ailleurs, depuis 2003, l'approche par compétences est implantée au sein du programme de premier cycle en sciences infirmières à l'Université de Montréal (Goudreau et

Boyer, 2017). Cette approche pédagogique permet aux étudiantes infirmières de développer leur rôle professionnel en étant davantage actives dans leurs apprentissages. Une des stratégies pédagogiques employées par la Faculté des sciences infirmières (FSI) est l'apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC), au travers desquelles les étudiants doivent développer leurs connaissances par des lectures, des échanges avec les pairs et des laboratoires selon la situation clinique présentée. Afin de soutenir l'évaluation des apprentissages des futures infirmières cliniciennes, un référentiel de compétences a été développé afin de décrire les indicateurs des différentes compétences (Boyer et al., 2016). Ainsi, dans l'article de Goudreau et Boyer (2017), visant à décrire l'implantation d'un programme de 1^{er} cycle universitaire en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences, il est rapporté que cette approche pédagogique a un impact positif sur le développement du raisonnement clinique de l'infirmière ou de l'étudiante infirmière.

Ainsi, l'approche par compétences place l'apprenant au centre de ses apprentissages (Tardif, 2006). C'est ce fait qui rend cette approche aussi pertinente pour les sciences infirmières et pour le présent projet, d'autant plus que cette approche pédagogique est promue à la FSI de l'Université de Montréal et le milieu clinique dans lequel l'activité de formation prendra éventuellement place, soit les SIP du CHUSJ.

2.6.3 L'approche de la classe inversée (*Flipped Classroom*).

Une autre approche pédagogique novatrice qui fait partie du courant constructiviste est celle de la classe inversée (*Flipped Classroom*) (Barbour et Schuessler, 2019 ; Guilbault et Viau-Guay, 2017 ; Njie-Carr et al., 2017 ; Melender et al., 2016). Cette approche, qui s'apparente à l'approche par compétences, s'appuie sur la prémisse selon laquelle les étudiants acquièrent leurs connaissances théoriques, qui normalement seraient enseignées en classe, à la maison via

une ressource virtuelle, telle qu'un vidéo, *podcast*, des *Power Point* narrés ou des lectures. Par la suite, il s'agit d'optimiser le temps en classe grâce à des stratégies interactives permettant aux étudiants d'être impliqués activement dans leur apprentissage et de faciliter l'application des concepts théoriques acquis, soit à travers des études de cas, des jeux de rôle, un apprentissage par problèmes ou des travaux d'équipes (Barbour et Schuessler, 2019 ; Guilbault et Viau-Guay, 2017 ; Njie-Carr, et al., 2017). Cette période en classe peut également être utilisée pour clarifier les concepts plus complexes ou moins compris. Les étudiants sont aussi encouragés à partager leurs difficultés, leurs commentaires et leurs frustrations (Barbour et Schuessler, 2019).

Dans ce type d'approche, plusieurs éléments sont à considérer pour favoriser l'apprentissage qui s'effectue à distance. Selon Camacho, Feliciano et Leite (2016), il est essentiel d'encourager et de susciter l'interaction et la communication entre les étudiants et les enseignants, soit par groupes de discussions, des courriels, par le biais de l'exposition à la recherche infirmière, de travaux individuels et par des travaux d'équipe sur une plateforme virtuelle. De ce fait, le rôle des enseignants change, car ceux-ci doivent faire preuve encore plus d'organisation et de créativité dans leurs activités tout en répondant aux prérequis du milieu d'enseignement (Camacho et al., 2016). Dans le cadre de cette approche, les enseignants adoptent davantage un rôle de guides, de facilitateurs ou d'accompagnateurs dans l'acquisition des connaissances plutôt que d'être responsables de la dispensation du savoir (Guilbault et Viau-Guay, 2017). Dans le même sens, le rôle des apprenants change également puisqu'ils ne peuvent pas se montrer passifs dans leurs apprentissages. Ils doivent être responsables, autonomes, s'adapter au rythme de travail de leurs collègues, se questionner, exprimer leur opinion sur les différents sujets à l'étude et s'impliquer davantage, soit en effectuant plus de lectures, en mettant de l'avant leur compréhension du sujet à l'étude, en participant à la résolution de problèmes, en

émittant des réflexions ou en partageant leurs travaux (Camacho et al., 2016 ; Guilbault et Viau-Guay, 2017).

Enfin, l'approche par compétences et l'approche de la classe inversée (*Flipped Classroom*) sont deux approches pédagogiques qui nous permettent de voir l'enseignement selon une perspective constructiviste. Ces deux approches qui inspirent le présent projet sont d'ailleurs cohérentes avec le milieu dans lequel prendra place l'intervention de formation, soit les SIP du CHUSJ.

2.6.4 Les activités pédagogiques.

Comme l'approche par compétences et l'approche de la classe inversée sont des façons de voir l'enseignement et l'apprentissage, plusieurs activités pédagogiques peuvent être utilisées par les enseignants qui y adhèrent. Les activités pédagogiques les plus rapportées dans les études scientifiques comme influençant positivement l'apprentissage dans ce type d'approche sont la simulation, la pratique réflexive, la plateforme virtuelle et les ateliers d'apprentissage. Ces activités sont présentées plus en détail dans les sections suivantes.

2.6.4.1 La simulation.

En sciences infirmières, la simulation est la reproduction, à l'aide de jeux de rôles, d'acteurs ou de mannequins, d'une situation de soins pouvant être rencontrée dans la pratique (Gamble, 2017 ; Gutiérrez- Puertas et al., 2020 ; Lee et al., 2020). Selon Gutiérrez-Puertas et al. (2020), il est important que les infirmières aient une implication active dans leurs apprentissages. Cette implication contribue au développement de leur jugement clinique (Landers et al., 2020). La simulation est une activité de formation permettant aux infirmières de participer activement à leur formation. Ce type d'activité pédagogique est intéressant, car il peut s'adapter à différents contextes, à différentes populations visées et selon les ressources disponibles. De plus, puisque

la compétence infirmière passe d'abord par le savoir-être, savoir-faire et savoir-agir, il est possible de travailler sur ces aspects, entre autres, par le biais de la simulation, pour ainsi améliorer les compétences des infirmières (Tardif, 2006).

Plusieurs écrits analysés ont rapporté que la simulation est une activité pédagogique efficace quant à la formation des infirmières, notamment en ce qui concerne le développement du jugement clinique, de la résolution de problèmes et des habiletés de communication, incluant la conversation thérapeutique (Cantrell et al., 2017 ; Gallagher et Polanin, 2015 ; Gutiérrez-Puertas et al., 2020 ; Lee et al., 2020). En formation infirmière, la simulation consiste en l'engagement de l'apprenant dans une situation de soins recrée qui s'apparente le plus possible à la réalité. Elle peut se faire de manière individuelle ou en groupes (Gamble, 2017 ; Gutiérrez-Puertas et al., 2020 ; Lavoie et al., 2017 ; Lee et al., 2020). La simulation est, pour l'apprenant, une opportunité de démontrer et mettre en pratique ses connaissances et ses habiletés de manière sécuritaire (Gamble, 2017). En effet, en regard de la communication, la simulation est une opportunité d'échanges avec des personnes incarnant des patients dans des situations pouvant être rencontrées dans la pratique clinique. Ceci contribue ainsi à l'amélioration des habiletés de communications des étudiants grâce à l'interaction humaine et la rétroaction qui est abordée plus loin (Gamble, 2017 ; Gutiérrez- Puertas et al., 2020 ; Lavoie et al., 2017 ; Lee et al., 2020).

La simulation est une activité pédagogique pertinente pour la population ciblée par ce travail dirigé. Dans leur étude, Stephenson et al. (2015) affirment que la rétention d'une habileté peut diminuer après six mois sans pratique suivant la formation. Les auteurs suggèrent donc une révision théorique virtuelle suivie d'une simulation 6 mois plus tard afin de favoriser le maintien des compétences et des habiletés des infirmières qui peuvent diminuer par manque de pratique (Stephenson et al., 2015). De plus, une brève revue des écrits conduite par Cantrell et al. (2017)

a rapporté que la simulation est plus efficace auprès d'étudiants seniors ou diplômés que d'étudiants juniors. Ceci serait dû au fait qu'ils ont déjà été exposés à différents milieux cliniques et donc, à différentes expériences ce qui permet de mieux contextualiser la simulation (Cantrell et al., 2017).

En ce qui concerne le développement d'habiletés de communication, les activités de simulation les plus rapportées sont les jeux de rôles ou l'emploi d'un patient standardisé (Gallagher et Polanin, 2015; Gutiérrez-Puertas et al., 2020 ; Lavoie et al., 2017; Lee et al., 2020). Généralement, les jeux de rôles s'effectuent entre les étudiants ou avec les enseignants selon des mises en situation spécifiques rédigées au préalable. Toutefois, certains étudiants peuvent considérer que l'échange avec un collègue ou un professeur s'éloigne plus de la réalité contrairement à une interaction avec un patient standardisé qui est formé pour faire son rôle et pour lequel il n'y a pas d'implications émotionnelles (Bloomfield et al., 2015). D'ailleurs, Kuzma et al. (2019) ont démontré que l'emploi d'un patient standardisé lors des simulations a un effet bénéfique sur l'apprentissage des étudiants. Ces simulations amènent à interagir et mettre en pratique des habiletés de communication de manière sécuritaire avec quelqu'un qui a vécu dans un contexte de soins donné ou un comédien (Gutiérrez-Puertas et al., 2020 ; Kuzma et al., 2019). Basé sur son expérience personnelle et sur son ressenti durant la simulation, le patient standardisé peut partager ses impressions réelles ainsi que souligner les forces et les points à améliorer de l'apprenant. Le patient standardisé, lorsqu'il a une expérience personnelle liée à une problématique de santé, peut également partager des éléments importants de ses expériences de soins (Kuzma et al., 2019).

En outre, Gamble (2017) a évalué la plus-value d'une simulation en contexte pédiatrique. Cette étude à devis mixte est très pertinente pour cette recension des écrits étant donné le

contexte de soins dans lequel celle-ci se déroule. Toutefois, cette activité de formation a été testée auprès de 28 étudiants de 3e année en Australie et non auprès d'infirmières diplômées. Cependant, ceux-ci sont à la fin de leur curriculum académique et sont bientôt prêts à entrer dans la profession infirmière ce qui les rapproche des infirmières pouvant être rencontrées dans le programme de résidence des SIP du CHUSJ. Les étudiants devaient se diviser en groupes de 8 à 9 et compléter un quart de travail simulé de 3.5 heures. Ceux-ci devaient assister à un *briefing* pré-simulation afin de s'assurer qu'ils étaient adéquatement informés des attentes de la simulation ainsi que le fonctionnement des mannequins. Les étudiants débutaient leur quart de travail dans un corridor attitré sur lequel 9 patients, soit des mannequins à haute-fidélité ou des patients standardisés, étaient hospitalisés. Quatre parents standardisés étaient présents également afin de participer au développement des habiletés de communications des étudiants avec les familles. Ainsi, les étudiants recevaient le rapport interservices et devaient commencer leur prise en charge. Lors de ces simulations, il était attendu que les étudiants démontrent plusieurs habiletés, incluant une habileté d'organisation, de *leadership*, de résolution de problèmes et de communication avec les patients et leur famille ainsi que leurs collègues. Par la suite, les participants étaient invités à compléter trois évaluations à des moments différents : en post-simulation, après leur stage et après leur entrée dans la profession infirmière. Les évaluations consistaient en une échelle de Likert sur l'atteinte des objectifs de la simulation, leur niveau de confiance, l'impact sur leurs apprentissages et le travail d'équipe ainsi que la possibilité de laisser un commentaire et une évaluation de leur satisfaction. Les résultats de l'étude ont démontré que les étudiants ont développé des habiletés en ce qui a trait au travail d'équipe, l'organisation, la prise de décision, la priorisation, la communication et la pensée critique. Il a aussi été démontré que cette activité de formation est une opportunité d'intégrer la théorie à la

pratique, surtout en contexte spécialisé, tel que la pédiatrie, et de gagner de la confiance en ses connaissances et ses habiletés (Gamble, 2017).

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité d'une activité de simulation, quelques études suggèrent le sondage pré et post simulation. Par exemple, au préalable, cet outil est suggéré afin de bâtir la simulation, selon les connaissances et le niveau de confiance des participants, et, à la fin, connaître l'impact de la simulation sur leur pratique clinique (Ireland et al., 2017). Dans leur étude, Ireland et al. (2017) ont effectué un sondage en ligne avant l'activité de simulation afin de connaître les perceptions des participants sur leur niveau de compétences et de connaissances ainsi que leur niveau de confiance. Ceux-ci devaient évaluer ces éléments sur une échelle de Likert à 5 points. Enfin, une question ouverte était posée sur les attentes des participants et comment ils allaient utiliser le programme de formation dans leur pratique clinique (Ireland et al., 2017). Les mêmes auteurs ont également effectué un sondage à la suite du programme de formation. Ce sondage visait à recueillir les commentaires des participants en regard de leur satisfaction générale envers le programme de formation, le contenu du programme, l'enseignement, les enseignants et l'administration. Somme toute, les sondages pré et post-intervention de formation sont bénéfiques pour les participants, car ils leur permettent d'atteindre leurs objectifs. Toutefois, ces sondages ne permettaient pas d'évaluer l'efficacité de l'intervention, puisque seuls les commentaires des participants à différents niveaux étaient recueillis (Ireland et al., 2017).

Dès lors, la simulation est une activité pédagogique qui offre aux infirmières étudiantes ou diplômées l'opportunité de participer activement à l'intégration de leurs différents savoirs et au développement de leurs habiletés cliniques dans des situations qui s'approchent le plus de la réalité. En matière de communication, les activités de simulation les plus rapportées sont celles

utilisant un patient standardisé et les jeux de rôles (Gallagher et Polanin, 2015; Gutiérrez-Puertas et al., 2020 ; Lavoie et al., 2017; Lee et al., 2020). De plus, une activité de simulation peut facilement être adaptée au contexte de soins et c'est ce qui la rend si pertinente quant au but de ce travail dirigé.

2.6.4.2 La pratique réflexive.

Encore selon l'approche constructiviste, une activité pédagogique qui est également pertinente dans la formation infirmière est la pratique réflexive (Goulet et al., 2015). Tel que le nom le spécifie, la pratique réflexive permet aux apprenants de réfléchir sur leurs acquis. Durant cette activité, ceux-ci doivent analyser leur expérience d'apprentissage de façon à intégrer les savoirs théoriques. En outre, selon Ironside (2015), la pratique réflexive est une pédagogie qui met de l'avant les aspects narratifs d'une situation donnée. Celle-ci amène les étudiants et les enseignants à partager leurs expériences, souligner les éléments importants de leur pratique et s'ouvrir sur de nouvelles perspectives liées à une situation donnée (Ironside, 2015). La pratique réflexive contribue au développement professionnel et personnel des infirmières, aide à l'intégration des savoirs théoriques liés à la pratique de soins, et permet l'intégration de l'approche holistique et *caring* à leur pratique par une plus ample considération du point de vue émotif du patient et de l'infirmière (Goulet et al., 2015). Cette approche fait d'ailleurs partie des assises du modèle théorique choisi pour ce travail dirigé, soit MHSI-UdeM.

La pratique réflexive peut prendre plusieurs formes et s'effectue dans différents contextes, soit un contexte d'apprentissage, de clinique et de recherche (Goulet et al., 2015). Entre autres, le *débriefing*, qui est une forme de pratique réflexive associée aux simulations, est un concept présent dans la littérature. Il peut se faire sous forme verbale, par les pairs ou les enseignants, avec un appui par vidéo et des discussions. Le *débriefing* est recommandé, notamment suite aux simulations, car il permet aux étudiants de souligner leurs forces et leurs

limites, intégrer de nouveaux concepts, établir de nouveaux objectifs et, ainsi, être en constante amélioration (Cantrell et al., 2017 ; Lavoie et al., 2017 ; Lee et al., 2020). Il a été rapporté qu'une grande partie de l'apprentissage s'effectue durant la période de *débriefing* (Hall et Tori, 2017 ; Lee et al., 2020). C'est à ce moment que les participants réfléchissent aux liens entre la théorie et la pratique, et que leur jugement clinique se développe (Hall et Tori, 2017). La revue systématique de Lee et al. (2020) souligne l'importance que le *débriefing* soit structuré et dans un temps donné. En effet, les écrits révèlent que la personne qui mène le *débriefing* doit être préparée et même formée pour le faire afin de maximiser la satisfaction et l'efficacité de l'intervention (Hall et Tori, 2017 ; Lee et al., 2020). Cette personne doit également être la personne qui observe la simulation afin de pouvoir faire des liens entre ce qui est attendu et ce qui a été démontré par l'étudiant dans la simulation et doit orienter le *débriefing* selon des objectifs d'apprentissage établis au préalable. Il a aussi été noté que la durée d'un *débriefing* est essentiellement entre 20 et 30 minutes et doit avoir lieu dans un environnement calme, respectueux et confidentiel, selon des règles de conduite définies, telles que le partage de commentaires constructifs et honnêtes (Hall et Tori, 2017 ; Lee et al., 2020). De plus, la revue systématique de Hall et Tori (2017) a révélé qu'un *débriefing* post-simulation est plus efficace que durant la simulation, car les étudiants ont une meilleure compréhension des bons et moins bons coups. D'ailleurs, une des méthodes qui a démontré le plus d'efficacité dans le développement des connaissances et le jugement clinique est le *débriefing* appuyé par un vidéo (Lee et al., 2020). Par exemple, lors de l'intervention mise de l'avant dans l'étude qualitative de Kuzma et al. (2019), deux scénarios cliniques ont été créés. Les étudiants avaient 15 minutes pour interagir avec un patient standardisé selon le scénario qui leur était attribué. Par la suite, deux séances de *débriefing* étaient organisées : une avait lieu en grand groupe de 30 à 35

étudiants ainsi que les patients standardisés et l'autre avait lieu en plus petits groupes de 8 à 10 étudiants avec un formateur. Les résultats de cette étude ont dévoilé que le *débriefing* en présence des patients standardisés ainsi qu'entre étudiants et formateurs ont grandement contribué au développement des connaissances des étudiants et amélioré la qualité de leurs soins. D'ailleurs, les étudiants qui ont participé à l'étude ont révélé que leur expérience leur a permis, entre autres, d'être exposés à des situations qui leur sont peu familières et ainsi développer davantage leurs habiletés pour leur pratique future (Kuzma et al., 2019).

À la lumière de ces faits, différentes périodes de *débriefing* seront prévues lors de l'activité de formation qui fait l'objet de ce travail dirigé afin de soutenir l'apprentissage des infirmières qui y participeront.

2.6.4.3 La plateforme virtuelle.

Une autre activité pédagogique intéressante est l'utilisation d'une plateforme virtuelle pour offrir la formation. Selon une approche constructiviste, quelques auteurs proposent la plateforme virtuelle puisqu'il s'agit d'un outil pédagogique accessible comprenant des logiciels ou des applications variées destinés aux étudiants en soins infirmiers (Melender et al., 2016 ; Weeks et al., 2019). Ce type de plateforme permet aux étudiants de développer leurs habiletés à l'aide de la technologie (Weeks et al., 2019). Par exemple, l'activité pédagogique promue par Weeks et al. (2019) est le *safeMedicate* qui est un environnement virtuel à partir duquel les étudiants doivent calculer des dosages de médicaments (Weeks et al., 2019). Évidemment, le calcul de médicament est un exercice concret et simple à effectuer en plateforme virtuelle. Toutefois, il serait possible d'adapter la formation ou des portions de la formation sur une plateforme virtuelle afin de permettre aux participants de développer des habiletés de communication, notamment par la pratique de la conversation thérapeutique en visioconférence.

Les objectifs de la plateforme virtuelle sont que les étudiants soient plus engagés dans leurs apprentissages et de limiter l'écart parfois présent entre la théorie et la pratique. Ainsi, Weeks et al. (2019) suggèrent d'encourager la participation des étudiants par des scénarios cliniques et des activités permettant aux étudiants de développer leurs compétences. Les auteurs présentent une méthode d'apprentissage cognitive en plusieurs étapes, soit le modelage, le coaching, l'articulation et l'évaluation, la réflexion et l'exploration. Le modelage est la démonstration de la pratique à effectuer par des experts dans un scénario clinique donné (Weeks et al., 2019). Le *coaching* est la pratique des étudiants avec l'aide d'un guide (Weeks et al., 2019). L'articulation et l'évaluation sont la démonstration de la compréhension des étudiants par schématisation (Weeks et al., 2019). La réflexion est un processus essentiel de l'apprentissage par la discussion sur ce qui a été effectué durant l'activité d'apprentissage (Weeks et al., 2019). Finalement, l'exploration est l'application, de manière autonome, des apprentissages acquis par les étudiants (Weeks et al., 2019). Ces étapes pourraient être reprises en partie dans le développement de la formation.

Par ailleurs, une autre activité de formation prenant place sur une plateforme virtuelle a été étudiée dans le cadre d'une thèse aux États-Unis. La faisabilité, l'impact et l'évaluation de cette activité de formation a été analysée par Yeh (2018). Les étudiants de 2e et 3e années universitaires dans un programme de formation infirmière étaient recrutés par courriel et devaient mettre en pratique leurs habiletés à effectuer un rapport interservices. Dans le cadre de la faisabilité de l'intervention, ceux-ci devaient se connecter à deux reprises à une session de 45 minutes sur une plateforme virtuelle disponible en ligne. La session consistait en l'écoute d'une situation clinique narrée, l'enregistrement d'un rapport interservices selon l'acronyme SBAR (*Situation – Background – Assessment – Recommendation*), la complétion d'une auto-

évaluation, la complétion d'un questionnaire de pratique réflexive, puis un nouvel enregistrement d'un rapport interservices amélioré. L'étude a démontré une amélioration dans la pratique d'un rapport interservices selon SBAR. Toutefois, les participants ont rapporté qu'ils se sentiraient plus confiants dans cette pratique s'ils participaient à aux moins cinq sessions à un intervalle de 2 semaines. Bien que l'outil SBAR soit un outil standardisé, l'étude est toutefois pertinente, puisqu'il s'agit de mettre en pratique des habiletés de communication entre différentes personnes qui sont, dans ce cas-ci, des professionnels de la santé. De plus, l'étude a démontré que la pratique par la répétition est un élément clé dans l'acquisition d'habiletés de communication (Yeh, 2018).

En plus de plateformes virtuelles, il est également possible d'utiliser des outils virtuels pour soutenir l'apprentissage des apprenants et rendre la formation plus attrayante. Sur ce fait, les résultats de la revue de la littérature internationale de Pastor Junior et Tavares (2019) ont démontré qu'un appui audiovisuel, tel que des vidéos ou des films, a un impact positif sur l'apprentissage, notamment en ce qui concerne les procédures et la communication avec les patients, puisqu'ils sont une représentation même de la réalité (Pastor Junior et Tavares, 2019). Ceci pourrait être une partie intéressante à inclure sur une plateforme virtuelle et est un élément qui sera considéré dans le cadre de ce travail dirigé. À cet effet, le milieu dans lequel aura lieu l'activité de formation, soit le CHUSJ, utilise une plateforme et des outils virtuels afin d'offrir des formations obligatoires et volontaires disponibles dans le milieu de soins ou à distance via un accès intranet ou un centre de formation en ligne.

2.6.4.4 Les ateliers d'apprentissage.

Les activités d'apprentissage peuvent également se faire sous forme d'ateliers. Il s'agit d'impliquer les infirmières dans différentes activités éducatives afin de soutenir leurs

apprentissages de manière créative et structurée.

À titre d'exemple, en Australie, Ireland et al. (2017) ont effectué une étude à devis mixte dans le but d'évaluer l'impact de l'intervention *Nursing Emergency eXternal Trauma Programme* (N.E.X.T.p) auprès de 32 infirmières diplômées œuvrant sur un département d'urgence. Les infirmières participantes devaient d'abord s'inscrire en ligne et remplir un sondage concernant leurs habiletés, leurs connaissances et leur niveau de confiance préexistants (Ireland et al., 2017). Cet élément est pertinent, puisqu'il a permis aux chercheurs de bâtir leur formation selon les acquis des infirmières qui y participaient. L'intervention N.E.X.T.p consistait en la démonstration d'un scénario de trauma à l'aide d'un acteur. Par la suite, les participantes assistaient à une séance de questions/réponses auprès d'infirmières et médecins experts en traumatologie. Puis, ces dernières suivaient une série d'ateliers portant sur l'évaluation primaire et le développement de leurs habiletés en situation d'urgence. Finalement, une pratique de transfert de patients entre équipes de soins en milieu hospitalier sous forme d'un jeu interactif était offerte. Pour conclure, les participantes étaient invitées à remplir un dernier sondage en ligne leur donnant l'opportunité de partager leurs commentaires, leurs recommandations et leurs expériences. Un élément intéressant et, surtout, invitant pour les infirmières, est le fait que leur participation à cette intervention de formation leur procurait sept heures de formation continue (Ireland et al., 2017). Les résultats de cette étude ont rapporté que les infirmières se sentaient plus soutenues dans leur formation à l'urgence. D'ailleurs, un élément facilitateur qui a été reconnu par les participantes était le sondage à remplir avant de participer à la formation. Ce type de sondage permet de mieux identifier les besoins et les attentes des participants envers la formation et l'adapter au besoin (Ireland et al., 2017).

Afin de bien circonscrire les besoins des familles et orienter la formation à développer,

deux recensions des écrits ont été menées. Dans un premier temps, l'expérience des familles lorsqu'un enfant est hospitalisé aux SIP a été décrite afin de mettre en lumière les besoins des parents dont celui de communiquer avec les professionnels de la santé. Cette recension a également permis de faire ressortir le fait que les infirmières souhaitent être mieux formées pour communiquer avec ces familles. Par la suite, dans l'objectif de développer une formation qui soit la plus pertinente et adaptée à la réalité des infirmières au SIP du CHUSJ, la deuxième recension s'est intéressée aux approches et activités pédagogiques reconnues pour le développement des compétences infirmières. Les approches et activités pédagogiques mises de l'avant par cette recension des écrits ont contribué à l'élaboration d'une activité pédagogique pertinente qui permettra de former les infirmières des SIP quant à la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins).

Chapitre 3 : Le développement d'une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique entre l'infirmière et la famille dont un enfant est hospitalisé aux SIP

Dans le cadre de ce travail dirigé, deux recensions d'écrits ont été réalisées. Premièrement, une recension des écrits a été effectuée sur l'expérience des familles lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP. Cette recension a révélé que ces familles éprouvent plusieurs stress en lien avec les contraintes du contexte de soins et de l'état de santé de leur enfant. L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a plusieurs impacts sur les membres de la famille. Ces impacts sont perceptibles sur le vécu des parents, incluant leur vie de couple, et sur la vie familiale dans laquelle, entre autres, des changements au niveau des rôles peuvent être observés. Ces familles ont également plusieurs besoins envers l'environnement de soins et les professionnels de la santé. Le besoin de communication avec les professionnels de la santé, tels que les infirmières, est d'ailleurs présent dans la littérature. Enfin, les parents ont souvent recours à différentes stratégies d'adaptation pour les aider à diminuer leur stress, telles que de s'informer sur la maladie de leur enfant, reconnaître les symptômes de la maladie et comprendre le plan de soins.

Deuxièmement, une recension des écrits a été conduite sur différentes approches pédagogiques pertinentes à la formation des infirmières des SIP. Cette recension a souligné des approches pédagogiques intéressantes pour soutenir l'activité de formation infirmière qui est développée pour répondre au besoin de communication des parents. Dans un premier temps, l'approche par compétences issue du constructivisme vise le développement des habiletés de l'infirmière. Elle est ainsi centrée sur l'apprenant qui doit mobiliser des savoirs ainsi que des ressources internes et externes au travers une multitude de situations complexes (Tardif, 2006). Dans un deuxième temps, il y a également l'approche de la classe inversée (*Flipped Classroom*), selon laquelle les connaissances théoriques sont assimilées à distance via une ressource virtuelle. Par la suite, la partie en présentiel est réalisée à l'aide d'activités interactives permettant aux

apprenants d'être impliqués dans leurs apprentissages et de mieux intégrer leurs savoirs théoriques (Barbour et Schuessler, 2019 ; Njie-Carr et al., 2017). En somme, ces deux approches s'intègrent facilement l'une à l'autre, sans être mutuellement exclusives. D'ailleurs, plusieurs activités pédagogiques intègrent ces deux approches, soit la simulation, une formation grâce à l'utilisation d'une plateforme virtuelle, des ateliers d'apprentissage et la pratique réflexive.

Dès lors, à la lumière de la recension des écrits sur l'expérience des familles lorsqu'un enfant est hospitalisé aux SIP, il est pertinent que les infirmières adoptent une approche familiale de communication systémique. Pour ce faire, les infirmières pourraient appuyer leur pratique sur l'apprentissage de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) proposée par Wright et Leahey (2014). Il apparaît ainsi essentiel qu'elles bénéficient d'une formation leur permettant de l'intégrer à leur pratique.

Ainsi, compte tenu de la contrainte de temps à laquelle sont confrontées les infirmières aux SIP, il est primordial que la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) soit concise, brève et adaptée à différentes situations de soins critiques fréquemment rencontrées par les infirmières. C'est donc dans cette optique qu'une intervention de formation, s'inspirant de l'approche par compétences et l'approche de la classe inversée (*Flipped Classroom*) a été développée. Cette intervention de formation se détaille en trois étapes, soit l'apprentissage théorique, l'activité de simulation et la pratique réflexive, dont le contenu entier est disponible en appendices (Appendices C, D E, F, G, H, I et J). Tel que mentionné plus haut, cette activité de formation s'adresse aux infirmières diplômées récemment recrutées sur l'unité des SIP et qui participent au programme de résidence offert par l'unité de soins.

3.1 L'apprentissage théorique.

La première étape de l'intervention de formation est l'apprentissage théorique. Inspirée

de l'approche de la classe inversée, le contenu théorique devra être effectué en virtuel, sur le centre de formation en ligne du CHUSJ, en prévision de l'activité de simulation en présentiel. Ainsi, les infirmières participantes auront l'opportunité de décider quel est le moment le plus propice pour elles pour prendre connaissance de la théorie, puisque cette plateforme virtuelle est accessible même en dehors du milieu hospitalier. Pour que cette étape soit plus attrayante pour elles, 1 h 30 de formation pourrait leur être accréditée.

Afin de faciliter la compréhension des aspects théoriques, et pour encourager les infirmières à en prendre connaissance, la formation sera divisée en trois capsules de 30 minutes à visionner sous forme de *Power Point* narrés. La première capsule portera sur l'expérience des familles aux SIP. Les différents thèmes qui seront abordés sont les éléments stressants pour les familles, soit les contraintes du contexte de soins et l'état de santé de l'enfant, les impacts sur les membres de la famille ainsi que les besoins et les stratégies d'adaptation. Ensuite, la deuxième capsule traitera de l'approche systémique. À travers cette capsule, plusieurs sujets seront abordés, tels que les différentes théories sur lesquelles s'appuient cette approche : la théorie des systèmes et la théorie de la communication. Finalement, la troisième capsule est une description du contenu de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Tout le contenu de ces *Power Point* narrés sont disponibles en appendices C, D et E.

3.2 L'activité de simulation.

La deuxième étape de l'intervention de formation est l'activité de simulation. Celle-ci aura lieu en présentiel lors d'une journée de résidence prédéterminée. Le programme de résidence est une formation offerte aux infirmières diplômées qui débutent aux SIP du CHUSJ. Celui-ci consiste en une journée de formation planifiée à l'horaire aux deux à trois mois dans le but de mettre à jour les connaissances et les habiletés des infirmières en soins critiques. Durant

cette journée de formation, une série d'opportunités sont offertes aux infirmières, soit de participer à des activités de simulation en situation de chocs pédiatriques, de revoir des techniques de soins plus complexes, de participer à des présentations offertes par d'autres professionnels de la santé, etc.

Puisque la recension des écrits sur la formation infirmière a démontré que la simulation peut s'effectuer, entre autres, sous forme de jeux de rôles, les simulations se feront sous cette forme et les divers rôles seront distribués entre les infirmières apprenantes. Elles auront à personnifier une interaction entre une infirmière et des parents en contexte des SIP. Pour se faire, une mise en situation, qui met de l'avant une situation de soins intensifs pédiatriques fréquemment rencontrée, a été élaborée. Cette mise en situation, en appendice G, sera présentée et distribuée aux apprenants. Les apprenants auront 2 minutes pour déterminer qui jouera le rôle de l'infirmière et celui des deux parents, puis lire la mise en situation selon leur rôle. Afin que tous les apprenants puissent jouer chacun des rôles, la mise en situation évoluera en trois temps. À chaque moment d'évolution de la situation, une nouvelle lecture de la mise en situation et des rôles aura lieu pour 5 minutes (Appendice G). Ils auront donc 15 minutes par évolution de la situation pour mettre en pratique la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Dès lors, la formatrice aura en sa possession un tableau du déroulement de l'activité de simulation (Appendice F) afin de la guider en termes de temps.

Après la lecture de la mise en situation, les infirmières qui jouent le rôle de parents auront en leur possession un guide d'éléments de la compétence **Agir avec humanisme dans l'accompagnement du patient/famille et de son réseau en lien avec ses expériences de santé**, visés par l'interaction et des éléments attendus de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) adaptée. Ce guide d'observation, en appendice H, comprendra les éléments

essentiels, en guise d'indicateurs, que l'apprenant, qui détiendra le rôle de l'infirmière, devra démontrer lors de son interaction avec les parents selon les compétences visées pour la mise en situation et son évolution. Par exemples, les préoccupations principales, les besoins, les ressources internes et externes, devront être abordés. Ce guide appuiera la pratique réflexive qui suivra le jeu de rôle. Compte tenu que les écrits soulignent que le *débriefing* a davantage d'impacts lorsque le formateur qui anime est présent lors des simulations, l'infirmière formatrice devra circuler entre les équipes et observer au moins une mise en pratique de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) par équipe.

3.3 La pratique réflexive.

Après chaque évolution de la mise en situation, une brève pratique réflexive sera effectuée par les apprenants. Celle-ci consistera en une discussion de 10 minutes, en petits groupes de trois, durant laquelle il sera demandé, aux parents, de soulever des points forts et des points à améliorer de l'apprenant qui aura joué le rôle de l'infirmière lors de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). De plus, les infirmières qui jouent le rôle des parents devront identifier des interventions thérapeutiques effectuées par l'infirmière lors de l'interaction, tandis que celle qui joue le rôle de l'infirmière devra identifier des croyances des parents. Le tout sera appuyé par le guide d'observation, détaillé plus haut, qui leur sera fourni (Appendice H). Cet échange se veut une opportunité de reconnaître des éléments qui peuvent être soulevés lors d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Durant cette période, le formateur circulera entre les équipes et s'assurera du bon déroulement des échanges. Puis, chaque groupe d'apprenants, quant à eux, devra écrire au moins deux éléments pertinents issus de leur échange qui seront partagés en grand groupe lors du *débriefing*.

Lorsque l'activité de simulation sera complétée (les trois évolutions), un *débriefing* sous

forme d'une discussion en grand groupe de 30 minutes prendra place. Les apprenants devront alors partager leurs impressions selon les différents rôles qu'ils ont joués dans la simulation. Cette période de *débriefing* sera animée par le l'infirmière formatrice à l'aide d'un guide de *débriefing* qu'elle aura en sa possession. Ce guide, en appendice I, comprend des questions pour alimenter la discussion, telles que : « Comment vous êtes-vous sentis lors de l'interaction? Quels sont les éléments qui sont ressortis lors des échanges? »

Pour conclure l'activité de formation, et pour soutenir l'apprentissage des infirmières apprenantes, tel que la recension des écrits le propose, une réflexion en grand groupe post activité de formation et un retour sur l'utilisation de l'outil sera fait lors de la prochaine journée de résidence pour connaître les impressions des infirmières apprenantes sur la mise en pratique de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) adaptée auprès des familles aux SIP. Ce retour portera sur ce qui a été le plus aidant et le plus difficile de cette mise en pratique. Un guide, en appendice J, comprenant des exemples de questions pour encourager la réflexion, sera fourni à la formatrice.

La discussion

Dans le cadre du parcours académique de l'étudiante aux cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, un travail dirigé a été réalisé. Le but de ce travail était de proposer une intervention de formation infirmière axée sur la communication thérapeutique entre l'infirmière et les familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP. Puis, les objectifs, découlant de ce but, étaient d'effectuer une recension narrative des écrits, inspirée des principes de Baethge et al. (2019). D'abord, sur l'expérience des familles aux SIP, ensuite sur les meilleures pratiques relatives aux approches de formation infirmière actuelles, et ce, afin de proposer une intervention de formation permettant aux infirmières œuvrant aux SIP de répondre aux besoins et aux attentes des familles dont l'enfant y est hospitalisé. Ainsi, les deux recensions des écrits effectuées ont permis l'élaboration d'une activité de formation pertinente et actuelle pour les nouvelles recrues infirmières aux SIP.

Ce travail dirigé possède des points à améliorer et des points forts. D'une part, l'emploi d'une plus grande variété de bases de données pour les deux recensions des écrits aurait pu permettre d'atteindre, avec plus de certitude, la redondance de l'information. Toutefois, il a été possible de constater une certaine redondance dans les besoins exprimés par les parents ainsi que les types d'approches de formation dans les écrits recensés. De plus, en ce qui a trait à l'activité de formation, il aurait pu être intéressant d'impliquer des parents qui ont déjà vécu l'hospitalisation de leur enfant aux SIP dans le but de valider le contenu théorique de la formation, voire de les inviter à partager leur vécu, ou même, jouer le rôle du parent dans l'activité de simulation à titre de patient standardisé. Il aurait également été intéressant d'entreprendre des démarches auprès du milieu de soins afin d'obtenir des possibilités d'accréditation pour l'activité de formation. Toutefois, dans le contexte du travail dirigé et de la pandémie à la COVID-19, cela était moins réaliste, mais ces démarches pourront être entreprises

quand le contexte de soins le permettra.

D'autre part, le fait d'avoir eu recours à un expert en recherche documentaire disponible dans le centre hospitalier a permis de lancer des stratégies de recherches plus élaborées et donc, de repérer des articles de recherche pertinents plus rapidement. De plus, une seconde force est la grande capacité d'adaptation de l'étudiante. Au travers son parcours académique, celle-ci a été confrontée à divers obstacles pour lesquels elle a toujours su adapter son travail de recherche afin de le rendre le plus pertinent, autant pour sa formation que pour le milieu clinique dans lequel elle évolue, et où elle souhaiterait que la formation se déroule. En ce sens, elle a su faire preuve d'une capacité à s'adapter à diverses situations afin de mener à terme son projet, ce qui relève d'une pratique infirmière avancée. De plus, étant elle-même infirmière dans le milieu, l'étudiante a été en mesure d'identifier rapidement le contexte dans lequel devra s'inscrire l'intervention de formation. Cela fait en sorte que la formation développée pourrait facilement être implantée dans le milieu afin de répondre à un besoin des parents.

Tout au long de ce travail, plusieurs apprentissages ont été effectués par l'étudiante. Ce travail lui a permis d'explorer différents volets de la pratique infirmière avancée et de développer certaines compétences. Tout d'abord, elle a pu développer la compétence « **Contribuer à des activités de recherche scientifique et à l'intégration de théories, pratiques exemplaires et résultats probants de recherche dans sa pratique** » par l'emploi de résultats probants afin d'appuyer une problématique repérée dans son milieu de soins et de bâtir une intervention (Pepin, Dupuis et Larue, 2020). En effet, les deux recensions des écrits lui ont permis d'en apprendre davantage sur le vécu des familles lorsqu'un enfant est hospitalisé aux SIP. Il lui a également été possible de connaître des approches pédagogiques actuelles ainsi que des activités pédagogiques pertinentes pour de nouvelles recrues infirmières aux SIP qui s'inscrivent dans le MHSI-UdeM

(Cara et al., 2016) qui compose le cadre de référence de ce travail.

En matière de recherche documentaire, celle-ci a pu explorer différents outils de recherche, tels que des équations plus élaborées lancées dans les bases de données, soit CINAHL et PubMed, avec le soutien d'un bibliothécaire du CHUSJ. Elle a également pu reconnaître les sources crédibles pour la consultation de la littérature grise. À l'aide du logiciel EndNote, l'étudiante a pu répertorier, de manière organisée, les articles de recherche pertinents. Puis, elle a su développer un sens critique face à ces écrits en regard de leur pertinence envers son projet de recherche. Aussi, celle-ci a pu s'approprier différentes stratégies de rédaction efficaces afin d'être claire et concise dans ses propos. Tous ces acquis lui serviront également dans le cadre de collaborations de recherches futures et dans sa pratique clinique afin que celle-ci soit toujours soutenue par des résultats probants.

De plus, l'élaboration de ce travail dirigé a permis à l'étudiante en pratique avancée de développer la compétence « **Créer des environnements apprenants pour les Personnes et les équipes dans son milieu** » (Pepin et al., 2020). En ce sens, elle a pu développer des connaissances et des habiletés en matière de *coaching* (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014). En effet, l'infirmière en pratique avancée doit, elle-même, développer des habiletés interpersonnelles variées qui lui permettront de mieux communiquer avec les familles et, ainsi, pouvoir mieux enseigner aux Personnes en devenant un modèle de rôle. Cela dit, elle doit être en mesure de créer un lien de confiance avec le patient et sa famille pour encourager un dialogue entre les membres de la famille et explorer la signification de leurs réactions verbales et non verbales, identifier des problèmes qui nécessitent une attention particulière et déterminer les priorités de soins pour chaque famille (Hamric et al., 2014). Le fait de connaître ce que ces parents peuvent vivre permet à l'infirmière de mieux comprendre certaines réactions des parents,

d'adapter ses démarches de soins et d'agir en conséquence. L'infirmière peut alors être davantage réceptive et à l'écoute des parents qui éprouvent des stress énormes. Ceci lui permet également d'encourager le dialogue entre les parents quant aux différences dans leur vécu, leurs perceptions de l'état de santé de leur enfant et leurs propres stratégies d'adaptation. D'ailleurs, ceci permet à l'infirmière de mieux les accompagner en explorant avec eux la possibilité de réfléchir à d'autres stratégies d'adaptation ou d'autres ressources qui ont été bénéfiques dans le passé ou pour d'autres familles. Le fait de bien connaître et comprendre l'expérience des parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP permet également à l'infirmière de démontrer davantage d'empathie envers ces familles. Elle se préoccupe aussi du parent qui n'est pas présent au chevet de l'enfant en considérant que ce parent vit également des stress qui peuvent être différents du parent qui reste au chevet, mais aussi important. Elle se questionne sur les perceptions de chacun face à la situation, et également les perceptions et la compréhension d'un parent envers ce que l'autre vit.

Par ailleurs, puisque la recension des écrits sur l'expérience des familles lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP a permis d'identifier un besoin de communication de ces familles avec l'infirmière et que, dans la pratique, il a été constaté que les infirmières ne se sentent pas suffisamment outillées à cet effet, l'étudiante en pratique avancée tentera d'enseigner aux nouvelles recrues aux SIP à utiliser des outils de communication par le biais de son activité de formation et, de ce fait, exploiter son rôle de *coaching*. Or, l'étudiante a pu expérimenter l'élaboration d'une activité de formation destinée à une population ciblée dans le domaine des soins critiques. Ainsi, celle-ci a dû orienter ses recherches et adapter l'organisation de sa formation pour répondre aux besoins d'apprentissage et aux motivations d'une population adulte diplômée nouvellement recrutée sur une unité de SIP.

À la suite de la réalisation de ce travail, plusieurs recommandations peuvent donc être émises autant aux niveaux de la pratique clinique, que de la formation et de la recherche. En ce qui a trait à la pratique clinique, il serait pertinent de rendre l'activité de formation proposée obligatoire au sein du programme de résidence des SIP. À cet effet, des incitatifs, tels que des heures de formation accréditées ou des cartes cadeaux, pourraient être offerts afin de motiver les infirmières à compléter entièrement le volet théorique en ligne. Cette formation permettrait de s'assurer que les nouvelles recrues sont adéquatement outillées pour communiquer avec les familles. De plus, différents rappels sous forme de mises en situation en ligne pourraient être offerts aux recrues ayant suivi le programme de résidence afin de garder leurs connaissances à jour et les aider à se rappeler de ce qui est attendu lors d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins).

Pour ce qui est de la formation, la recension des écrits a souligné l'importance de construire une activité pédagogique qui inclus un volet virtuel pouvant être effectué à distance ainsi qu'un volet en présentiel. Dans le contexte pandémique actuel, il a été possible de constater que l'approche hybride peut s'avérer pertinente afin de maintenir la formation malgré différentes contraintes sanitaires. L'intervention de formation proposée est donc un modèle qui pourrait inspirer le développement d'autres formations destinées aux infirmières dans les milieux de pratique.

En ce qui a trait à la recherche, tel qu'il a été soulevé par la recension des écrits sur la formation infirmière, il serait intéressant de valider l'acquisition des connaissances des infirmières ainsi que leur niveau de confiance après leur formation, soit par un sondage en ligne ou un groupe de discussion. À cet effet, des espaces d'échanges pour les infirmières formées sur la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) pourraient être organisés quelques semaines après la

formation afin que celle-ci puissent s'entraider quant à son application dans la pratique.

Enfin, afin de favoriser la mise en place de cette formation dans le milieu de pratique, les SIP du CHUSJ ont été informés des différentes démarches sur une base régulière. Il est donc souhaité que dans un avenir rapproché il soit possible de l'inclure au programme de résidence afin que les nouvelles recrues infirmières puissent en bénéficier. À moyen terme, cela pourrait permettre de mieux les outiller afin que la communication thérapeutique avec les familles soient plus intégrées à leur pratique ce qui permettrait de répondre à un des besoins des parents.

La conclusion

Pour conclure, la recension des écrits sur l'expérience de familles lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP a permis d'identifier un besoin de communication avec l'infirmières pour ces familles avec l'infirmière. Toutefois, dans la pratique, les infirmières ne se sentent pas suffisamment outillées pour communiquer et intervenir auprès des familles. Celles-ci soulignent l'importance d'avoir accès à des lignes directrices concrètes afin de les guider dans leur pratique auprès des familles. Or, un outil qui permettrait d'aider les infirmières à répondre au besoin de communication des familles aux SIP est la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins). Une recension des écrits sur la formation infirmière a permis de découvrir des activités pédagogiques pertinentes et actuelles qui peuvent être destinées à des infirmières diplômées nouvellement recrutées aux SIP. À la lumière des résultats de cette recension, une formation basée sur la réalité du milieu a été créée pour sensibiliser les infirmières à l'approche systémique familiale et leur proposer un outil adapté au contexte de soins critiques. Il serait donc intéressant éventuellement de la mettre en pratique et d'évaluer l'impact que cette formation pourrait avoir sur l'expérience des parents dont un enfant est hospitalisé aux SIP.

Les références

- Aldridge, M.D. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit. *Critical care nurse*, 25(6), 40-50.
- Alzawad, Z., Lewis, F.M., Kantrowitz-Gordon, I., et Howells, A.J. (2020). A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster. *Journal of pediatric nursing*, 51, 8-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015>
- Ames, K. E., Rennick, J. E., et Baillargeon, S. (2011). A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(3), 143-150. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.004
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. et Mertens, S. (2019). SANRA – a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(5), 1-7. doi://<https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Baird, J., Davies, B., Hinds, P. S., Baggott, C., et Rehm, R. S. (2015). What Impact Do Hospital and Unit-Based Rules Have Upon Patient and Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit? *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 133-142. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.001
- Barbour, C., et Schuessler, J. B. (2019). A preliminary framework to guide implementation of The Flipped Classroom Method in nursing education. *Nurse Educ Pract*, 34, 36-42. doi:10.1016/j.nepr.2018.11.001
- Bell, J.M. (2013). Family nursing is more than family centered care. *Journal of family nursing*, 19(4), 411-417. doi: 10.1177/1074840713512750
- Béranger, A., Pierron, C., de Saint Blanquat, L., Bouazza, N., Jean, S., et Chappuy, H. (2018). Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit. *Eur J Pediatr*, 177(3), 395-402. doi:10.1007/s00431-017-3075-9
- Béranger, A., Pierron, C., de Saint Blanquat, L., Jean, S., et Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24(3), 265-272. doi:<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.001>
- Bloomfield, J., O'Neill, B., et Gillett, K. (2015). Enhancing student communication during end-of-life care : A pilot study. *Palliative and supportive care*, 1-11. doi: 10.1017/S147895151500022X

- Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L., et Dery, J. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte*. Repéré à <https://www.cifi.umontreal.ca/fr/recherche/projet-reci/le-referentiel-de-competences-infirmieres/>
- Butler, A. E., Copnell, B., et Hall, H. (2019). When a Child Dies in the PICU: Practice Recommendations From a Qualitative Study of Bereaved Parents. *Pediatr Crit Care Med*. doi:10.1097/PCC.0000000000002040
- Butler, A. E., Copnell, B., et Hall, H. (2019). Welcoming expertise: Bereaved parents' perceptions of the parent–healthcare provider relationship when a critically ill child is admitted to the paediatric intensive care unit. *Australian Critical Care*, 32(1), 34-39. doi:10.1016/j.aucc.2017.09.004
- Butler, A. E., Hall, H., Willetts, G., et Copnell, B. (2015). Family Experience and PICU Death: A Meta-Synthesis. *Pediatrics*, 136(4), e961-973. doi:10.1542/peds.2015-1068
- Cantrell, M. A., Franklin, A., Leighton, K., et Carlson, A. (2017). The Evidence in Simulation-Based Learning Experiences in Nursing Education and Practice: An Umbrella Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 634-667. doi:10.1016/j.ecns.2017.08.004
- Cantwell-Bartl, A. M., et Tibballs, J. (2013). Psychosocial Experiences of Parents of Infants With Hypoplastic Left Heart Syndrome in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 14(9), 869-875. doi:10.1097/PCC.0b013e31829b1a88
- Carter, B. et McGoldrick, M. (dir.) (1999). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives* (3e éd.). Boston: Allyn & Bacon.
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J., et Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*, 25(2), 72-79. doi:10.1016/j.iccn.2008.10.002
- Cara et al. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(125), 20-31.
- Charette, M. (2018). *Compétences d'infirmiers nouvellement diplômés d'un programme de baccalauréat basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée d'un milieu de soins aigus* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, Québec.
- CHU Sainte-Justine. (2016). Présentation de l'unité des soins intensifs pédiatriques. Repéré à <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Soins-intensifs/Presentation-de-l-unite>

- Dahav, P., et Sjostrom-Strand, A. (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. *Scand J Caring Sci*, 32(1), 363-370. doi:10.1111/scs.12470
- Dreifuerst, K.T. (2015). Getting started with debriefing for meaningful learning. *Clinical Situation in Nursing*, 11(5), 268-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.01.005>
- Duhamel, F. (2015). La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers (3e éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A-M., et Goudreau, J. (2015). Integrating the illness beliefs model in clinical practice : A family systems nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 1-27. doi: 10.1177/1074840715579404
- Ebrahim, S., Singh, S., et Parshuram, C. S. (2013). Parental satisfaction, involvement, and presence after pediatric intensive care unit admission. *Journal of Critical Care*, 28(1), 40-45. doi:10.1016/j.jcrc.2012.05.011
- Engström, A., Dickson, E., et Contreras, P. The desire of parents to be involved and present. *British Association of critical care nurses*, 20(6), 322-330. doi://10.1111/nicc.12103
- Evans, J., et Thomas, J. (2011). Understanding family requirements in the intensive care room. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(4), 290-296. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104701698&lang=fr&s ite=ehost-live>
- Fan, J-Y., Wang, Y.H., Chao, L.F., Jane, S-W., et Hsu, L-H. (2015). Performance evaluation of nursing students following competency-based education. *Nurse Education Today*, 34, 97-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.002>
- Franck, L. S., Gay, C. L., et Rubin, N. (2013). Accommodating families during a child's hospital stay: Implications for family experience and perceptions of outcomes. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 31(3), 294-306. doi: 10.1037/a0033556
- Gallagher, R. W., et Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today*, 35(2), 333-340. doi:10.1016/j.nedt.2014.10.021
- Gamble, A. S. (2017). Simulation in undergraduate paediatric nursing curriculum: Evaluation of a complex 'ward for a day' education program. *Nurse Educ Pract*, 23, 40-47. doi:10.1016/j.nepr.2017.02.001

- Gaudreault, J., et Canevale, F. A. (2012). Should I stay or should I go? Parental struggles when witnessing resuscitative measures on another child in the pediatric intensive care unit. *Pediatric critical care medicine*, 13(2), 146-151. doi://10.1097/PCC.0b013e3182257a13
- Geoghegan, S., Oulton, K., Bull, C., Brierley, J., Peters, M., et Wray, J. (2016). The Experience of Long-Stay Parents in the ICU: A Qualitative Study of Parent and Staff Perspectives. *Pediatr Crit Care Med*, 17(11), e496-e501. doi:10.1097/ PCC.0000000000000949
- Goudreau, J., et Boyer, L. (2017). Chapitre 3. Dix ans de mise en œuvre d'un programme de 1er cycle universitaire en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : toujours des enjeux d'évaluation. Repéré à <https://www.cairn.info/organiser-la-formation-a-partir-des-competences---page-63.htm>
- Goulet, M. H., Larue, C., et Alderson, M. (2016). Reflective Practice: A Comparative Dimensional Analysis of the Concept in Nursing and Education Studies. *Nurs Forum*, 51(2), 139-150. doi:10.1111/nuf.12129
- Greenway, T. L., Rosenthal, M. S., Murtha, T. D., Kandil, S. B., Talento, D. L., et Couloures, K. G. (2019). Barriers to Communication in a PICU: A Qualitative Investigation of Family and Provider Perceptions. *Pediatr Crit Care Med*. doi:10.1097/PCC.0000000000002070
- Guilbault, M., et Viau-Guay, A. (2017). La classe inversée comme approche pédagogique en enseignement supérieur : état des connaissances scientifiques et recommandations. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 33 (1), 1-21. doi : 10.4000/ripes/1193
- Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados- Gámez, G., et Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7). doi:10.3390/ijerph17072241
- Hagstrom, S. (2017). Family Stress in Pediatric Critical Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 32, 32-40. doi:10.1016/j.pedn.2016.10.007
- Hall, K., et Tori, K. (2017). Best Practice Recommendations for Debriefing in Simulation-Based Education for Australian Undergraduate Nursing Students: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(1), 39-50. doi:10.1016/j.ecns.2016.10.006
- Houle, K., et Noiseux, S. (2009). RCR d'un enfant ; Où sont les parents ? *Perspective infirmière*, Juillet/Août 2009, 34-43.

- Hill, C., Knafl, K. A., et Santacroce, S. J. (2018). Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22-33. doi:10.1016/j.pedn.2017.11.007
- Hill, C., Knafl, K. A., Docherty, S., et Santacroce, S. J. (2019). Parent perceptions of the impact of the Paediatric Intensive Care environment on delivery of family-centred care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 22-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.007>
- Holtlander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of family nursing*, 11(1), 5-18. doi:10.1177/1074840704273092
- Ireland, S., Cross, R., Decker, K., et Mitra, B. (2017). Perceptions of an educational programme for registered nurses who work at non-major trauma services in Victoria, Australia: The Nursing Emergency eXternal Trauma Programme. *Australas Emerg Nurs J*, 20(3), 131-138. doi:10.1016/j.aenj.2017.05.002
- Ironside, P. M. (2015). Narrative Pedagogy: Transforming Nursing Education Through 15 Years of Research in Nursing Education. *Nurs Educ Perspect*, 36(2), 83-88. doi:10.5480/13-1102
- Jee, R. A., Shepherd, J. R., Boyles, C. E., Marsh, M. J., Thomas, P. W., et Ross, O. C. (2012). Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*, 13(3), e166-172. doi:10.1097/PCC.0b013e31823893ad
- Jones, C. W., et Lynn, M. R. (2018). Blogs Written by Families During Their Child's Hospitalization: A Thematic Narrative Analysis. *J Pediatr Nurs*. doi:10.1016/j.pedn.2018.03.011
- Konuk Sener, D. et Karaca, A. (2017). Mutual Expectations of Mothers of Hospitalized Children and Pediatric Nurses Who Provided Care : Qualitative Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e22-e28. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.004>
- Kuhlenberg, N. (2017). The Experience of Utilizing the Flipped Classroom Model in Undergraduate Nursing Curriculum. Experience of Utilizing the Flipped Classroom Model in Undergraduate Nursing Curriculum, 1-1. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130413232&lang=fr&site=ehost-live>

- Kuzma, E. K., Graziano, C., Shea, E., Schaller, F. V., Jr., Pardee, M., et Darling-Fisher, C. S. (2019). Improving lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/ questioning health: Using a standardized patient experience to educate advanced practice nursing students. *J Am Assoc Nurse Pract*, 31(12), 714-722. doi:10.1097/jxx.0000000000000224
- Lacroix, J., Gauthier, M., Hubert, P., Leclerc, F., et Gaudreault, P. (2007). *Urgences & soins intensifs pédiatriques*. Québec, Canada : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Lafontaine, C. (2008). *La société postmortelle : La mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Lamiani, G., Giannini, A., Fossati, I., Prandi, E., et Vegni, E. (2013). Parental experience of end- of life care in the pediatric intensive care unit. *Minerva Anestesiol*, 79(12), 1334-1343.
- Landers, M. G., O'Mahony, M., et McCarthy, B. (2020). A Theoretical Framework to Underpin Clinical Learning for Undergraduate Nursing Students. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 159-164. doi:10.1177/0894318419898167
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.
- Latour, J. M., van Goudoever, J. B., Schuurman, B. E., Albers, M. J., van Dam, N. A., Dullaart, E., . . . Hazelzet, J. A. (2011). A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units. *Intensive Care Med*, 37(2), 319-325. doi:10.1007/ s00134-010-2074-3
- Lavoie, P., Michaud, C., Bélisle, M., Boyer, L., Gosselin, É., Grondin, M., . . . Pepin, J. (2018). Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: A theoretical review. *J Adv Nurs*, 74(2), 239-250. doi:10.1111/jan.13416
- Lee, J., Lee, H., Kim, S., Choi, M., Ko, I. S., Bae, J., et Kim, S. H. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*, 87, 104345. doi:10.1016/ j.nedt.2020.104345
- Leite Funchal Camacho, A. C., Feliciano, G. D., et Silva Leite, B. (2016). Tutoring in nursing through distance education: A reflective approach. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 3682-3687. doi:10.5205/ reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201621
- Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., et Medoff-Cooper, B. (2017). The Pediatric Cardiac Intensive Care Unit Parental Stress Model: Refinement Using Directed Content Analysis. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), 319-336. doi: 10.1097/ANS.0000000000000184

- Long, D.A, Young, J., Rickard, C.M. et Mitchell, M.L. (2013). Analysing the role of the PICU nurse to guide education of new graduate nurses. *Nurse education today*, 33, 388-395. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.016>.
- Macdonald, M. E., Liben, S., Carnevale, F. A., et Cohen, S. R. (2012). An office or a bedroom? Challenges for family-centered care in the pediatric intensive care unit. *J Child Health Care*, 16(3), 237-249. doi:10.1177/1367493511430678
- Martinez, A-M., D'Artois, D., et Rennick, J.E. (2007). Does the 15-minutes (or less) family interview influence family nursing practice ? *Journal of family nursing*, 13(2), 157-178. doi://10.1177/1074840707300750
- Mattsson, J. Y., Arman, M., Castren, M., et Forsner, M. (2014). Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. *J Child Health Care*, 18(4), 336-345. doi:10.1177/1367493513496667
- Medina, A. M., Lederhos, C. L., et Lillis, T. A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Systems, & Health*, 27(2), 153-160. doi: 10.1037/a0015762
- Melender, H.-L., Mattila, H.-L., et Häggman-Laitila, A. (2016). A systematic review on educational interventions for learning and implementing evidence-based practice in nursing education: The state of evidence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 3-12. doi:10.1177/0107408315595161
- Merk, L., et Merk, R. (2013). A parents' perspective on the pediatric intensive care unit: our family's journey. *Pediatr Clin North Am*, 60(3), 773-780. doi:10.1016/j.pcl.2013.02.012
- Mitchell, S., Spry, J. L., Hill, E., Coad, J., Dale, J., et Plunkett, A. (2019). Parental experiences of end of life care decision-making for children with life-limiting conditions in the paediatric intensive care unit: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 9(5), e028548. doi:10.1136/bmjopen-2018-028548
- Mortensen, J., Simonsen, B. O., Eriksen, S. B., Skovby, P., Dall, R., et Elklit, A. (2015). Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 495-500. doi:10.1111/scs.12179
- Njie-Carr, V. P., Ludeman, E., Lee, M. C., Dordunoo, D., Trocky, N. M., et Jenkins, L. S. (2017). An Integrative Review of Flipped Classroom Teaching Models in Nursing Education. *J Prof Nurs*, 33(2), 133-144. doi:10.1016/j.profnurs.2016.07.001

- October, T. W., Fisher, K. R., Feudtner, C., et Hinds, P. S. (2014). The parent perspective: "being a good parent" when making critical decisions in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 15(4), 291-298. doi:10.1097/ PCC.0000000000000076
- Pastor Junior, A. A., et Tavares, C. M. M. (2019). Literature review of audiovisual practices in Nursing education. *Rev Bras Enferm*, 72(1), 190-199. doi:10.1590/0034-7167-2017-0890
- Pepin, J., Dupuis, F., et Larue, C. (2020). *Référentiel de compétences, Programme de maîtrise en sciences infirmières*. Repéré à <https://studium.umontreal.ca/course/view.php?id=10128>
- Peters, C.E., Pitfield, A.F., et Froese, N.R. (2017). Special considerations in paediatric intensive care. *Anaesthesia and intensive care medicine*, 18(11), 572-580.
- Rodriguez-Rey, R., et Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Aust Crit Care*, 29(3), 151-157. doi:10.1016/j.aucc.2015.11.002
- Simeone, S., Pucciarelli, G., Perrone, M., Angelo, G. D., Teresa, R., Guillari, A., . . . Palma, G. (2018). The lived experiences of the parents of children admitted to a paediatric cardiac intensive care unit. *Heart Lung*, 47(6), 631-637. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.08.002
- Superdock, A. K., Barfield, R. C., Brandon, D. H., et Docherty, S. L. (2018). Exploring the vagueness of Religion & Spirituality in complex pediatric decision-making: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 107. doi: 10.1186/s12904-018-0360-y
- Stephenson, E., Salih, Z., et Cullen, D. L. (2015). Advanced Practice Nursing Simulation for Neonatal Skill Competency: A Pilot Study for Successful Continuing Education. *J Contin Educ Nurs*, 46(7), 322-325. doi:10.3928/00220124-20150619-04
- Stremmler, R., Dhukai, Z., Wong, L., et Parshuram, C. (2011). Factors influencing sleep for parents of critically ill hospitalised children: a qualitative analysis. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(1), 37-45. doi:10.1016/j.iccn.2010.11.001
- Stremmler, R., Haddad, S., Pullenayegum, E., et Parshuram, C. (2017). Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 36-43. doi: 10.1016/j.pedn.2017.01.012

- Svavarsdottir, E.K., Tryggvadottir, G.B., et Sigurdardottir, A.O. (2012). Knowledge translation in family nursing: Does a short-term 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
- Tan, K., Chong, M. C., Subramaniam, P., et Wong, L. P. (2018). The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today*, 64, 180-189. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.030
- Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière.
- Urden, L.D., Stacy, K.M. et Lough, M.E. (2014). *Critical Care Nursing : Diagnosis and Management* (7^e éd.). Saint-Louis, MO : Saunders/Elsevier.
- Valderrama Sanabria, M. L., et Munoz de Rodriguez, L. (2016). Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 29-37. doi:10.17533/udea.iee. v34n1a04
- Weeks, K. W., Coben, D., O'Neill, D., Jones, A., Weeks, A., Brown, M., et Pontin, D. (2019). Developing and integrating nursing competence through authentic technology-enhanced clinical simulation education: Pedagogies for reconceptualising the theory-practice gap. *Nurse Educ Pract*, 37, 29-38. doi:10.1016/j.nepr.2019.04.010
- Williamson, G. R., Kane, A., Plowright, H., Bunce, J., Clarke, D., et Jamison, C. (2020). 'Thinking like a nurse'. Changing the culture of nursing students' clinical learning: Implementing collaborative learning in practice. *Nurse Educ Pract*, 43, 102742. doi:10.1016/j.nepr.2020.102742
- Wright, L.M., et Leahey, M. (2014). *Le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille. L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd., pp.60-177). Montréal : Pearson.
- Wright, L.M., et Leahey, M. (1999). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259-274.

Appendice A : Les équations de recherche et les schémas associés sur l'expérience des familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP

Tableau 1

Équations de recherche dans Pubmed sur l'expérience des familles aux SIP

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| 1 | Pediatric intensive care units | Intensive Care Units, Pediatric[Mj:noexp] OR (Critical Care[Mj:noexp] AND child[Mh]) OR PICU[ti] OR ((pediatric[ti] OR paediatric[ti]) AND intensive care[ti]) OR PICU[OT] OR ((pediatric[OT] OR paediatric[OT]) AND intensive care[OT]) |
| 2 | Family | Family[Mj] OR Caregivers[Mj] OR Famil*[ti] OR (parent*[ti] NOT parenter*[ti]) OR caregiver*[ti] OR Famil*[OT] OR (parent*[OT] NOT parenter*[OT]) OR caregiver*[OT] |
| 3 | Combinaison et limitations | #1 AND #2 AND (english [LA] OR french [LA]) AND 2009/12/01 : 2019/12/31 [MHDA] |

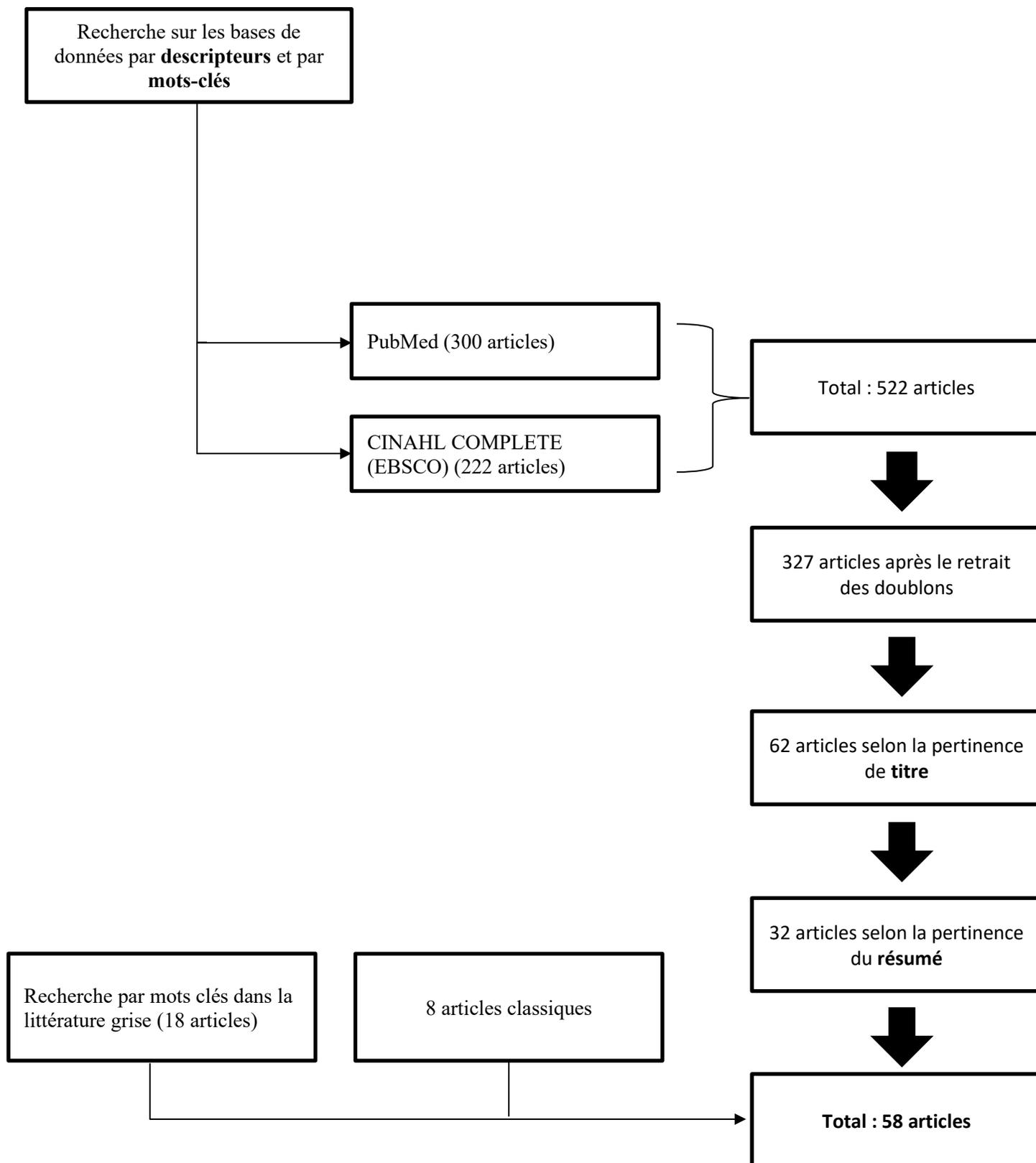
Tableau 2

Équations de recherche dans CINAHL COMPLETE (EBSCO) sur l'expérience des familles aux SIP

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| S1 | Pediatric intensive care units | MM(Intensive Care Units, Pediatric) OR (MM(Critical Care) AND MH(+child)) OR TI(PICU) OR (TI(p#ediatric) AND TI(intensive care)) |
| S2 | Family | MM(+Family) OR MM(+Caregivers) OR TI(Famil* OR caregiver*) OR TI(parent* NOT parenter*) |
| S3 | Combinaison et limitations | S1 AND S2 Opérateurs de restriction – Date de publication : 20090101-20191231 ; Langue : English, French |

Figure 1

Schéma de la stratégie de recherche utilisée pour la recension des écrits sur l'expérience des familles aux SIP



Appendice B : Les équations de recherche et les schémas associés sur la formation infirmière

Tableau 3

Équations de recherche dans Pubmed sur la formation infirmière

| | | |
|----|----------------------------|--|
| #1 | Nursing Education | (nursing[ti] AND (curriculum*[ti] OR educat*[ti] OR learn*[ti]) AND (outcome based[ti] OR outcomes based[ti] OR intervention*[ti] OR program*[ti] OR method*[ti] OR model*[ti] OR approach*[ti] OR practice*[ti] OR theor*[ti] OR pedagog*[ti])) |
| #2 | Revue de littérature | Review[pt] OR review*[tw] |
| #3 | Combinaison et limitations | (#1 AND #2) AND (english [la] OR french [la]) AND 2015/1/1 : 2020/12/31 [Date - Publication] |

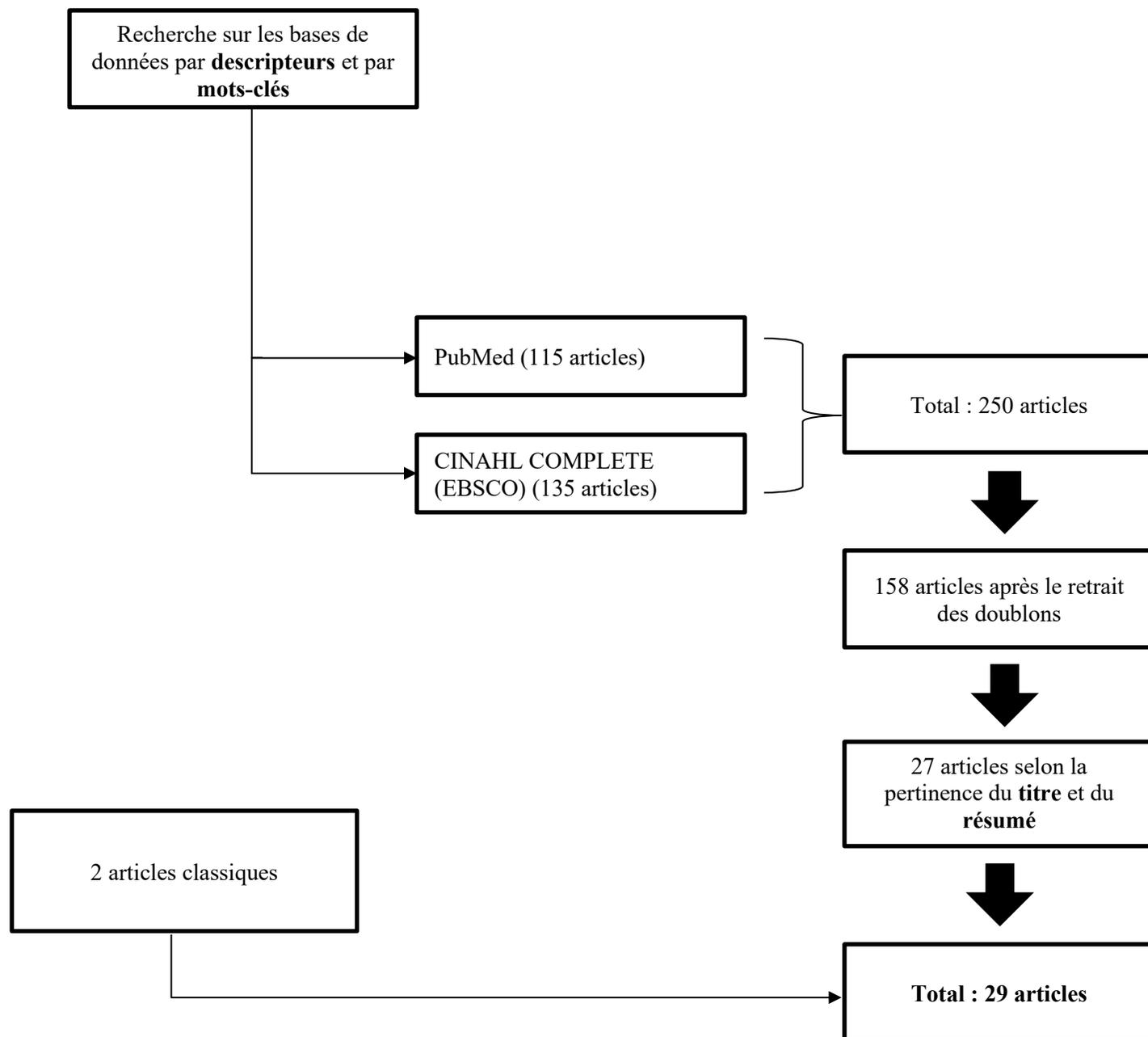
Tableau 4

Équations de recherche dans CINAHL COMPLETE (EBSCO) sur la formation infirmière

| | | |
|----|----------------------------|---|
| S1 | Nursing Education | TI (nursing AND (curriculum* OR educat* OR learn*) AND (outcome based OR outcomes based OR intervention* OR program* OR method* OR model* OR approach* OR practice* OR theor* OR pedagog*)) |
| S2 | Revue de littérature | PT (Review) OR TI (review*) OR AB (review*) |
| S3 | Combinaison et limitations | (S1 AND S2) AND LA (english OR french) AND DT 20150101-20201231 |

Figure 2

Schéma de la stratégie de recherche utilisée pour la recension des écrits sur la formation infirmière



Appendice C : L'expérience des familles aux soins intensifs pédiatriques



A. L'hospitalisation d'un enfant aux SIP comporte plusieurs éléments stressants pour les familles, soit :

1. Les contraintes du contexte de soins :

- L'action constante
- L'inconnu et l'imprévisibilité (Ex. l'attente avant de pouvoir voir son enfant, trouver leur place sur l'unité de soins, ne pas savoir à quoi s'attendre)
- Les soins invasifs, l'appareillage et les procédures de soins
- Les bruits et le peu d'intimité
- Les règlements de l'unité de soins
- Les changements fréquents au plan de soins (incluant les changements de chambre)

2. L'état de santé de l'enfant :

- La sévérité de la maladie
- La détresse physique et psychologique de l'enfant

- L'apparence de l'enfant
- La proximité de la mort

B. L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a également des impacts sur les membres de la famille.

1. Les impacts sur le vécu des parents :

- Une multitude d'émotions, telles que la peur et le désespoir
- La détresse des mères (Ex. vouloir se séparer en deux pour rester au chevet de l'enfant malade et auprès des autres enfants)
- Le deuil de l'enfant normal
- La perte du rôle parental
- Le manque de sommeil
- La détresse psychologique
- La vie de couple compromise

2. Les impacts sur la vie familiale :

- La séparation du reste de la famille
- La vie familiale interrompue, changements au niveau des rôles de chacun
- Le travail et les finances (Arrêt de travail, perte de revenus)

C. Les parents dont l'enfant est hospitalisé aux SIP ont plusieurs attentes, besoins et stratégies d'adaptation.

1. Les attentes et les besoins au niveau de l'environnement :

- Être près de l'enfant
- Le confort dans la chambre
- L'accessibilité aux installations
- Les particularités en fin de vie (Ex. lits pour les deux parents dans la chambre)

2. Les attentes et les besoins envers les professionnels de la santé :

- La communication (Ex. être informés)
- Préserver leur rôle parental
- Le respect et la dignité
- La relation de confiance
- Le respect des besoins spirituels
- La présence lors d'une réanimation cardio-respiratoire
- Les particularités en fin de vie (Ex. savoir lorsque c'est la fin)

3. Les stratégies d'adaptation :

- Les différences entre les mères et les pères (Ex. les pères s'appuient sur les éléments concrets, développent leur côté pratico-pratique et dressent des listes de priorités, tandis que les mères vont davantage verbaliser sur leur vécu émotif)
- La quête d'informations
- La verbalisation du vécu
- La participation aux soins directs
- Le désir de rester ensemble
- Le soutien de l'entourage
- La possibilité de parler à d'autres personnes
- La religion et la spiritualité

Appendice D : L'approche systémique



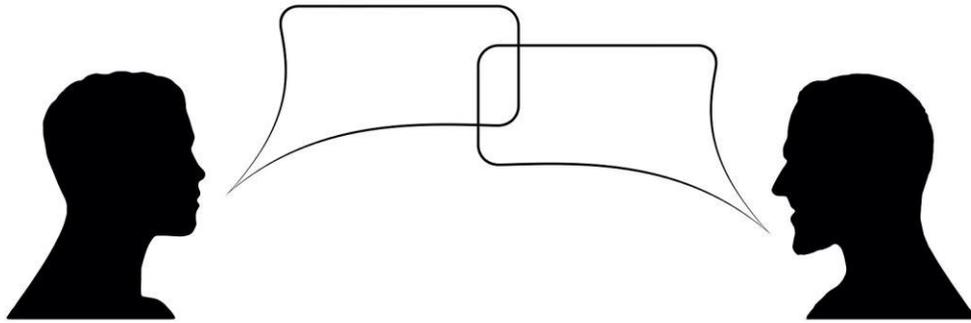
Source pour l'image : <https://www.unecuilerepourdoudou.com/blog/mobile-bebe-decoration-chambre-enfant/>

- Issue du courant postmoderniste qui est axé sur la subjectivité : Chaque personne possède sa propre réalité qui est influencée par ses expériences, ses croyances, ses perceptions, la culture, etc.
- Le rôle de l'infirmière n'est pas de mettre l'accent sur la problématique au sein de la famille. Par son évaluation et ses interventions auprès de la famille, l'infirmière mise sur les forces et les ressources de la famille afin de promouvoir des relations de soutien.
- L'approche systémique s'appuie sur plusieurs théories. Entre autres :
 - **La théorie des systèmes** mise de l'avant par von Bertalanffy (1936) et qui stipule que la famille est composée de différents sous-systèmes qui sont interreliés et qui s'influencent mutuellement (Wright et Leahey, 2014). Par exemple, cette théorie

permet à l'infirmière de comprendre qu'un enfant hospitalisé a un impact sur toute la famille et ses sous- systèmes et vice-versa. Il s'agit de visualiser la famille comme un mobile (lien avec la photo).

- **La théorie de la communication** de Watzlawick, Beavin et Jackson (1967) met l'emphase sur les modes d'interaction entre les membres de la famille. Cette théorie énonce que, lors de toute communication, la personne doit prendre en compte la communication verbale, la communication non verbale, la relation entre les personnes et la communication analogique qui englobe la posture, la gestuelle, la mimique, l'inflexion de la voix, le rythme et l'intonation des mots. Ces différentes interactions entre chaque membre de la famille renseignent l'infirmière sur le fonctionnement expressif de la famille et leurs relations en incluant les rôles de chacun et les alliances.

Appendice E : La conversation thérapeutique



La conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) est une forme d'entrevue familiale décrite comme étant « structurée, efficace, informative et favorisant le bien-être de la famille » [Traduction Libre] (Wright et Leahey, 1999, p.260). Ce type d'entrevue permet d'impliquer la famille dans les soins (Wright et Leahey, 1999). Les auteurs, Wright et Leahey (1999), mentionnent que l'implication des membres d'une famille dans une interaction significative avec l'infirmière s'effectue sans regard au temps, qu'une interaction de quelques minutes est mieux qu'aucune interaction.

La conduite d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) de Wright et Leahey (2014) peut comprendre cinq éléments essentiels : l'entretien thérapeutique, le savoir-vivre, le génogramme de la famille et l'écocarte, les questions thérapeutiques et la mise en valeur des forces de la famille (Wright et Leahey, 2014, p.325).

L'entretien thérapeutique consiste en toute conversation significative et d'une durée brève.

Ce type d'entretien est bénéfique pour la famille, car il en réunit les membres. Les familles se sentent alors davantage soutenues au travers leur expérience de santé. Ce n'est pas nécessairement la durée de l'entretien thérapeutique qui compte, mais bien la possibilité d'échanges sur le vécu de chacun des membres de la famille. Ceci leur donne la possibilité de faire connaître leurs préoccupations, leurs besoins, leurs forces, leurs ressources, leurs

croyances et leurs perceptions. Un élément important que l'infirmière doit explorer lors de l'entretien thérapeutique est : **l'écoute** ! Pour l'infirmière, il s'agit de trouver un moment opportun d'intégrer les soins centrés sur la tâche à un échange significatif avec les familles.

- **Le savoir-vivre** implique le respect, la politesse et l'attention. En ce sens, l'élément prioritaire du savoir-vivre est de se présenter. Ce geste simple est parfois omis par les infirmières (Wright et Leahey, 2014).
- **Le génogramme** est une représentation schématique des membres de la famille et permet d'en comprendre la structure interne (Duhamel, 2015 ; Wright et Leahey, 2014). L'écocarte permet de comprendre les liens qu'entretiennent les divers membres de la famille avec les ressources externes, telles que la famille élargie, les amis, et les organismes, en indiquant si la ressource est aidante ou une source de difficulté. **L'écocarte** est importante, car elle permet d'évaluer le soutien de la famille et de le communiquer aux autres membres de l'équipe (Wright et Leahey, 2014).
- **Les questions thérapeutiques** sont des questions qui permettent de d'explorer le rôle de chaque membre de la famille, d'encourager le dialogue entre eux, permettant de cibler leurs ressources, leurs croyances, leurs besoins ainsi que de souligner leurs forces. Toutefois, il demeure important que ces questions soient adaptées au contexte de soin (Wright et Leahey, 2014). Différents thèmes peuvent être abordés lors d'une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins), grâce à l'utilisation des questions thérapeutiques, soit les besoins et les attentes, la préoccupation principale, les rôles et les croyances, les ressources et les forces.

- Enfin, **la mise en valeur des forces** de la famille est de souligner au moins deux forces, ressources ou compétences de la famille ou des membres de la famille (Wright et Leahey, 2014).

Les trois principes d'entrevue de Milan

La conversation thérapeutique tient compte des trois principes d'entrevue établis par l'équipe de Milan (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prata, 1980). Ces principes sont la formulation d'hypothèses, la neutralité et la circularité (Duhamel, 2015). Les hypothèses systémiques sont une façon d'aborder un problème, d'analyser la dynamique familiale et guident l'entrevue familiale. Généralement, **les hypothèses** incluent les croyances, les valeurs et les perceptions de la famille face à une situation (Duhamel, 2015). **La neutralité** fait en sorte que l'infirmière doit toujours demeurer impartiale envers chaque membre de la famille. Elle ne peut blâmer une personne pour un problème ou s'allier avec un membre de la famille. L'infirmière explore comment le système familial contribue au problème soulevé lors d'entrevues familiales. Ainsi, en formulant plusieurs hypothèses, l'infirmière suggère différentes façons d'aborder la situation. D'ailleurs, Cecchin (1987) suggère une attitude qui encourage le maintien de la neutralité, soit la curiosité. Finalement, **la circularité** concerne l'interaction entre les membres d'une famille ou entre l'infirmière et le système familial. Cette interaction influence chaque personne concernée (Duhamel, 2015).

Tableau 5

Le contenu de base de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) inspiré de Wright et Leahey (2014)

| Thème | Exemples de questions |
|------------------------------|---|
| Le savoir-vivre | <ul style="list-style-type: none"> ○ Se présenter (son titre professionnel, son nom et prénom) |
| Le génogramme | <ul style="list-style-type: none"> ○ J'aimerais mieux comprendre la structure/composition de votre famille. Pouvons-nous la voir ensemble ? ○ Êtes-vous le père de ... ? Avez-vous d'autres enfants ? Quel âge ont-ils ? Qui est avec eux présentement ? |
| L'écocarte | <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsque vous vivez un moment difficile, qui appelez-vous en premier ? ○ À quels organismes faites-vous appel dans des situations plus difficiles ? ○ Avec qui, autre que vous, souhaitez-vous que nous échangions des informations sur votre enfant ? |
| Les questions thérapeutiques | |
| Les besoins et les attentes | <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment pouvons-nous vous aider le mieux pendant l'hospitalisation de votre enfant aux SIP ? |

| | |
|------------------------------------|---|
| <p>La préoccupation principale</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelle est votre plus grande préoccupation face à l'hospitalisation de votre enfant aux SIP ? ○ Si je pouvais répondre qu'à une seule de vos questions, quelle serait-elle ? (la question unique) ○ Avez-vous des préoccupations autres que l'hospitalisation de votre enfant présentement? |
| <p>Les rôles et les croyances</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelle est la principale difficulté que votre famille doit surmonter durant l'hospitalisation de votre enfant aux SIP ? ○ Comment expliquez-vous ce qui arrive à votre enfant ? |
| <p>Les forces</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce qui a été le plus aidant pour vous lors d'une situation difficile que vous avez dû surmonter ? ○ Qu'est-ce que votre conjoint, votre mère, ... fait qui vous aide le plus dans la situation que vous vivez présentement ? |

Tableau 6

Exemples de questions thérapeutiques qui peuvent être posées aux parents selon certaines situations rencontrées aux SIP inspirés de Wright et Leahey (2014) et Duhamel (2015)

| Situation critique | Motif de la question | Exemples |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Une admission</i> | Connaître la préoccupation principale | <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelle est votre plus grande préoccupation face à l'hospitalisation de votre enfant aux SIP ? ○ Si je pouvais répondre à une seule de vos questions, quelle serait-elle ? |
| | Procéder au génogramme | <ul style="list-style-type: none"> ○ J'aimerais mieux comprendre la structure/composition de votre famille. Pouvons-nous la voir ensemble ? |
| | Procéder à l'écocarte | <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsque vous vivez un moment difficile, qui appelez-vous en premier ? |
| | Connaître les besoins et les attentes | <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce que l'infirmière pourrait faire qui vous aiderait le plus en ce moment ? |

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>La prise en charge d'un patient (enfant et famille) par l'infirmière (à chaque quart de travail)</i></p> | <p>Connaître les besoins et les attentes</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce que les infirmières ont fait jusqu'à présent qui vous aidait le plus ? ○ Quand on vous parle de l'état de santé de votre enfant, qu'est-ce qui vous aide le plus ? Comment vous sentez-vous depuis les nouvelles informations que l'équipe a partagées avec vous ? Qu'est-ce qui vous vient en tête en premier ? OU Que pensez-vous des nouvelles informations que l'équipe a partagées avec vous ? ○ Qu'est-ce que votre conjoint/e pourrait faire qui vous aiderait le plus ? |
|--|--|---|

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | Connaître les forces | <ul style="list-style-type: none">○ Quelle est, selon vous, la plus grande force de ... qui saura l'aider à surmonter l'hospitalisation de votre enfant ? |
| | Connaître les rôles et les croyances | <ul style="list-style-type: none">○ Qu'est-ce qui vous inquiète le plus face à l'apparence de votre enfant ?○ Qui, parmi vous deux, est le plus affecté par l'hospitalisation de votre enfant ?○ Que faites-vous à la maison lorsque votre enfant est en douleur/anxieux ?○ Qu'est-ce que votre conjoint/e fait qui vous aide le plus depuis que votre enfant est hospitalisé ? |

| | | |
|---|--|---|
| <p><i>Avant ou pendant une tournée médicale</i></p> | <p>Connaître les besoins et les attentes</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Si l'équipe de soins pouvait répondre qu'à une seule de vos questions, quelle serait-elle ? ○ Qu'est-ce que vous avez trouvé le plus utile dans les renseignements reçus de la part des professionnels de la santé ? |
| <p><i>À la suite d'une réanimation cardiorespiratoire (RCR)</i></p> | <p>Connaître la préoccupation principale</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Si l'équipe de soins pouvait répondre qu'à une seule de vos questions en ce moment difficile, quelle serait-elle ? |
| | <p>Connaître les forces</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce qui a été le plus aidant pour vous lors d'une situation difficile que vous avez dû surmonter ? ○ Que fait votre conjoint/e qui vous aide le plus ... ? |

Appendice F : Le déroulement de la simulation

Tableau 7

Le déroulement de la simulation

| Événement | Durée | Description |
|--|---|---|
| Introduction | 5 minutes | Explications de l'activité de formation : Chaque apprenant devra jouer le rôle d'une infirmière et de deux parents selon l'évolution de la mise en situation. L'infirmière devra alors amorcer une conversation thérapeutique avec les parents. |
| Retour sur l'expérience des familles aux SIP | 5 minutes | Bref retour sur le vécu des parents lorsque leur enfant est hospitalisé aux SIP. |
| Formation des groupes | 2 minutes | Groupes de 3 apprenants |
| Début de l'activité | | |
| Temps 1 | 5 minutes (lecture mise en situation) + 15 minutes | Conversation thérapeutique lors d'une admission aux SIP. Le formateur doit écouter l'interaction d'un groupe. |
| Pratique réflexive en petits groupes | 10 minutes | Soutien aux apprenants si besoin. |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Temps 2 | 5 minutes (lecture mise en situation) + 15 minutes | Conversation thérapeutique suite à la tournée médicale. Le formateur doit écouter l'interaction d'un groupe. |
| Pratique réflexive en petits groupes | 10 minutes | Soutien aux apprenants si besoin. |
| Temps 3 | 5 minutes (lecture mise en situation) + 15 minutes | Conversation thérapeutique lorsque le congé à la maison approche. Le formateur doit écouter l'interaction d'un groupe. |
| Pratique réflexive en petits groupes | 10 minutes | Soutien aux apprenants si besoin. |
| <i>Debriefing</i> en grand groupe | 30 minutes | Animer la période selon le guide de <i>débriefing</i> . |

Appendice G : La mise en situation

Mise en situation : Un cœur fonctionnel

Mise en contexte pour les parents :

Vous êtes les parents du petit Jérôme, 3 mois. À la naissance, Jérôme a été diagnostiqué d'une malformation cardiaque congénitale. Ceci a amené plusieurs manifestations chez Jérôme, telles que de grandes difficultés à l'allaitement causées, entre autres, par de la dyspnée, de la fatigue, etc... Mère : Vous vous appelez Julie, vous avez 30 ans et vous êtes enseignante de français au secondaire. Père : Vous vous appelez Philippe, vous avez aussi 30 ans, et vous êtes mécanicien.

Vous vivez tous les deux beaucoup de stress, car vous avez un autre enfant, Samuel, 3 ans, qui est à la maison avec les grands-parents paternels âgés de 63 et 66 ans atteints de plusieurs maladies chroniques. Normalement, vous (Philippe) travaillez beaucoup pour subvenir aux besoins de la famille. Vous êtes parfois appelé à travailler la fin de semaine pour faire un peu d'argent de surplus. Vous avez dû prendre congé sans solde du travail pour quelques jours, alors que votre budget familial ne le permettait pas. Vous possédez un grand cercle d'amis, mais ceux-ci sont tous très occupés au travail ou à voyager, ils ne sont donc pas disponibles à offrir leur aide.

Vous (Julie) n'avez pas fait partie de groupe de soutien, car la grossesse s'est déroulée normalement, vous avez déjà eu l'expérience avec Samuel et vous n'en ressentiez pas le besoin. Vous avez une très bonne amie avec qui vous parlez souvent par *Facetime*, mais celle-ci est en fin de grossesse et éprouve beaucoup de douleurs lombaires qui l'empêchent de bien se mobiliser.

Vous (Julie) vous êtes beaucoup informée sur l'allaitement au travers ses deux grossesses. Vous croyez fermement que la proximité entre la mère et le nouveau-né qu'offre

l'allaitement maternel est essentielle au développement d'un lien mère-enfant. D'ailleurs, vous avez également lu que l'allaitement maternel exclusif contribue au bon développement du système immunitaire de l'enfant et, donc, le protège contre les maladies.

Quant à vous (Philippe), vous aidez Julie dans tout, car le soutien mutuel fait partie de sa définition du couple et la fondation d'une famille (croyances). Vous n'avez pas beaucoup d'opinions sur la grossesse et l'allaitement. Selon vous, c'est votre conjointe qui le sait et si celle-ci est satisfaite, vous l'êtes aussi.

Les grands-parents maternels, âgés de 57 et 60 ans, peuvent aussi apporter leur aide, mais seulement la fin de semaine, car ceux-ci travaillent encore à temps plein. Les frères de Julie, âgés de 24, 25 et 29 ans, sont aussi disponibles la fin de semaine, mais ils ne savent pas quoi faire pour aider, car ils n'ont pas encore d'enfants.

Temps 1

Vignette pour les parents :

Vous êtes tous les deux dans la salle d'attente des soins intensifs pédiatriques (SIP) du CHU Sainte-Justine alors que votre petit garçon est en chirurgie depuis quelques heures pour corriger sa communication interventriculaire (CIV). Cette chirurgie a été prévue dès la naissance de votre fils et c'est votre premier jour aux SIP. Vous êtes très inquiets. Vous êtes aussi très fatigués, car le retour à la maison après l'accouchement n'a pas été de tout repos.

Les portes de l'ascenseur s'ouvrent. C'est l'équipe du bloc opératoire accompagné du chirurgien cardiaque qui arrivent avec Jérôme dans une bassinet de transport entouré de fils et de moniteur qui font différents bruits. L'équipe passe à vive allure à côté de vous. Le chirurgien cardiaque s'arrête pour vous donner des nouvelles de la chirurgie. « Tout a bien été ! Par contre,

ce genre de chirurgie est très éprouvante pour l'enfant, il doit donc se reposer. L'équipe des soins intensifs va installer Jérôme dans sa chambre et va venir vous chercher lorsqu'ils seront prêts à vous recevoir. » Le chirurgien quitte pour aller à la chambre de Jérôme et donne son rapport à l'équipe des soins intensifs. Tous les deux n'en pouvez plus de l'attente, vous avez très hâte de serrer votre bébé dans vos bras.

Dès votre entrée dans la chambre, vous êtes surpris de tous les bruits et l'action que vous percevez. D'ailleurs, en vous rendant à la chambre, vous vous êtes un peu égarés sur l'unité et êtes surpris de voir votre bébé avec plein de fils, il semble perdu dans son petit lit. Lorsque l'infirmière se présente et vous informe de l'état de santé de Jérôme, vous (Julie) commencez à pleurer et vous (Philippe) avez les larmes aux yeux, incapable de placer un mot. Puis, l'interaction avec l'infirmière débute.

Lorsque l'infirmière vous en informe, vous êtes rassurés qu'elle soit votre infirmière pour aussi longtemps.

Pourquoi les parents pleurent-ils ?

Scénario de la mère :

- Dès que la mise en situation débute, Julie s'avance près de son fils et pleure davantage en constatant qu'il est très froid. Julie demande si Jérôme peut être recouvert davantage.
- Julie se dit déçue et triste de ne pas pouvoir prendre Jérôme dans ses bras, car elle se sent embarrassée par les nombreux fils qui l'entourent. Elle croit que le fait de ne pas pouvoir allaiter pendant ce moment difficile peut nuire au lien maternel.
- Julie a très peur de ne plus produire assez de lait pour nourrir Jérôme lorsqu'il ira mieux.

Scénario du père :

- Dès que la mise en situation débute, Philippe reste un peu à l'écart, figé.

- Philippe se sent impuissant de voir sa conjointe et son fils dans cet état.
- Philippe craint les séquelles de la maladie et de la chirurgie. Il a lu sur internet qu'un manque d'oxygène au cerveau peut causer l'autisme.

Vignette pour l'infirmière :

Vous êtes l'infirmière qui prendra en charge Jérôme pour la soirée. Une fois le rapport interservices du bloc opératoire reçu et Jérôme installé dans son lit sur un moniteur cardiaque avec une canule artérielle, une PVC et plusieurs solutés et perfusions, vous avisez l'agente administrative à l'accueil qu'elle peut laisser entrer les parents sur l'unité.

À leur arrivée, vous êtes concentrée sur son auscultation pulmonaire et la prise de signes vitaux. L'auscultation pulmonaire terminée, vous vous présentez et mentionnez que vous êtes l'infirmière de Jérôme pour la soirée jusqu'au lendemain matin. Philippe et Julie semblent rassurés d'avoir la même infirmière pour aussi longtemps. Vous les informez davantage sur l'état clinique de Jérôme et sur le fait qu'il est présentement sur plusieurs sédations qui seront sevrées au cours des prochaines heures. Vous leur expliquez que le but des sédations est de limiter la consommation en oxygène par Jérôme pour lui laisser une petite pause au cœur qui vient de subir une chirurgie. Vous constatez alors que les parents deviennent émotifs et pleurent.

Vous souhaitez alors entamer une conversation thérapeutique avec les parents afin d'accompagner les parents dans cette expérience de soins difficile.

(Évolution de la situation, vous pouvez changer les rôles)

Temps 2

Hier, Jérôme a été réanimé durant un code bleu. Depuis, sa fréquence cardiaque se maintient entre 120-130 battements par minute. Il va beaucoup mieux et est plus facilement éveillable. L'équipe de soins entre dans la chambre pour la tournée médicale.

Vignette pour les parents :

Vous êtes tous les deux rassurés que Jérôme prenne du mieux, mais vous avez beaucoup de questions pour la suite des choses. Est-ce que cette diminution subite de la fréquence cardiaque pourrait survenir à la maison ? Que devez-vous faire en ce temps-là ? Devez-vous monitorer le rythme cardiaque d'une quelconque façon à la maison ? Vous constatez qu'il y a plusieurs professionnels de la santé qui sont présents dans votre chambre pour la tournée médicale. Vous vous sentez un peu gênés, vous ne savez pas trop si vos questions sont adéquates. De plus, vous ne comprenez pas tout le jargon médical qui est échangé entre les différents professionnels. Qu'est-ce que du midazolam ? Qu'est-ce qu'un relais vers une VANI ? Vous vous sentez un peu perdus. Dans les échanges entre les différents professionnels de la santé, vous entendez le mot « génétique ». Tout d'un coup, (Julie) se met à pleurer et (Philippe) semble pensif. Vous avez tous les deux beaucoup de questions concernant le retour à la maison. Lorsque l'équipe de soins quitte la chambre, le médecin intensiviste s'arrête près de vous et vous dit « Ça va bien, votre fils est stable ».

Pourquoi les parents sont-ils dans cet-état ?

La mère :

- Julie croit qu'elle a transmis cette maladie cardiaque par ses gènes et que tout est sa faute.
- Julie craint que Jérôme devienne dépendant des antidouleurs étant donné qu'il a reçu

plusieurs doses en postopératoire.

Le père :

- Philippe croit qu'ils n'auraient pas dû avoir d'enfants, car plusieurs personnes dans sa famille éloignée souffrent de maladies cardiaques.
- Philippe croit que la maladie ne se serait pas dégradée s'ils avaient consulté plus tôt.

Vignette pour l'infirmière :

En voyant l'équipe de soins entrer dans la chambre, vous expliquez brièvement aux parents que c'est le moment de la tournée médicale qui a lieu quotidiennement et que les parents sont invités à rester afin de pouvoir suivre l'évolution de l'état de santé de leur enfant. Vous participez donc à la tournée médicale et vous constatez, en cours de route, que les parents semblent un peu perdus et choqués par les propos qu'ils entendent. De plus, vous vous demandez si les parents comprennent réellement ce que signifie « être stable » et les maladies cardiaques chez les enfants. Lorsque la tournée médicale est terminée, vous souhaitez entamer une conversation thérapeutique avec les parents pour connaître leurs impressions, afin d'avoir une meilleure idée de ce qu'ils ont compris et ce dont ils ont besoin.

(Évolution de la situation, vous pouvez changer les rôles)

Temps 3

Cela fait quelques jours que Jérôme est hospitalisé aux SIP. Il reçoit maintenant de l'oxygène via lunettes nasales conventionnelles. Il n'a pas eu d'autre code bleu. Sa fréquence cardiaque demeure normale et sinusale. Il est bien éveillé, mais la reprise de l'allaitement maternel est un peu difficile, car il se fatigue rapidement et se désintéresse du sein. Son congé à la maison est toutefois imminent.

Vignette pour les parents :

Vous êtes tous les deux dans la chambre de Jérôme et vous discutez entre vous. Vous êtes encore ébranlés par les événements des derniers jours. Vous avez peu dormi, vous êtes extrêmement fatigués... Julie, vous êtes inquiète de vos difficultés à allaiter votre fils, vous craignez de ne plus pouvoir allaiter aussi facilement qu'avant et se décourage lorsque Jérôme se désintéresse du sein. Philippe, vous êtes inquiet de voir votre conjointe dans cet état. De plus, vous êtes tous les deux stressés par le retour à la maison. Vous vous demandez ce que vous allez dire à votre autre fils Samuel.

Pourquoi les parents sont-ils stressés lors du retour à la maison ?

La mère :

- Julie croit qu'elle ne produit plus assez de lait à cause du stress vécu lors des derniers jours ainsi que l'impossibilité d'allaiter lorsque Jérôme n'allait pas bien et que cela aura un effet sur le système immunitaire de l'enfant et leurs liens.
- Julie croit que leur autre enfant ne comprendra pas l'attention supplémentaire que Jérôme nécessitera lors du retour à la maison.
- Julie craint que les symptômes de la CIV reviennent.

Le père :

- Philippe craint aussi que les symptômes de la CIV reviennent.
- Philippe craint que sa conjointe ait de la difficulté à gérer son inquiétude et développe un trouble anxieux.
- Philippe croit que sa conjointe est à risque d'une dépression face aux conséquences de cette expérience de santé difficile, car plusieurs membres de sa famille en ont été diagnostiqués.

Vignette pour l'infirmière :

Vous rentrez dans la chambre pour faire votre évaluation globale (la tournée) auprès de Jérôme. Cela fait quelques jours d'affilée que vous êtes son infirmière. Lors de vos soins, vous entendez la discussion entre les parents au sujet de leurs inquiétudes. Vous reconnaissez certaines préoccupations (baisse de la production lactée, le comportement de la fratrie, retour des symptômes...) que beaucoup de parents ont lorsque le congé à la maison approche. Vous informez les parents que les signes vitaux de Jérôme sont normaux et que vous le trouvez de bonne humeur. Vous souhaitez alors entamer une conversation thérapeutique avec les parents pour mieux connaître leurs anticipations face au retour à domicile.

(Fin de la mise en situation)

Appendice H : Le guide d'observations de l'infirmière

Le guide d'observations de l'infirmière

- **Compétence à développer** : Agir avec humanisme dans l'accompagnement du patient/famille et de son réseau en lien avec ses expériences de santé.

Lors des interactions, l'infirmière devra :

- Créer un partenariat avec le patient/famille et son réseau en approfondissant sa relation thérapeutique;
- Faire preuve de créativité dans sa pratique professionnelle pour respecter l'unicité du patient/famille.

(Boyer et al., 2016)

- **Éléments de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) adaptée attendus** :

- Identifier les principales préoccupations de la famille
- Procéder au génogramme (Temps 1) : Qu'est-ce que vous devriez savoir sur cette famille ? Ont-ils d'autres enfants à la maison ? Quel est leur métier ?
- Procéder à l'écocarte (Temps 1) : Qui s'occupe des autres enfants ? Identifier les ressources externes
- Identifier les ressources internes (croyances, habiletés...)
- Identifier les ressources externes (famille élargie, groupes de soutien, ...)
- Identifier les besoins et autres stress de la famille
- Identifier et souligner 2 forces
- Identifier 2 croyances des parents (Infirmière)

(Wright et Leahey, 2014)

Appendice I : Le guide de *débriefing* en grand groupe pour le formateur

Le guide de *débriefing* en grand groupe pour le formateur

Étape 1 : Retour sur la mise en situation (10 minutes)

- Demander aux acteurs (infirmières, parents) de partager leur expérience : Comment vous êtes-vous sentis ?
- Quels sont les éléments pertinents qui sont ressortis de vos échanges ?

****Note** : Si les infirmières commencent à apporter le fait que ce n'était pas une vraie situation, normaliser ce sentiment, mais ne pas encourager la conversation à ce sujet.

*****Note** : Utiliser un tableau, au besoin, pour inscrire les idées des apprenants.

Étape 2 : Retour sur les croyances identifiées (5 minutes)

Exemples de croyances des parents...

- La maladie aurait pu être évitée s'ils avaient consulté plus tôt.
- Les parents ont transmis de mauvais gènes à leur enfant.
- Si la mère ne peut pas allaiter son enfant pendant plusieurs jours, il y aura une diminution de la production lactée.
- Il y aura une perte du lien parental si les parents ne peuvent pas prendre leur enfant dans leurs bras.
- Leur enfant a manqué d'oxygène au cerveau, il sera donc autiste.
- Beaucoup d'inquiétudes mènent à un trouble anxieux.
- Etc.

Étape 3 : Retour sur les questions thérapeutiques (10 minutes)

Thèmes possibles :

- Génogramme
- Écocarte
- Ressources internes et externes
- Les besoins
- Les forces
- La question unique
- ...

Étape 4 : Questions (5 minutes)

*Cette étape est l'occasion de répondre à des questions sur la théorie

Appendice J : L'activité de suivi

L'activité de suivi : Pratique réflexive en grand groupe à la suite de la mise en pratique de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) auprès des familles aux SIP

Questions à poser au groupe :

- Avez-vous eu l'opportunité de conduire une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) auprès de familles aux SIP ? Si cela n'a pas été possible, comment expliquez-vous cela ?
- Quels éléments de la formation reçue ont été le plus aidant à conduire une conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) auprès des familles aux SIP ?
- Dans quels contextes de soins critiques avez-vous mis en application la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) ? Comment l'avez-vous introduite ?
- Avez-vous perçu une différence dans l'établissement d'une relation de confiance avec ces familles ? Si oui, laquelle ? Si non, quelle est votre explication ou votre compréhension ? Qu'est-ce que la conversation thérapeutique vous a permis d'apprendre de la famille ?
- Quels ont été les éléments les plus facilitateurs dans la conduite de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) auprès d'une famille ?
- Quelles ont été les plus grandes difficultés rencontrées dans la conduite de la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) auprès d'une famille ?
- Qu'auriez-vous pu faire de différent dans la conversation thérapeutique de 15 minutes (ou moins) que vous avez effectuée ?

Inspiré de Dreifuerst (2015)