

Université de Montréal

Intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières en groupe de médecine de famille
visant à développer leur compétence d'accompagnement des proches aidants d'aînés

Par
Myriam Bureau

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de l'obtention du
grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières option formation en soins
infirmiers

Août 2019

© Myriam Bureau, 2019

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage intitulé

Intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières en groupe de médecine de famille
visant à développer leur compétence d'accompagnement des proches aidants d'aînés

Présenté par
Myriam Bureau

Soumis au jury composé des membres suivants :

Anne-Marie Martinez
Membre du jury

Louise Francoeur
Directrice / membre du jury

Véronique Dubé
Codirectrice / membre du jury

Lynn Fournier
Personne-ressource / membre du jury

Résumé

La grande majorité d'aînés atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MA²) reste à domicile grâce au soutien de leur proche aidant (INESSS, 2015). Plusieurs écrits dénotent les impacts d'être un proche aidant (l'Appui pour les proches aidants d'aînés, 2016). Les infirmières¹ œuvrant en groupe de médecine de famille (GMF) sont au premier rang pour intervenir auprès des aidants (Gouvernement du Québec, 2017b; Khanassov et Vedel, 2016). Pourtant, il semblerait que les infirmières soient peu formées pour accompagner les aidants et pour identifier leurs besoins uniques (Gouvernement du Québec, 2017b; Lee, Weston et Hillier, 2013). La pratique réflexive permet à l'apprenant d'être actif pour développer ses compétences en se basant sur ses connaissances antérieures et ses expériences relationnelles (Bulman et Schutz, 2013; Johns, 1995; Leclerc, Bourassa et Filteau, 2010; Payette, 2000). Le but de ce projet clinique était d'adapter et de mettre à l'essai une intervention de pratique réflexive (IPR) auprès d'infirmières en GMF pour contribuer au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Deux thèmes ont principalement été abordés lors de l'IPR : 1) les besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² et ; 2) la démarche d'accompagnement dans l'identification de leurs besoins. Les résultats présentés dans ce rapport portent principalement sur la mise à l'essai de l'IPR en GMF et les retombées sur le développement de la compétence d'accompagnement des infirmières en GMF.

Mots-clés : Pratique réflexive, Proche aidant, Trouble neurocognitif majeur, Infirmière en groupe de médecine de famille

¹ Le féminin sera utilisé, mais il est inclusif des infirmiers et des infirmières

Abstract

The vast majority of seniors with Alzheimer's Disease or a Related Disease (ADRD) remain at home thanks to the support of their caregivers (INESSS, 2015). Several articles denote the impacts of being a caregiver (l'Appui pour les proches aidants d'ânés, 2016). Nurses working in Family Medicine Groups (FMGs) are at the forefront of caregiver's interventions (Gouvernement du Québec, 2017b, Khanassov and Vedel, 2016). Yet, it appears that nurses are insufficiently trained to support caregivers and to identify their unique needs (Government of Quebec, 2017b, Lee, Weston and Hillier, 2013). Reflective practice allows the learner to be active in developing his skills based on his knowledge and his relational experiences (Bulman and Schutz, 2013, Johns, 1995, Leclerc, Bourassa and Filteau, 2010, Payette, 2000). The purpose of this clinical project was to adapt and test a specific reflective practice intervention with FMG nurses to contribute to the development of their skills in supporting caregivers of people with ADRD. Two main themes were addressed during the reflective practice intervention: 1) the needs of caregivers of people with ADRD and; 2) the therapeutic approach to identify their needs. The results presented in this report focus on the testing of the reflective practice intervention in FMG and its impact on the development of the supporting skills of FMG nurses.

Keywords: Reflective practice, Caregiver, Alzheimer's Disease or Related Disease, Nurse in Family Medicine Group

Table des matières

Liste des abréviations _____	iv
Chapitre 1 : Problématique _____	1
But du stage _____	5
Objectifs de stage _____	6
Objectifs d'apprentissages _____	6
Chapitre 2 : Revue des écrits _____	7
Besoins des proches aidants _____	9
Interventions auprès des proches aidants _____	10
Compétence d'accompagnement et formation des infirmières en GMF _____	11
Compétence d'accompagnement et pratique réflexive _____	16
Chapitre 3 : Cadre de référence _____	22
Modèle du socioconstructivisme _____	23
Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) _____	24
Chapitre 4 : Description du stage _____	26
Milieu de stage _____	27
Recrutement _____	27
Approbations par les milieux clinique et académique et considérations éthiques _____	28
Supervision clinique _____	29
Description et déroulement de l'intervention _____	29
Démarche d'évaluation du stage _____	42
Chapitre 5 : Discussion _____	45
Atteinte des objectifs de stage _____	46
Atteinte des objectifs d'apprentissage _____	61
Recommandations pour les sciences infirmières _____	65
Chapitre 6 : Conclusion _____	74
Références _____	76
Appendice A : Compétence d'accompagnement - composantes et indicateurs _____	84
Appendice B : Résumé des résultats de la recension d'écrits pertinents pour le projet de stage _____	87
Appendice C : Formulaire d'information et de consentement _____	91

Appendice D : Entente de confidentialité _____	95
Appendice E : Principales adaptations de l'IPR de Dubé (2012) _____	97
Appendice F : Journal de réflexion individuelle (participantes) _____	99
Appendice G : Fiches résumés _____	102
Appendice H : Journal réflexif d'apprentissage (infirmière stagiaire) _____	108
Appendice I : Déroulement de l'IPR - thèmes prévus, thèmes abordés et verbatim _____	111
Appendice J : Questionnaire d'appréciation de l'IPR et des apprentissages (participantes)	118
Appendice K : Mots-clés mentionnés par les participantes en réponse à la question pré-intervention _____	124
Appendice L : Liste des questions guidant la pratique réflexive _____	126
Appendice M: Thèmes et verbatim présents dans les journaux réflexif d'apprentissage (infirmière stagiaire) _____	128
Appendice N :Thèmes et mots-clés mentionnés dans les journaux réflexifs individuels (participantes) _____	134
Appendice O : Réponses des participantes au questionnaire d'appréciation de l'IPR et des apprentissages _____	139
Appendice P : Présentation PowerPoint des retombées de l'IPR aux participantes _____	143
Appendice Q : Affiche pour le congrès de l'ACFAS 2019 _____	150

Table des figures

Figure 1 : Déroulement de l'IPR31

Liste des abréviations

ACESI : Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Appui : l'Appui pour les proches aidants d'aînés

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CNO : College of Nurses of Ontario

DSAPA: Direction du soutien à l'autonomie de la personne âgée

DSP: Direction des services professionnels

ESPA : Entente sur le soutien aux proches aidants

GMF : Groupe de médecine de famille

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

IPR : Intervention de pratique réflexive

MA² : Maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées

MEEM : Mini examen de l'état mental

MHSI-UdeM : Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal

SAC : Société Alzheimer du Canada

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier madame Louise Francoeur, ma directrice, pour avoir cru en moi et en mon projet dès notre première rencontre. Votre engagement envers la discipline infirmière et la clientèle âgée a été une source d'inspiration tout au long de mes quatre années d'étude.

Je tiens également à remercier madame Véronique Dubé, ma deuxième, mais tout aussi importante, directrice. Par votre approche humaniste et votre rigueur professionnelle, vous m'avez montré que tout est possible si on est déterminé !

Être accompagnée par une directrice c'est bien, mais deux c'est mieux ! Vous avez su me mettre en confiance, me rassurer et m'encadrer à chaque étape de ma maîtrise. Vous avez fait preuve d'ouverture et de curiosité dans vos commentaires favorisant mon développement académique et professionnel.

Merci à madame Anne-Marie Martinez pour vos commentaires et vos réflexions lors du comité d'approbation et du jury de stage. Votre sensibilité, votre expérience auprès des familles et votre rigueur m'ont permis de pousser davantage ma réflexion comme étudiante, mais aussi comme professionnelle.

Merci à madame Lynn Fournier, superviseuse de stage. Votre soutien tout au long de mon stage a été très apprécié. Votre écoute, vos conseils et votre expérience m'ont permis de comprendre différemment certains enjeux qui touchent notre profession. Merci pour vos réflexions!

Merci à mes frères pour avoir mis la barre de l'excellence haute, à ma filleule et à mes nièces qui m'apportent tant de joie. Merci à mes parents qui m'encouragent constamment à être la meilleure version de moi-même. Un merci spécial à ma mère pour le temps consacré à réviser mes textes!

Merci à mon conjoint (et futur mari), Thomas, qui a été mon pilier tout au long de cette aventure. Tu as fait preuve d'une grande patience durant ces multiples fins de semaine où je devais étudier. Merci pour tes « follairies »!

Chapitre 1 : Problématique

Étant donné le vieillissement de la population au Québec, la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs, appelés plus couramment la maladie d'Alzheimer et les autres maladies apparentées (MA²), est en hausse (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015). Actuellement, 564 000 Canadiens seraient touchés par ces maladies (Chambers, Bancej et McDowell, 2016). En 2013, 20% des Québécois âgés de 80 ans et plus étaient atteints de la MA² représentant plus de 76 490 cas (Agence de la santé publique du Canada, 2017). D'ici 2030, le nombre de nouveaux diagnostics sera 2,5 fois plus élevé (Société Alzheimer du Canada (SAC), 2010). La MA² se caractérise par une « lente dégénérescence des cellules du cerveau qui est irréversible » (SAC, 2015) et la nature de cette maladie a des conséquences considérables sur l'autonomie fonctionnelle de la personne (American Psychiatric Association, 2013; Institut national de santé publique du Québec, 2017).

Ainsi, plusieurs aînés restent à domicile grâce au soutien de leur proche aidant (INESSS, 2015). Selon la loi, un proche aidant est une personne qui « fourni[t], sans rémunération, des soins et du soutien régulier à domicile à des personnes aînées ayant une incapacité significative ou persistante susceptible de compromettre leur maintien à domicile » (*Loi de 2009 instituant le fonds de soutien aux proches aidants*, LQ 2009, c42, art 1). Avec la progression de la maladie, le proche aidant pourrait être amené à compenser pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) que l'aîné ne peut plus faire, entraînant des responsabilités supplémentaires pour l'aidant (American Psychiatric Association, 2013; Voyer, 2013). De plus, la majorité des personnes atteintes de la MA² présenteront, au cours de l'évolution de leur maladie, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) tels que l'agressivité verbale ou physique, l'errance, la désinhibition, l'anxiété ou l'apathie, affectant la capacité du proche aidant à prendre soin de son être cher (Bergman et al., 2009; Voyer, 2013).

Plusieurs écrits dénotent les impacts négatifs que le rôle de proche aidant peut avoir sur la santé physique et mentale de celui-ci (Guberman et al., 2001; l'Appui pour les proches aidants

d'ânés², 2016; Mittelman, Roth, Clay et Haley, 2007). En effet, plusieurs proches aidants de personnes atteintes de la MA² affirment vivre de la détresse, de l'anxiété, de l'inquiétude, de la fatigue, de l'isolement, des sentiments dépressifs en plus de se sentir dépassés et facilement irritable (Dowling et al., 2014; l'Appui, 2016; Mittelman, Roth, Clay, Haley, 2007; Mittelman, Roth, Haley & Zarit, 2004). Comparativement à la population générale, les proches aidants vivraient plus de détresse psychologique (Cuéllar-Flores, Sánchez-López, Limiñana-Gras et Colodro-Conde, 2014). De plus, le rôle de proche aidant peut avoir un impact financier important (Davin et Paraponaris, 2014). Effectivement, avec la progression de la maladie et la demande grandissante de soins, certains proches quittent leur emploi ou diminuent leurs heures de travail contribuant ainsi à leur isolement (Davin et Paraponaris, 2014; l'Appui, 2016). Ainsi, plusieurs proches ont l'impression de perdre le contrôle sur leur vie (Guberman et al., 2001).

Malgré ces impacts négatifs, certains proches vivent positivement cette expérience. Plusieurs proches aidants affirment ressentir de la satisfaction à prendre soin de leur être cher (Lloyd, Patterson et Muers, 2016; Vidigal et al., 2014). Pour eux, c'est une occasion de redonner à leur conjoint ou à leur parent, de s'épanouir personnellement et spirituellement ou d'acquérir de nouvelles habiletés (Lloyd et al., 2016). Ainsi, certains facteurs comme la relation avec l'aidé, le sentiment de compétences, le soutien formel ou les stratégies d'adaptation influencent la façon que le proche aidant vit son rôle (de Vugt et al., 2004; Éthier, Boire-Lavigne et Garon, 2013; Kishita, Hammond, Dietrich et Mioshi, 2018; Tay et al., 2016). Il faut donc s'intéresser à la façon dont le proche aidant assume son rôle le plus sereinement possible en limitant les impacts négatifs sur sa santé et sa qualité de vie. D'ailleurs, selon Lévesque, Ducharme et Caron (2010) les proches aidants doivent être perçus comme des experts de leurs besoins uniques et de leur situation de santé plutôt que d'uniques dispensateurs de soins.

Les infirmières³ œuvrant au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF) sont au premier rang pour intervenir auprès des proches aidants (Gouvernement du Québec, 2017b; Khanassov et Vedel, 2016). Effectivement, les infirmières contribuent à l'évaluation cognitive

² Pour ne pas alourdir le texte, l'Appui sera utilisé pour désigner l'organisme l'Appui pour les proches aidants d'ânés

³ Le féminin sera utilisé, mais il est inclusif des infirmiers et des infirmières

complète de l'ainé, notamment, en impliquant le proche aidant dans le processus d'évaluation (Bergman et al., 2009). Ainsi, dès le début de la démarche de repérage d'un trouble neurocognitif, l'infirmière doit établir une relation thérapeutique non seulement avec l'aidé, mais également avec l'aidant (Bergman et al., 2009). Pourtant, certains professionnels de la santé, dont les infirmières, affirment que leur formation initiale les a peu préparés à accompagner les proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Koch et Iliffe, 2010; Lee, Weston et Hillier, 2013). De plus, des instances gouvernementales affirment que les professionnels de la santé en GMF auraient besoin d'être mieux formés afin d'identifier et de répondre aux besoins spécifiques des proches aidants (Bergman et al., 2009; Gouvernement du Québec, 2017; INESSS, 2015). Bref, il semblerait y avoir un besoin d'amélioration de la formation des infirmières en première ligne en raison d'un manque de connaissances sur la façon d'accompagner les proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Bergman et al., 2009; Gouvernement du Québec, 2017; INESSS, 2015).

L'accompagnement des proches aidants est une compétence complexe qui inclut plusieurs aspects tels que les habiletés de communication, l'approche centrée sur le proche aidant, les interventions psychosociales et l'identification de leurs besoins (College of Nurses of Ontario (CNO), 2006). Malgré cela, plusieurs auteurs mentionnent le manque de définition concrète de cette compétence d'accompagnement (Bunn, Goodman, Pinkney et Drennan, 2016).

La notion de compétence s'inscrit dans le paradigme de l'apprentissage et est définie comme « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22). Le développement d'une compétence nécessite également que l'apprenant progresse à travers différents stades (novice à expert) (Armstrong, Headrick, Madigosky et Ogrinc, 2012; Benner, 1984). Le développement d'une compétence relationnelle complexe, telle que l'accompagnement, est un apprentissage évolutif qui ne peut pas être appris selon un processus linéaire applicable à tous les contextes (Tardif, 2006) d'où l'importance de la formation continue (Armstrong et al., 2012). D'ailleurs, dans un contexte de formation continue, les infirmières ont une expérience professionnelle dont il faut tenir compte pour favoriser le développement de leurs compétences (Frayssinhes, 2011; Lasnier, 2000; Merriam et Bierema,

2013; Tardif, 2006). De plus, selon le paradigme de l'apprentissage, le transfert de connaissances est favorisé lorsque l'apprenant est actif dans ses apprentissages (Frayssinhes, 2011; National Institute for Clinical Excellence, 2007; Tardif, 1998). Plusieurs moyens d'apprentissages amènent l'apprenant à être actif tels que des histoires de cas, des simulations ou des jeux de rôles (Benner, 1984).

D'ailleurs, la pratique réflexive peut être perçue comme un moyen d'apprentissage où l'apprenant est actif pour développer ses compétences en se basant sur ses connaissances antérieures et ses expériences relationnelles (Bulman et Schutz, 2013; Johns, 1995; Leclerc et al., 2010; Payette, 2000). Plusieurs définitions de la pratique réflexive coexistent dans la littérature et, à ce jour, aucun consensus ne semble avoir été établi sur la définition de la pratique réflexive (Bulman et Schutz, 2013; Dubé et Ducharme, 2015). Plusieurs auteurs avancent cependant que la pratique réflexive est une méthode d'apprentissage qui contribue au développement de la pratique infirmière (Caldwell et Grobbel, 2013; Johns, 2010; Reid, 1993). Elle favorise aussi le développement de compétences notamment par la prise de conscience des écarts entre la pratique recommandée et la pratique actuelle de l'infirmière (Caldwell et Grobbel, 2013). De plus, elle permet de porter un regard critique sur les actions passées (réflexion sur l'action) ou en cours (réflexion dans l'action) (Schön, 1983). À ce jour, plusieurs interventions de pratique réflexive (IPR) ont été mises en place auprès d'infirmières dans un contexte académique ou clinique (Dubé et Ducharme, 2015). Malgré ces bienfaits apparents, l'infirmière stagiaire n'a recensé dans les écrits aucune IPR auprès d'infirmières en GMF dans l'optique de contribuer au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

But du stage

Le but de ce stage était d'adapter et de mettre à l'essai auprès d'infirmières en GMF une IPR pour améliorer leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². La question de stage se formulait ainsi : comment une intervention de pratique réflexive influencera-t-elle la perception des infirmières en première ligne quant au

développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA²?

Objectifs de stage

Ce stage visait trois objectifs :

- 1) Adapter une IPR auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA²;
- 2) Mettre à l'essai une IPR auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA²;
- 3) Apprécier la perception des infirmières participantes de la contribution de l'IPR au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Objectifs d'apprentissages

Au terme de son stage de deuxième cycle, l'infirmière stagiaire souhaitait atteindre cinq objectifs d'apprentissage :

- 1) Développer ses connaissances et ses habiletés de pratique réflexive notamment par la lecture d'écrits théoriques, scientifiques et cliniques sur le sujet.
- 2) Perfectionner sa compétence de *caring* par l'établissement d'une relation d'accompagnement authentique et respectueuse auprès d'infirmières participantes à une IPR.
- 3) Poursuivre le développement de sa compétence d'accompagnement auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² par la lecture d'écrits théoriques, scientifiques et cliniques ainsi que par le partage des expériences des infirmières lors de l'IPR.
- 4) Parfaire son leadership infirmier notamment par la planification et la mise à l'essai d'une IPR auprès d'infirmières cliniciennes.
- 5) Approfondir ses habiletés d'analyse critique et de rédaction scientifique.

Chapitre 2 : Revue des écrits

Cette revue des écrits fait état des connaissances sur quatre thématiques centrales au stage soit: 1) les besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² (n = 80); 2) les principales interventions ayant eu des retombées positives auprès des proches aidants (n = 47); 3) le développement professionnel des infirmières en GMF (n = 41) et; 4) les principales interventions de pratique réflexive pertinentes auprès des professionnels de la santé qui accompagnent une clientèle âgée (n = 141). Les mots-clés suivants ont été combinés dans la banque de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* pour identifier les articles pertinents pour les quatre thèmes:

- Thème 1 : « *caregiver* need** », « *health transition* », « *need* transition** », « *dementia caregiver** », « *adult child** », « *spouse** », « *famil** », « *relative** », « *caregiver** », « *emotional support* », « *family-level interventions* », « *nurs* intervention** », « *education* needs* »;
- Thème 2 : « *competenc** », « *skill** », « *knowledge** », « *education* », « *intervention** », « *support intervention* », « *Alzheimer* », « *dementia* », « *carer* », « *caregiv** », « *intervention* », « *strateg** », « *best practice* », « *family nursing* », « *therapeutic conversation* »;
- Thème 3 : « *Alzheimer's disease* », « *dementia* », « *frontotemporal dementia* », « *cognitive disorders* », « *vascular dementia* », « *lewy body dementia* », « *nurs** », « *primary health care* », « *primary care* », « *continuing education provider** », « *education continuing* », « *professional development* », « *need* assessment* », « *need** »;
- Thème 4 : « *reflection* », « *reflective practice* », « *nurs** », « *professional practice* », « *clinical practice* », « *elderly* », « *caregiv** », « *dementia* ».

De plus, le moteur de recherche *Google Scholar* a été utilisé pour trouver d'autres articles en combinant certains termes mentionnés ci-haut. Pour compléter cette revue, certains articles

ont été identifiés dans les listes de références des articles trouvés. Au total, 42 articles et 19 ouvrages de référence (livre, guide ou rapport ministériel) ont été retenus pour la revue des écrits sur la base de leur pertinence par rapport aux thèmes identifiés.

Besoins des proches aidants

Deux revues systématiques récentes se sont intéressées aux besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Khanassov et Vedel, 2016; Novais, Dauphinot, Krolak-Salmon et Mouchoux, 2017). La revue systématique d'études qualitatives et quantitatives (n = 70) de Novais et al. (2017) identifie cinq besoins principaux soit le besoin d'information, de soutien psychologique, d'éducation, de soutien social, financier et légal, ainsi que d'autres besoins variés (par ex. : la gestion de la médication). Ces résultats sont similaires à la revue systématique (n = 54) de Khanassov et Vedel (2016) qui est davantage spécifique, car elle différencie les besoins de la dyade, du proche aidant et de l'aidé. Ainsi, la dyade a besoin d'avoir accès à un diagnostic précoce, à des ateliers d'éducation et de soutien, à de l'information sur les services disponibles, à de l'aide juridique et financière, ainsi qu'à des professionnels compétents avec la clientèle gériatrique qui assure une planification et une continuité des soins (Khanassov et Vedel, 2016). Quant au proche aidant, il a des besoins reliés au soutien émotionnel et social, à de l'aide-ménagère ainsi que relativement à son rôle d'aidant. Les auteurs mentionnent que la gestion de cas aiderait à répondre à certains de leurs besoins. Les proches aidants de personnes atteintes de la MA² ont mentionné vouloir participer à la planification des soins de l'aidé témoignant de la relation particulière qui s'installe entre le proche aidant, l'aidé et le professionnel de la santé (Khanassov et Vedel, 2016). L'aidé a, quant à lui, des besoins liés à la stimulation cognitive, à la perte d'autonomie (aide dans les AVD et AVQ), à la gestion de sa maladie (comportement, humeur, cognition) et au maintien de sa sécurité (Khanassov et Vedel, 2016). D'autres études se sont intéressées aux stratégies d'adaptation utilisées par les proches aidants pour faire face à leur rôle. Ainsi, les stratégies utilisées (par ex. : stratégie nourricière, stratégie non adaptée, stratégie de soutien, stratégie de recadrage) influenceraient la perception que les proches aidants ont de leur expérience (de Vugt et al., 2004; Lloyd et al., 2016; Tay et al., 2016). L'étude transversale de Tay et al. (2016), faite auprès de 84 proches aidants de personnes atteintes de la MA², semble démontrer que la stratégie de recadrage (capacité de

changer sa perception d'une situation) aurait un impact positif sur la perception du proche aidant de ses propres capacités à prendre soin de l'être cher. Ainsi, la façon dont le proche aidant compose avec la maladie de l'aîné a un impact sur sa qualité de vie (de Vugt et al., 2004; Tay et al., 2016). Il est donc important de s'attarder aux interventions qui peuvent améliorer l'expérience vécue par les proches aidants.

Interventions auprès des proches aidants

Plusieurs types d'interventions ont été mises en place par des professionnels de la santé pour tenter d'améliorer l'expérience vécue par les proches aidants (Devor et Renvall, 2008). D'ailleurs, les résultats d'une méta-analyse (n = 12) avancent que des interventions éducatives pourraient avoir un impact modéré, mais significatif, sur le sentiment de fardeau vécu par les proches aidants (Jensen, Agbata, Canavan et McCarthy, 2015). Dans une revue systématique d'essais contrôlés randomisés récente, 30 interventions auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² ont été divisées selon deux catégories : 1) le renforcement des compétences de l'aidant par des interventions psychoéducatives et; 2) la psychothérapie basée sur une approche cognitivocomportementale (Kishita et al., 2018). Après une analyse de la taille d'effet, les résultats semblent démontrer que les interventions psychoéducatives diminuent le fardeau des proches aidants (Kishita et al., 2018). Dans cette étude, les interventions éducatives prenaient la forme de conférences ou d'ateliers d'information sur plusieurs sujets tels que la maladie, les services disponibles, la gestion des SCPD et l'importance de prendre soin de soi. Ces interventions psychoéducatives structurées étaient offertes par des professionnels de la santé, dont des infirmières (Kishita et al., 2018). Les interventions de psychothérapie visant le renforcement des habiletés des proches aidants semblent également avoir démontré une réduction du fardeau de l'aidant (Kishita et al., 2018). Or, pour toutes les interventions de psychothérapie, les intervenants détenaient les habiletés requises (Kishita et al., 2018), ce qui n'est pas nécessairement le cas des infirmières en GMF.

Outre la dispensation d'interventions, les infirmières sont aussi impliquées dans l'identification des besoins des proches aidants (Novais et al., 2017). Rappelons que, selon Lévesque, Ducharme, Caron, et al. (2010), les proches aidants doivent être perçus comme des

experts de leurs besoins uniques et de leur situation de santé. Dans cette perspective, la revue systématique de Novais et al. (2017) a porté non seulement sur les besoins des proches aidants, mais également sur les outils d'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² qui souvent sont administrés par les professionnels de la santé. Dans cette revue, un seul outil validé a été recensé soit le « *Carer's Needs Assessment for Dementia* » (Novais et al., 2017; Wancata et al., 2005). Cet outil s'effectue sous forme d'entrevue structurée abordant 18 situations problématiques pour lesquelles des interventions possibles sont ensuite suggérées (Novais et al., 2017; Wancata et al., 2005). Cet outil n'a cependant pas été créé ni validé, pour être utilisé en clinique (Wancata et al., 2005). Au Québec, deux outils ont été validés en première ligne pour l'identification des besoins des proches aidants d'ânés soit l'Entente sur le Soutien aux Proches Aidants (ESPA) (Ducharme et al., 2010; Lévesque, Ducharme et Caron, 2010) et l'Aide – Proche (Guberman et al., 2001). Toutefois, certaines contraintes, dont le temps d'administration, semblent limiter leur utilisation dans le système de santé actuel (Ducharme et al., 2010). Malgré tout, ces deux outils offrent aux professionnels de la santé une structure pour impliquer le proche aidant dans l'identification de ses besoins (Ducharme et al., 2009; Guberman et al., 2001; Lévesque, Ducharme, Caron, et al., 2010) et dans des plans de soutien qui répondent à ses besoins (Ducharme et al., 2009).

Compétence d'accompagnement et formation des infirmières en GMF

Pour assurer un accompagnement qui répond aux attentes du proche aidant, Bergman et al. (2009) recommandaient l'introduction d'un outil pour l'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² ce qui n'a, à ce jour, pas encore été mis en place au Québec. De plus, une définition imprécise de la compétence d'accompagnement contribue possiblement au manque de résultats probants sur le rôle de l'infirmière dans cet accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Bunn et al., 2016). En effet, l'infirmière stagiaire n'a trouvé aucune étude portant précisément sur l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² par des infirmières en GMF. Il est donc d'autant plus difficile d'identifier les écarts de compétences de ces professionnels par rapport à ce sujet. Ainsi, dans le présent ouvrage la compétence d'accompagnement sera définie comme un soin relationnel donné par un professionnel de la santé qui consiste à informer, à conseiller

et à intervenir de façon unique pour répondre à des besoins spécifiques dans le but de promouvoir les forces et de développer les compétences du proche aidant (Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), 2017; Office québécois de la langue française, 2012). L'appendice A décrit les composantes et les indicateurs de cette compétence d'accompagnement.

Dans l'optique de développer une démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants, plusieurs interventions infirmières systémiques peuvent être mises à l'essai (Ducharme, 2006; Duhamel, 2015; Duhamel, Dupuis et Wright, 2009). D'ailleurs, dans son ouvrage, Fabie Duhamel, docteure en sciences infirmières, propose de mettre en place des interventions auprès des proches qui favorisent l'identification de leurs croyances facilitantes ou nuisibles afin d'entamer une réflexion pour les adapter à la situation de santé vécue (Duhamel, 2015). Pour ce faire, l'infirmière doit elle-même entamer une démarche réflexive pour identifier ses croyances qui pourraient interférer positivement ou négativement dans l'accompagnement des proches aidants (Duhamel, 2015). Cette étape permet à l'infirmière d'identifier ses croyances erronées ou ses craintes dans l'établissement d'une relation thérapeutique. D'ailleurs, certaines infirmières peuvent être réticentes à s'engager auprès des proches aidants, car elles craignent d'être impuissantes devant la souffrance de ceux-ci et de ne pas avoir le temps ou les ressources pour répondre à leurs besoins uniques (Ducharme et al., 2010; Duhamel, 2015). Par conséquent, Duhamel (2015), suggère de reconnaître l'existence, l'expérience et l'expertise des proches en plus de favoriser l'espoir. Ainsi, l'infirmière pourra adapter ses interventions en fonction des croyances et des besoins uniques du proche aidant. Les interventions qui favorisent la reconnaissance de l'existence de la famille incluent d'accueillir chaleureusement chaque membre de la famille, de se présenter, d'indiquer le temps alloué pour la rencontre et de poser des questions sur la dynamique et la composition de la famille (généogramme et écocarte) (Duhamel, 2015). À noter que Duhamel (2015) fait référence à la famille dans son ouvrage, mais les recommandations pourraient être élargies à des proches aidants qui non pas de liens familiaux avec l'aidé. Pour légitimer l'expérience des proches, Duhamel (2015) suggère notamment d'avoir une écoute active, de faire preuve d'empathie ainsi que d'offrir de l'information et des conseils. L'utilisation de questions systémiques peut favoriser l'identification des besoins prioritaires du proche aidant (Duhamel, 2015; Tomm,

1987a, 1987b, 1988). Tomm (1987a, 1987b, 1988) suggère quatre types de questions pouvant être utilisées lors d'un entretien thérapeutique soit les questions linéaires, circulaires, stratégiques et réflexives. Les questions linéaires favorisent la description des événements (par ex. : Quel est le problème que vous vivez actuellement avec la situation de santé de votre mari ?) (Tomm, 1988). Ce type de questionnement doit être utilisé avec précaution, car il peut être interprété comme un jugement envers la famille (Tomm, 1988). Les questions circulaires sont plus systémiques et explorent les relations d'une personne avec les membres de sa famille ainsi qu'avec ses émotions et son environnement (par ex. : Qui de votre famille est le plus touché par le diagnostic de la maladie d'Alzheimer de votre père ?) (Tomm, 1988). Les questions stratégiques sont utilisées pour influencer la perception d'une personne face à une situation précise en émettant des hypothèses sous forme de questions (par ex. : Est-ce que vous pourriez appeler votre sœur lorsque vous vous sentez épuisée par les soins que vous offrez à votre mère ?) (Tomm, 1988). Encore une fois, ce type de question linéaire peut être mal perçu par les proches aidants, car la formulation peut être très directive (Tomm, 1988). Finalement, les questions réflexives permettent aux proches aidants de progresser dans leur situation de santé en considérant des options différentes (par ex. : Comment réagissez-vous quand votre mari devient verbalement agressif ? Comment réagit-il à votre réaction ? Pensez-vous mieux ou moins bien gérer les comportements de votre mari par rapport aux autres aidants qui sont dans une situation similaire à la vôtre ?). Les questions réflexives amorcent un changement de perception chez l'aidant en plus de favoriser son autonomie, de souligner ses forces et d'identifier ses ressources (Tomm, 1987b, 1988). D'ailleurs, cela permet à l'infirmière de reconnaître l'expertise du proche aidant (Duhamel, 2015). De plus, la notion d'espoir est très importante dans les interventions systémiques familiales. Sans donner de faux espoir sur la progression de la MA², l'infirmière doit rassurer la dyade par rapport à leurs principales préoccupations (par ex. : qualité des soins, gestion de la douleur) afin de maintenir l'espoir (Duhamel, 2015). Une intervention reliée à l'espoir qui peut être mise en place par l'infirmière est de réorienter l'aidant et l'aidé vers des ressources professionnelles pertinentes (par ex. : travailleurs sociaux, psychologues) (Duhamel, 2015). Malgré l'étendue du rôle de l'infirmière auprès des aidants, elle ne pourra pas répondre à tous leurs besoins. Afin de composer avec les pertes d'autonomie de l'aidé et les différents deuils inhérents à la MA², certains aidants pourraient nécessiter l'aide de divers professionnels (INESSS, 2015), notamment pour adapter le domicile ou pour du soutien émotionnel. Ainsi, en

redirigeant l'aidant vers d'autres ressources professionnelles, l'infirmière s'assure que les besoins de l'aidant seront répondus lui permettant de poursuivre son rôle auprès de l'aidé selon ses capacités et ses volontés.

Dans un même ordre d'idées, Wright et Leahey (2012) proposent une démarche d'entrevue incluant plusieurs des interventions mentionnées auparavant et pouvant être faite en moins de 15 minutes auprès des proches aidants. Premièrement, selon ces auteures, l'infirmière doit s'engager dans une conversation thérapeutique avec le proche. Ainsi, l'infirmière doit accompagner les familles en s'assurant de les impliquer dans les soins de l'usager (par ex. : consulter la famille, les encourager à poser des questions) (Wright et Leahey, 2012). Deuxièmement, l'infirmière doit faire preuve de respect notamment en se présentant, en expliquant son rôle et en mentionnant le temps dont elle dispose (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2012). Troisièmement, pour amorcer la conversation thérapeutique, l'infirmière peut effectuer, avec le membre de famille, le génogramme et l'écocarte. Cela permet d'entamer la relation thérapeutique avec des questions neutres et faciles à répondre (Wright et Leahey, 2012). Quatrièmement, comme mentionnée, l'utilisation de questions thérapeutiques permet de cibler les principaux besoins, attentes ou inquiétudes du proche aidant (Tomm, 1988; Wright et Leahey, 2012). Les auteurs suggèrent de se concentrer sur un aspect en utilisant environ trois questions. Le choix des questions doit prendre en compte le contexte dans lequel la relation entre l'infirmière et le proche aidant évolue. Cinquièmement, l'infirmière doit souligner les forces qu'elle a observées chez le proche aidant ou au niveau de la dynamique familiale (par ex. : façon de réagir face à certains comportements) (Wright et Leahey, 2012). Cela permet de renforcer la relation entre l'infirmière et le proche aidant en plus de favoriser le sentiment de compétence de l'aidant. Finalement, pour conclure l'entretien, l'infirmière prend le temps, avec le proche aidant, d'évaluer si la rencontre a répondu à ses attentes et ce qui pourrait être fait lors d'une prochaine rencontre selon leurs besoins. L'utilisation de cette démarche pour effectuer des entretiens thérapeutiques de 15 minutes et moins a été étudiée dans plusieurs contextes auprès de plusieurs clientèles et semble avoir démontré des résultats intéressants (Wright et Leahey, 2012). Dans le contexte du GMF, où les infirmières ont peu de temps avec l'usager et encore moins avec le proche aidant, ce type d'intervention systémique pourrait être un premier

pas vers une démarche d'accompagnement pour l'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Certaines études se sont intéressées aux besoins de formation des professionnels de la santé qui accompagnent des proches aidants dont ceux de personnes atteintes de la MA² (Ilfie et al., 2012; Lee et al., 2013). Dans une étude préexpérimentale avec mesures prépost faite auprès de 124 professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens), les participants ont mentionné en préintervention que leur formation initiale les avait peu préparés à prendre en charge les personnes atteintes de la MA² et leurs proches (Lee et al., 2013). Par ailleurs, l'article de Duhamel et al. (2009) présente les résultats de deux études où les participants devaient répondre à une question systémique soit « Si vous aviez une seule question à laquelle je pouvais répondre aujourd'hui qu'elle serait cette question ? » [traduction libre] (Duhamel et al., 2009, p. 462). Cette question a été posée à des membres de famille de personnes atteintes d'une maladie chronique ainsi qu'à des infirmières qui commençaient une formation d'une semaine sur l'intégration des familles dans les soins infirmiers. La première étude réalisée auprès des familles (n = 192) témoignait de leurs inquiétudes quant à la gestion de la maladie, à la réaction des enfants, à leur rôle de proche aidant et aux relations familiales (Duhamel et al., 2009). Le tiers des familles se questionnaient par rapport à l'évolution de la maladie et à l'incertitude qui en découle (Duhamel et al., 2009). Finalement, les membres de famille avaient des questions par rapport aux ressources (professionnelles et informationnelles) disponibles (Duhamel et al., 2009). Dans la deuxième étude faite auprès des infirmières, celles-ci se questionnaient sur les stratégies à adopter pour prendre en charge certaines situations spécifiques (deuil, situation conflictuelle, situation de crise, dilemme éthique) et pour impliquer les familles davantage (Duhamel et al., 2009). Des questions ont été soulevées par rapport au rôle de l'infirmière en comparaison à celui des autres professionnels dans l'intégration des familles (Duhamel et al., 2009). Finalement dans 36,7% des cas, les infirmières (n = 297) se questionnaient à savoir comment intervenir efficacement auprès des proches. Cette étude a fait émerger les principaux besoins d'apprentissage des infirmières dans la relation thérapeutique avec les familles (Duhamel et al., 2009). Dans un autre ordre d'idées, Ilfif et al. (2012) ont développé et testé auprès de cinq cliniques en première ligne un questionnaire d'évaluation des

besoins d'apprentissages des professionnels de la santé concernant le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes de la MA² et de leurs proches. Les médecins, les infirmières ainsi que tout autre employé pouvant contribuer à ce projet étaient invités à participer (Ilfte et al., 2012). Malheureusement, les auteurs ne mentionnent pas le nombre ni les professions des participants. Malgré tout, l'ensemble des professionnels interrogés dans ces cliniques, dont une dirigée seulement pas des infirmières, ont mentionné que l'identification des besoins des proches aidants était une priorité d'apprentissage (Ilfte et al., 2012). Ainsi, il semblerait que l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA², notamment au niveau de l'identification de leurs besoins, est une compétence que les professionnels de la santé en première ligne souhaitent continuer à développer. Ainsi, dans le contexte de ce stage en première ligne, l'aspect de la compétence d'accompagnement plus spécifiquement abordé a été l'identification des besoins des proches aidants dans un processus relationnel avec l'infirmière en GMF.

Compétence d'accompagnement et pratique réflexive

Une compétence relationnelle telle que l'accompagnement ne peut être développée en suivant un processus d'apprentissage statique et défini (Leclerc et al., 2010; Tardif, 2006). Dans un contexte de relation d'aide, l'infirmière peut se baser sur ses expériences antérieures ou sur ses intuitions pour déterminer la façon adéquate d'agir (Leclerc et al., 2010). Ainsi, le moyen d'apprentissage doit prendre en compte l'aspect relationnel de cette compétence ainsi que l'expérience antérieure de l'infirmière. D'ailleurs, l'étude de Lee et al. (2013) qui visait à « (...) décrire un programme de formation innovant pour rehausser les capacités en première ligne pour l'évaluation et la gestion de la démence (...) » (p. 25) a démontré des résultats positifs sur l'apprentissage des professionnels de la santé. Pour favoriser le transfert de connaissances, le programme de formation favorisait la participation active des professionnels de la santé, présentait de façon itérative la matière et construisait sur les connaissances antérieures des participants (Lee et al., 2013).

Comme mentionné, la pratique réflexive est l'un des moyens d'apprentissage qui permet au participant d'être actif dans ses apprentissages tout en prenant en compte ses expériences

antérieures (Bulman et Schutz, 2013). Dans ce projet, la pratique réflexive a été définie comme une méthode d'introspection par laquelle l'individu analyse et s'interroge sur une expérience qu'il a vécue afin de générer un savoir contributif à ses apprentissages ou de changer sa perception d'une situation (Atkins et Murphy, 1993; Boyd et Fales, 1983; Johns, 1995; Schön, 1983). Les modalités diversifiées de pratique réflexive permettent qu'elle s'effectue en groupe ou seule (Gibbs, 1988; Leclerc et al., 2010), de façon très structurée ou moins structurée (Boud et Walker, 1998; Johns, 2006), à l'écrit, à l'oral ou les deux (Coffey, 2005; Dubé et Ducharme, 2015; Gibbs, 1988; Payette et Champagne, 1997). En réfléchissant sur leur pratique, les participants sont en mesure d'exprimer les écarts entre la pratique recommandée (par ex. : basée sur des résultats probants) et leur pratique réelle (Caldwell et Grobbel, 2013; Johns, 1995). D'ailleurs, la revue d'écrits empiriques (n = 37) de Dubé et Ducharme (2015) semble démontrer que des IPR favorisent l'inclusion des familles dans les soins et l'ouverture sur la réalité des autres (changements d'attitudes) en plus de développer les habiletés de réflexion critique des infirmières. De plus, la pratique réflexive comme modalité d'apprentissage contribuerait au sentiment de compétence des infirmières dans leur rôle professionnel (Caldwell et Grobbel, 2013). Malgré ces résultats intéressants, l'infirmière stagiaire n'a trouvé aucune étude portant sur des IPR mises à l'essai et évaluées auprès d'infirmières en première ligne accompagnant des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Or, trois études ont été recensées sur des IPR mises à l'essai auprès d'infirmières travaillant avec une clientèle gériatrique avec ou sans atteintes cognitives.

L'étude phénoménologique de Jonasson, Nyström et Rydström (2017) a été faite auprès d'infirmières (n = 10) travaillant dans une résidence pour personnes âgées atteintes de la MA². L'étude visait à améliorer les soins par le développement de la compétence de *caring* des infirmières en se basant sur leurs expériences antérieures (Jonasson et al., 2017). L'intervention est basée sur le modèle de réflexion d'équipe qui s'inscrit dans la théorie du monde vécu (*lifeworld theory*) (Dahlberg, Dahlberg et Maria, 2007; Jonasson et al., 2017). Cette théorie s'intéresse à l'influence des expériences subjectives et sociales qu'une personne vit au quotidien (Jonasson et al., 2017; The Editors of Encyclopaedia Britannica, 2016). Durant 6 mois, à raison d'une séance par semaine, les infirmières prenaient part à un groupe de pratique réflexive mis en place par une infirmière clinicienne formée dans l'animation de ce type de pratique (Jonasson

et al., 2017). Deux thèmes émergent de l'analyse des données soit les habiletés générales de *caring* (par ex.: avoir une pratique réflexive avec ses collègues, faire preuve d'engagement envers ses collègues et ses patients, accepter la complexité des situations de soins) et les habiletés spécifiques de *caring* auprès des personnes atteintes de la MA² (par ex. : intervenir en tenant compte des caractéristiques spécifiques à la clientèle avec la MA², offrir des soins physiques adaptés à cette clientèle) (Jonasson et al., 2017). L'IPR semble avoir permis un travail d'équipe qui favorise l'ouverture sur les différentes perceptions d'une même situation (Jonasson et al., 2017). Les séances de pratique réflexive se sont révélées être une occasion pour réfléchir en équipe aux besoins des patients, d'échanger sur des cas complexes ainsi que sur des situations s'étant moins bien déroulées (Jonasson et al., 2017). Par contre, aucune information n'est donnée sur l'IPR comme telle (par ex. : fréquence, durée). Les auteurs mentionnent que l'infirmière qui animait les groupes de pratique réflexive avait été formée, mais on ne spécifie pas comment. Il est donc difficile de répliquer cette intervention due au manque d'information.

Une autre étude portant sur une intervention de pratique réflexive est celle de Bélanger (2013) qui s'inscrit dans la pédagogie narrative de Diekelmann (2009) et dans les modes de savoirs de Chinn et Kramer (2013) (Bélanger et Ducharme, 2012, 2015). Cette étude de cas a été réalisée auprès d'un échantillon par choix raisonné de 15 infirmières travaillant avec une clientèle âgée à risque de délirium (Bélanger, 2013). Le but de l'étude visait à évaluer les facteurs facilitants et les barrières à la mise en place d'une intervention en pédagogie narrative, ainsi que l'impact de l'utilisation des modes de savoirs de Chinn et Kramer (2013) sur les infirmières participantes (Bélanger et Ducharme, 2015). Bien que la saturation des données ne soit pas précisée, la méthode et les critères de scientificité sont décrits de façon exhaustive (Bélanger, 2013; Bélanger et Ducharme, 2015). L'intervention proposée par Bélanger et Ducharme (2012; 2014) inclut quatre ateliers de 7 heures qui se déploient sur environ 12 semaines (Bélanger et Ducharme, 2012). Lors de la première journée, l'animatrice remettait des fiches résumés d'écrits empiriques et théoriques sur les différents thèmes abordés tout au long de l'intervention (Bélanger, 2013). Ainsi, les participantes pouvaient les consulter à tout moment. Les journées de formation étaient divisées en trois ateliers : une réflexion individuelle écrite sur une expérience de soin vécue avec la clientèle dans les trois dernières semaines (2 heures), une discussion en groupe (4,25 heures) et une discussion sur les possibilités d'améliorer

la prochaine séance (0,25 heure) (Bélanger, 2013). Pour la réflexion individuelle, les participantes avaient un guide structuré incluant six questions qui devait les aider à amorcer leur réflexion sur une situation de soins précise. La discussion de groupe était divisée en trois parties : la présentation des situations de soins de chaque participant (3 heures), la synthèse des discussions sur les meilleures pratiques auprès de la clientèle (0,5 heure) et la comparaison avec les fiches d'écrits théoriques et empiriques (0,75 heure). Pour guider la discussion en groupe, des questions inspirées du modèle de Chinn et Kramer (2008) étaient remises aux participantes (Bélanger, 2013). L'intervention a contribué principalement au développement de savoirs empirique, éthique et esthétique. D'ailleurs, certaines participantes ont rapporté qu'il était important d'impliquer la famille et de répondre à leurs besoins d'information (savoir esthétique) (Bélanger et Ducharme, 2015). Les savoirs personnels et émancipatoires sont davantage ressortis dans la réflexion individuelle des participantes (Bélanger, 2013). En effet, dans leur réflexion individuelle, les infirmières participantes ont mentionné l'importance de maintenir une relation avec leur patient (savoir personnel) et ont identifié des situations d'injustices envers des patients hospitalisés (savoir émancipatoire).

Malgré les résultats intéressants de cette étude, certains aspects de l'intervention de Bélanger (2013) sont un frein à sa mise à l'essai en première ligne. Tout d'abord, selon les observations de l'infirmière stagiaire du milieu en GMF, la libération de plusieurs infirmières pour des journées complètes de formation est une barrière organisationnelle importante. D'un autre côté, l'intervention de Bélanger (2013) nécessite que les participantes fassent une réflexion écrite sur demande pendant deux heures. Boud et Walker (1998) mentionnent justement que la réflexion sur demande, lorsque jumelée à d'autres facteurs contraignants, peut restreindre la réflexion. De plus, les infirmières apprécieraient moins la réflexion écrite (Dubé et Ducharme, 2015), car elles sont moins à l'aise de l'utiliser ce qui peut affecter la qualité de la réflexion (Bélanger et Ducharme, 2015).

Une autre IPR, qui présente des résultats pertinents pour la formation de l'infirmière auprès d'une clientèle âgée, est celle développée, mise à l'essai et évaluée par Dubé (2012; Dubé et Ducharme, 2014a, 2014b). Réalisée au moyen d'un devis mixte avec mesure pré-post et groupe de comparaison, cette étude comptait 43 infirmières qui travaillaient avec des personnes

âgées hospitalisées dans des unités de médecine-chirurgie (Dubé et Ducharme, 2014a). L'étude visait à améliorer la pratique infirmière auprès des aînés hospitalisés par la mise à l'essai d'une IPR abordant trois problématiques infirmières récurrentes dans les soins aux aînés hospitalisés soient : la médication, la mobilisation et la planification du congé (Dubé et Ducharme, 2014b). Les résultats de cette étude soulignent que les infirmières du groupe expérimental ont, entre autres, amélioré leurs habiletés de communication avec les patients (Dubé et Ducharme, 2014b). De plus, les discussions de groupe semblent avoir permis aux infirmières de mieux comprendre leurs actions contribuant à approfondir leur réflexion personnelle (Dubé et Ducharme, 2014b), ce qui est également souligné par d'autres auteurs (Gibbs, 1988; Leclerc et al., 2010). Finalement, les résultats prépost semblent démontrer que l'IPR a eu un impact positif sur l'attitude des infirmières envers les personnes âgées comparativement au groupe de comparaison ($p < 0,05$) (Dubé et Ducharme, 2014a). D'ailleurs, les résultats d'une étude récente soulignent que la stigmatisation vécue par les proches aidants est une barrière à la recherche d'information sur la MA² et sur la proche aidance, en plus d'influencer négativement la relation avec le professionnel de la santé (Peterson, Hahn, Lee, Madison et Atri, 2016).

L'intervention de Dubé (2012) se déroulait sur huit ateliers de 75 minutes dispensées toutes les trois semaines. Les deux premiers ateliers étaient consacrés à la présentation du cadre de référence (modèle de Watson (1979) et modèle de Johns (2006)). Par la suite, trois thèmes liés à la prise en charge de la clientèle gériatrique étaient abordés (deux ateliers par thème). Lors de ces ateliers, les participantes étaient amenées à initier une pratique réflexive en discutant de journaux réflexifs remplis durant la semaine et des meilleures pratiques issues de résultats probants (Dubé, 2012). Les journaux étaient basés sur le modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Après le premier atelier de chaque thème, la participante décidait d'une intervention infirmière à mettre en place d'ici le prochain atelier (Dubé, 2012). Une lecture d'un écrit empirique, choisie par l'infirmière participante, était faite pour chacun des trois thèmes discutés (Dubé, 2012).

En plus de démontrer des résultats intéressants pour la pratique infirmière, cette intervention innovante offre une structure pour guider la pratique réflexive des infirmières en première ligne sur l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Quelques adaptations de l'IPR ont été faites pour faciliter sa mise en place en GMF et seront présentées dans le chapitre 4 portant sur le déroulement du stage. L'autorisation pour l'adaptation de l'IPR dans le cadre de ce stage a été obtenu auprès de l'auteure.

Un tableau résumé des résultats issus des écrits pertinents pour le stage de deuxième cycle de l'infirmière stagiaire est présenté à l'appendice B.

Chapitre 3 : Cadre de référence

Le modèle du socioconstructivisme et le modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) forment le cadre de référence qui a guidé le stage de deuxième cycle de l'infirmière stagiaire.

Modèle du socioconstructivisme

Depuis plusieurs années, le domaine de l'éducation vit un grand changement paradigmatique passant du paradigme de l'enseignement à celui de l'apprentissage (Tardif, 1998). De ce paradigme découle, notamment, le socioconstructivisme qui est fortement influencé par le constructivisme et le cognitivisme (Frayssinhes, 2011). Par leur expérience personnelle et professionnelle, les apprenants adultes ont des caractéristiques différentes des apprenants jeunes et leur unicité doit être prise en compte lors de la mise en place d'une intervention d'apprentissage (Albarello, Barbier, Bourgeois et Durand, 2013). L'apprenant adulte confrontera ses idées et ses apprentissages antérieurs avec les autres pour construire un nouveau savoir (Merriam et Bierema, 2013). Les apprentissages doivent donc être significatifs pour que l'apprenant fasse des liens entre la pratique et la théorie (Frayssinhes, 2011; Lasnier, 2000). Le formateur doit donc s'assurer de faire des liens concrets avec la pratique de l'apprenant pour favoriser l'intégration des apprentissages (Lasnier, 2000). Ils doivent être construits sur les notions antérieures de l'apprenant d'où l'importance de connaître leurs besoins d'apprentissage (Knowles, Holton et Swanson, 2005; Lasnier, 2000; Lee et al., 2013). Le socioconstructivisme accorde aussi beaucoup d'importance à l'aspect relationnel de l'apprentissage des adultes. Ainsi, l'aspect social favorise la confrontation des idées et des connaissances de l'apprenant avec ses pairs ou avec le formateur (Frayssinhes, 2011; Merriam et Bierema, 2013). L'apprentissage est donc favorisé par les interactions de l'apprenant avec son environnement (Frayssinhes, 2011). Dans le paradigme de l'apprentissage l'apprenant est vu comme l'expert de ses apprentissages; il doit donc y participer activement (Tardif, 1998). Cette façon de voir l'apprentissage a influencé le type d'intervention éducative qui a été mis en place auprès des infirmières en GMF. D'ailleurs, la pratique réflexive est un moyen d'apprentissage qui favorise la confrontation des savoirs avec soi-même ou avec ses pairs (Merriam et Bierema, 2013). De plus, pour guider davantage ses interactions avec les

apprenants, l'infirmière stagiaire a mis en pratique les principes du modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM).

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

Découlant de l'école de pensée du *caring*, le modèle en sciences infirmières, qui a guidé l'infirmière tout au long de son stage, est le modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2016). Ce modèle s'inscrit dans le paradigme de la transformation où la personne est perçue comme un être unique ayant des besoins uniques (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Ce modèle de soins met l'accent sur l'aspect relationnel entre l'infirmière et la personne qu'elle accompagne (Cara et al., 2016). Pour accompagner un proche aidant, l'infirmière doit établir une relation thérapeutique avec celui-ci. Au cœur de cette relation thérapeutique repose un engagement de l'infirmière à faire preuve d'ouverture et de curiosité pour comprendre les croyances et les perceptions du proche aidant face à sa situation de santé unique (Cara et al., 2016). Le *caring* est au centre de ce modèle humaniste qui met l'accent sur la croyance en la capacité de l'individu à réussir (Cara et al., 2016). Ainsi, l'infirmière doit « (...) accompagner [l'individu] à reconnaître ses forces et ses ressources pour identifier des pistes de solutions répondant à ses besoins et favoriser son apprentissage » (Cara et al., 2016, p. 26). Le *caring* a déterminé la façon dont l'infirmière stagiaire a accompagné les infirmières participantes tout au long de l'intervention d'apprentissage en se centrant sur leurs expériences et leurs besoins d'apprentissage. L'infirmière stagiaire a fait preuve de respect, d'authenticité et d'ouverture lorsque les infirmières ont partagé leurs expériences avec des proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Cara et al., 2016). Un parallèle peut donc être fait avec le paradigme de l'apprentissage où l'apprenant doit être au centre de ses apprentissages (Tardif, 1998). De plus, le concept de compétence, qui s'inscrit dans le paradigme de l'apprentissage (Tardif, 2006), est au cœur de ce modèle (Cara et al., 2016). L'infirmière stagiaire a tenté d'accompagner les infirmières en GMF participantes en se basant sur leurs besoins spécifiques d'apprentissage pour contribuer au développement de leur compétence d'accompagnement. Cara et al. (2016) mentionnent que

« (...) la compétence de nature « relationnelle » s’acquiert [...] particulièrement par une pratique réflexive humaniste. » (p. 26)

Ainsi, ce cadre de référence composé du modèle du socioconstructivisme et du MHSI-UdeM a orienté l’intervention de pratique réflexive. L’IPR favorisait les interactions sociales positives, la participation active des infirmières ainsi que la valorisation de leurs expériences antérieures. De plus, la pratique de l’infirmière stagiaire était influencée, notamment, par l’adoption d’une attitude *caring* centrée sur les expériences décrites par les infirmières. Ainsi, l’infirmière stagiaire visait une meilleure compréhension de la réalité des infirmières participantes dans l’accompagnement des proches aidants (Cara et al., 2016). Étant donné que les apprenants sont influencés par l’environnement physique et social dans lequel ils évoluent (Merriam et Bierema, 2013), l’infirmière stagiaire souhaitait que son attitude *caring* soit transposée dans l’attitude des infirmières participantes envers leurs collègues et envers les proches aidants qu’elles accompagnent (Cara et al., 2016).

Chapitre 4 : Description du stage

Ce chapitre présente la description du stage. Plus précisément, ce chapitre décrit le milieu de stage, le recrutement des participantes, la description et le déroulement de l'IPR ainsi que la démarche d'évaluation du stage. De plus, les démarches nécessaires pour l'approbation de ce projet de stage de deuxième cycle sont mentionnées.

Milieu de stage

Ce stage de deuxième cycle s'est déroulé dans deux GMF ciblés d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de Montréal. Le milieu en GMF a été choisi étant donné qu'il concorde avec les recommandations ministérielles du Plan Alzheimer sur le rehaussement de la formation des infirmières en première ligne dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² (Gouvernement du Québec, 2017b). Plusieurs GMF sont présents sur le territoire du CIUSSS choisi. Les deux GMF choisis l'ont été en fonction de la disponibilité des locaux et de leur proximité ce qui permettait de créer un groupe de cinq participantes (trois infirmières appartenant à un GMF et deux autres appartenant à un second GMF). Par souci d'égalité, les rencontres alternaient entre les deux GMF et plus de rencontres étaient organisées dans le GMF où plus d'infirmières avaient été recrutées.

Recrutement

L'ensemble des infirmières des deux GMF ciblés a été contacté par courriel, avec l'accord préalable de leur gestionnaire (chef de programme en première ligne). Il est important de noter que l'infirmière stagiaire avait déjà eu plusieurs contacts avec les infirmières en GMF dans le cadre de son travail comme infirmière clinicienne et ressource territoriale pour le Plan Alzheimer. Dans le courriel, le résumé de l'IPR ainsi que les compétences visées par celle-ci étaient présentés. À la suite de ce courriel, l'infirmière stagiaire a été invitée à faire une courte présentation de l'IPR dans les deux GMF ciblés auprès de neuf infirmières potentiellement intéressées à participer à l'IPR. Dans un des deux GMF, la gestionnaire médicale des infirmières était présente. Les critères d'inclusion pour participer à l'IPR étaient : 1) être infirmière clinicienne; 2) travailler en GMF; 3) être employée par le CIUSSS; 4) travailler auprès de proches aidants d'une clientèle âgée à risque de présenter une MA²; 5) démontrer de l'intérêt

pour l'IPR et; 6) être disponible tout au long de l'IPR. Un total de cinq infirmières ayant témoigné leur intérêt pour l'IPR a formé le groupe de participantes.

En plus des rencontres de groupe qui, avec l'accord des gestionnaires, avaient lieu sur le temps de travail (quart de jour) des infirmières participantes, ces dernières avaient des activités d'apprentissage à effectuer pour préparer les rencontres sur leur temps personnel. Au début janvier 2019, un sondage leur a été envoyé pour déterminer la date de la première rencontre. Afin de s'adapter à l'horaire des infirmières, il y a eu une semaine et demie entre la première et la deuxième séance, puis, deux semaines et demie entre la deuxième et la troisième séance, finalement une semaine entre les séances suivantes. Certaines infirmières participantes étaient francophones, d'autres anglophones, mais toutes étaient bilingues. Pour cette raison, l'IPR s'est déroulée parfois en français et parfois en anglais.

Approbations par les milieux clinique et académique et considérations éthiques

Ce projet de stage a été soumis au comité d'approbation scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI-UdeM). Il a également été approuvé par l'adjointe au directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) ainsi que par la chef de programme en première ligne (direction des services professionnels (DSP)) du CIUSSS où a été réalisé ce stage. Le Comité d'éthique du CIUSSS a aussi été informé de la tenue de ce stage tel que demandé par les instances de la direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche.

Les infirmières participantes à l'IPR ont signé un formulaire d'information et de consentement (Appendice C) après avoir reçu les explications sur l'IPR et l'utilisation des données recueillies leur permettant ainsi de faire un choix libre et éclairé. De plus, étant donné que l'IPR implique que les participantes discutent de leur pratique infirmière, elles ont signé une entente de confidentialité (Appendice D). Aucune donnée concernant des usagers n'a été recueillie.

L'IPR respecte le guide d'éthique de la FSI-UdeM concernant l'accréditation d'une activité de formation non diplômante et des crédits de formation continue ont été délivrés aux infirmières participantes (6 heures).

Supervision clinique

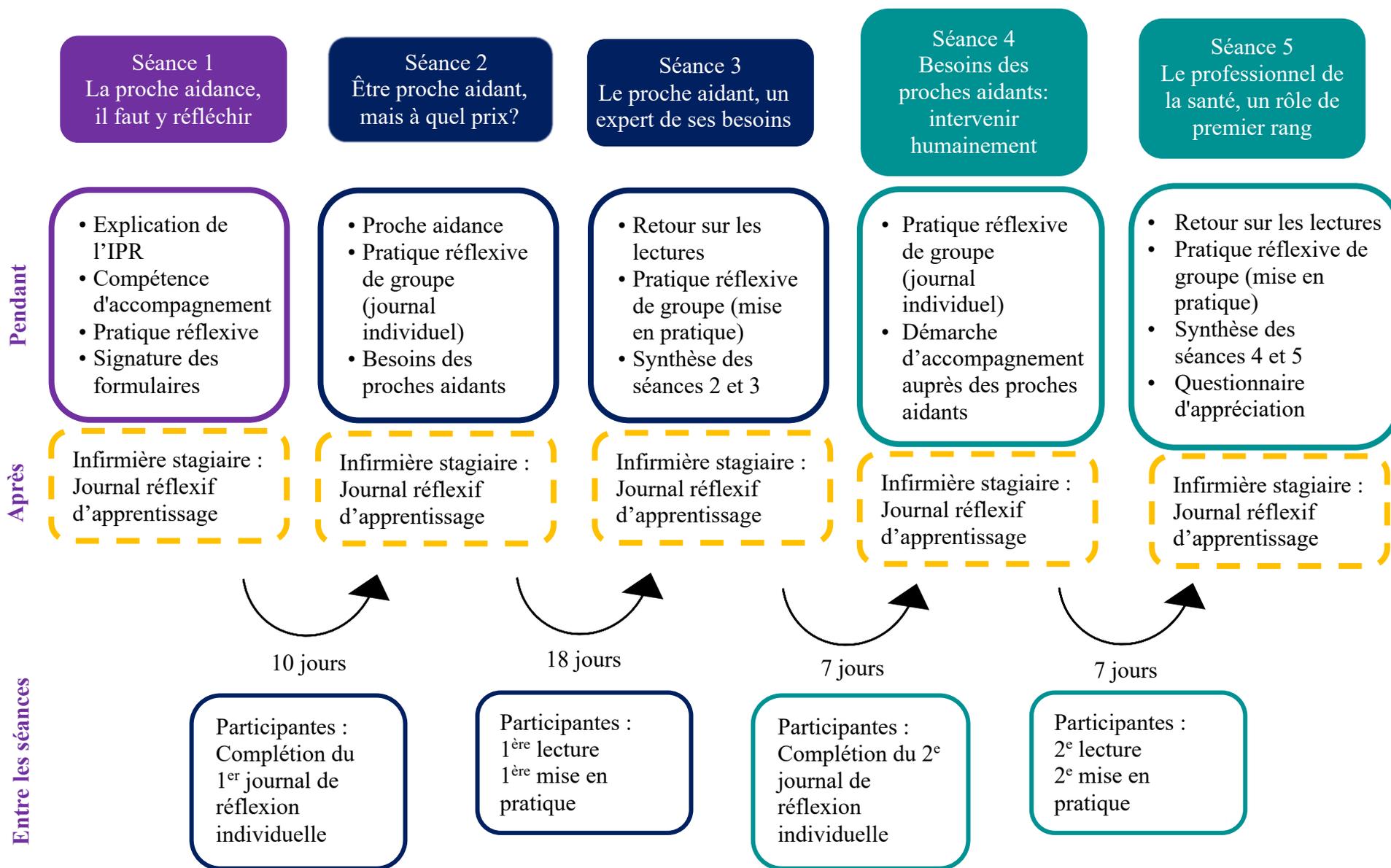
Tout au long du déploiement de l'IPR, l'infirmière stagiaire était supervisée par une personne-ressource du milieu soit une conseillère en soins infirmiers en pratique avancée. La superviseuse de stage de l'infirmière stagiaire détient une vaste expérience dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² et dans l'animation d'activité de formation continue dont des groupes de pratique réflexive.

Description et déroulement de l'intervention

L'infirmière stagiaire a choisi l'IPR proposée par Dubé (2012), car elle respecte plusieurs facteurs facilitant la mise à l'essai d'une pratique réflexive, notamment : 1) utiliser un modèle de réflexion structurée; 2) combiner des modalités écrite et orale; 3) laisser suffisamment de temps aux apprenants pour la réflexion (Dubé et Ducharme, 2015). D'ailleurs, l'intervention de Dubé (2012) utilise le modèle du *Human Caring* de Watson (1979) pour guider l'IPR. Le MHSI-UdeM s'inspire du modèle de Watson (1979) et s'inscrit dans la même école de pensée (Pepin et al., 2010). Ainsi, l'IPR de Dubé (2012) a orienté le déroulement de l'IPR en structurant les activités d'apprentissages (journal réflexif individuel, lecture, mise en pratique) et les activités de pratique réflexive (pratique réflexive individuelle et de groupe) par l'utilisation d'une adaptation du modèle de réflexion structurée de Johns (2006). La recension des écrits et le cadre de référence ont permis d'identifier les thèmes de l'IPR, les lectures suggérées aux participantes en plus de guider l'élaboration de la définition de la compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Par ailleurs, l'appendice E présente les autres adaptations qui ont été faites à l'IPR de Dubé (2012) pour répondre aux objectifs de ce stage.

Les séances de groupe de l'IPR se sont déroulées dans les locaux disponibles en GMF. Malgré l'espace restreint, les chaises ont pu être disposées en cercle favorisant la discussion et l'intimité des échanges. L'intervention s'est déroulée en cinq séances de 60 à 75 minutes. La première séance présentait le déroulement de l'IPR et abordait les concepts-clés de l'IPR (compétence d'accompagnement et pratique réflexive). Durant les quatre séances suivantes, deux thèmes principaux ont été abordés : 1) les besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA² et 2) la démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Pour chaque thème, les participantes devaient compléter un journal réflexif individuel (Appendice F), faire une lecture et mettre en pratique une intervention infirmière. Au total, deux journaux de réflexion individuels, deux lectures et deux mises en pratique ont été faites par chaque participante durant l'IPR. Les lectures étaient déterminées par l'infirmière stagiaire et choisies parmi les articles recensés dans le cadre de la revue des écrits (chapitre 2). Pour les interventions mises en place, les infirmières devaient porter une attention particulière au type d'intervention choisi, à l'impact sur l'aidant et à leur impression après la mise à l'essai. Les participantes pouvaient s'inspirer de leurs lectures, des fiches résumés (Appendice G) ou des séances de pratique réflexive pour déterminer l'intervention à mettre à l'essai. Chaque thème était réparti sur deux séances de 75 minutes. Après chaque séance de l'IPR, l'infirmière stagiaire a complété un journal réflexif d'apprentissage (Appendice H). La figure 1 présente le déroulement de l'IPR.

Figure 1 : Déroulement de l'IPR



Dans la section suivante, les principaux thèmes et verbatim mentionnés par les participantes sont présentés par séance en se basant sur les données recueillies dans les journaux réflexifs individuels des participantes (Appendice F) et les journaux d'apprentissage de l'infirmière stagiaire (Appendice H). Une description détaillée du déroulement de l'IPR, des thèmes abordés et des verbatim pour chaque séance est présentée à l'appendice I.

Première séance

Lors de la première séance, l'infirmière stagiaire a expliqué l'IPR et ce, séance par séance en présentant les modalités d'apprentissage (lectures, journaux réflexifs individuels, activités de pratique réflexive en groupe, mises en pratique d'une intervention infirmière) et l'engagement attendu par les participantes. Les infirmières participantes ont été informées des données recueillies (journaux réflexifs individuel (Appendice F) et questionnaires d'appréciation de l'IPR et des apprentissages (Appendice J)) et de leur utilisation. Chaque participante a, par la suite, répondu à la question préintervention pour faire émerger sa compréhension de la compétence d'accompagnement des proches aidants dans sa pratique : « Comme professionnelle infirmière, comment est-ce que je définis la compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ? » Un tour de table a permis aux participantes de partager leur perception avec celles de leurs collègues. L'ensemble des mots-clés mentionnés par les infirmières se retrouvent à l'appendice K. Le rôle de personne-ressource, l'écoute et le soutien sont ressortis comme mots-clés lors de ce partage.

Par la suite, à l'aide d'une présentation *PowerPoint*, l'infirmière stagiaire a introduit la compétence d'accompagnement⁴ choisie. Le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) a été présenté aux participantes ainsi que les questions adaptées de ce modèle (Appendice L) afin de guider les réflexions individuelles et de groupe des participantes. Tout au long de la première séance, les infirmières étaient encouragées à partager leurs questions ou leurs expériences sur la proche aidance et la pratique réflexive. À la fin de la séance, toutes les infirmières participantes

⁴ Offrir un soin relationnel qui consiste à informer, à conseiller et à intervenir de façon unique pour répondre à des besoins spécifiques dans le but de promouvoir les forces et de développer les compétences du proche aidant (Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), 2017; Office québécois de la langue française, 2012)

ont signé le formulaire d'information et de consentement (Appendice C) et l'entente de confidentialité (Appendice D). Pour terminer, l'infirmière stagiaire a révisé avec les participantes le journal réflexif individuel (Appendice F) qui devait être complété pour la séance suivante. Les participantes ont pu poser leurs questions. Finalement, la liste de questions inspirées du modèle de Johns (2006) (Appendice L) a été donnée pour qu'elles puissent la consulter avant la réflexion de groupe de la prochaine séance. Cette liste était aussi intégrée au journal de réflexion individuelle pour guider la réflexion individuelle des participantes. Après chaque séance, l'infirmière stagiaire a complété son journal réflexif d'apprentissage. Les thèmes et les verbatim mentionnés dans les cinq journaux réflexif d'apprentissage de l'infirmière stagiaire sont présentés à l'appendice M.

Deuxième séance

Ce premier thème visait à sensibiliser les infirmières participantes aux principaux besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA². À tour de rôle, les infirmières ont partagé les situations présentées dans leur journal réflexif individuel. Les principaux thèmes et mots-clés abordés dans les journaux de réflexion individuelle des participantes sont présentés à l'appendice N.

Durant cette séance la notion de déni a été abordée par plusieurs participantes. La participante 3 a partagé une situation où une aidante manifestait des comportements négatifs (agressivité, défensive) lors de l'évaluation cognitive de l'aidé. Elle a mentionné que l'aidante minimisait les atteintes de son proche et interrompait à plusieurs reprises l'évaluation cognitive. En réaction à cette situation, la participante 1 a émis l'hypothèse que le comportement de l'aidante était peut-être dû à la peur que sa relation avec l'aidé se transforme s'il recevait un diagnostic de la MA². L'infirmière participante 3 a mentionné qu'elle aurait aimé avoir plus de temps pour explorer les besoins de l'aidante et la diriger vers des services appropriés. Elle disait ressentir de la pression pour finir l'évaluation cognitive puisque le client avait un rendez-vous avec son médecin tout de suite après. Dans le même sens, l'infirmière participante 2 a souligné que le manque de temps est une barrière pour effectuer une écoute active auprès de l'aidant pour identifier avec lui les services qui répondent à ses besoins. Finalement, les participantes se sont

questionnées sur les avantages et les inconvénients à la présence du proche aidant lors de l'administration de questionnaires d'évaluation cognitive auprès de la personne aidée.

Le refus de services par les aidants est un autre thème qui a été discuté durant la réflexion de groupe. L'infirmière participante 1 s'est questionnée à savoir si la différence culturelle pouvait influencer l'acceptation des services par un aidant. D'ailleurs, la participante 5 a partagé une situation où une aidante préférerait recevoir l'aide d'un ami de la même culture plutôt que l'aide d'un professionnel spécialisé dans l'accompagnement des personnes atteintes de la MA².

Dans un autre ordre d'idées, la participante 1 a mentionné qu'il était parfois difficile de colliger l'ensemble des informations pertinentes pour bien comprendre la situation d'un proche aidant qui ne se confie pas facilement. Elle a aussi mentionné qu'il était difficile dans certains cas d'assurer la continuité des soins et des services auprès des aidants. De plus, elle a suggéré que des rendez-vous indépendants soient pris pour l'aidant et pour l'aidé.

En général, les participantes avaient tendance à poser des questions à leurs collègues plus techniques et peu centrées sur le proche aidant (par ex. : quel était le résultat du mini examen de l'état mental (MEEM) ? Quel était le diagnostic de l'aidé ?). Durant la réflexion de groupe, les participantes n'ont pas utilisé les questions inspirées du modèle de Johns (2006) pour approfondir la réflexion de leurs collègues. Afin de solliciter l'utilisation des questions basées sur le modèle de Johns (2006) par les participantes, l'infirmière stagiaire est intervenue en se référant au modèle à quelques reprises. Par manque de temps, l'infirmière stagiaire n'a pas pu revoir la fiche résumé (Appendice G) distribuée à la fin de la séance, faire une synthèse des discussions, ni approfondir la réflexion de certaines participantes. L'infirmière stagiaire a répondu aux questions des participantes par rapport au choix d'intervention à mettre à l'essai, d'ici la prochaine séance, en lien avec le thème sur les besoins des proches aidants. L'infirmière stagiaire a suggéré quelques interventions (par ex. : poser une question ouverte, encourager le proche aidant à verbaliser un besoin) aux participantes, mais elle leur a aussi mentionné que l'intervention pouvait être choisie à partir des réflexions sur leur propre pratique, des lectures effectuées ou de la fiche résumé.

Préparation à la troisième séance

L'infirmière stagiaire a discuté de la gestion du temps avec sa superviseuse de stage afin d'identifier des solutions à mettre en place pour la troisième séance.

Troisième séance

Pour assurer une meilleure gestion du temps, l'infirmière stagiaire a souligné le temps approximatif que chaque participante avait pour présenter leur lecture et pour présenter l'intervention mise à l'essai. À tour de rôle, les participantes ont mentionné un élément qu'elles trouvaient pertinent à propos de leur lecture. Les principaux éléments mentionnés par les infirmières étaient : 1) la catégorisation des besoins des aidants proposée par McCabe et al. (2016); 2) la différence entre les besoins des aidants conjoints et ceux des aidants enfants ainsi que les raisons pour lesquelles les aidants refusent les services comme discuté par Tatangelo et al. (2018); 3) les principales barrières vécues par les aidants pour avoir accès à de l'information, dont l'absence de diagnostic clair tel que mentionné par Peterson et al. (2016); 4) le rôle de gestionnaire de cas comme décrit par Khanassov et Vedel (2016) et; 5) les différents besoins des aidants ainsi que les outils d'identification des besoins des aidants énumérés par Novais et al. (2017). Les participantes pouvaient commenter brièvement le résumé de leur collègue.

Par la suite, elles ont discuté de l'intervention qu'elles ont mise à l'essai auprès d'un proche aidant d'une personne atteinte de la MA² (par ex. : description de l'intervention choisie, facteurs facilitants la mise à l'essai ainsi que ceux qui nuisent). Pour certaines participantes, il a été difficile d'identifier l'intervention qu'elles avaient mise en place. En effet, la participante 1 a décrit la complexité des démarches qu'elle a dû déployer pour permettre à une aidante d'obtenir un service de transport, sans identifier clairement le besoin de cette aidante. Cependant, la discussion qui a suivi a porté sur des enjeux tels que le manque de service de transport dans cette région, l'absence de dossier commun (aidant et aidé) au Centre local de services communautaires (CLSC) ainsi que les difficultés de communication avec le CLSC. Plusieurs autres participantes ont souligné vivre des difficultés de communication avec le CLSC. D'ailleurs, la participante 2 a mentionné qu'il serait utile de créer un guide regroupant l'ensemble des ressources communautaires pour les proches aidants. L'infirmière stagiaire a encouragé les participantes à échanger sur ce sujet.

L'infirmière 4 a amené une réflexion sur la difficulté à assurer une continuité des soins et de services en GMF notamment lorsque les usagers sont redirigés vers des services spécialisés externes au GMF. Par exemple, lorsqu'un médecin en GMF demande une évaluation auprès d'un psychiatre de la clinique de la mémoire, l'infirmière en GMF ne sera pas mise au courant du suivi de la demande. Elle pourrait ne pas être informée que l'utilisateur n'est plus suivi par la clinique de la mémoire et qu'elle doit reprendre le suivi en GMF. L'infirmière participante 2 est intervenue pour mentionner que dans leur GMF chaque infirmière travaille toujours avec le même sous-groupe de médecins ce qui favorise le suivi des dossiers. Elle a aussi mentionné qu'il serait intéressant d'avoir un outil pour identifier et suivre les besoins des proches aidants.

Les infirmières ont souligné les impacts sur le proche aidant lorsque l'aidé est en processus d'évaluation d'un diagnostic de la MA² et que le diagnostic n'est pas émis. Selon la participante 4, l'absence de diagnostic ne permet pas à l'aidant d'accepter la situation et les changements que vit l'aidé. Selon la participante 5, l'absence de diagnostic retarde l'accès pour les aidants à des services appropriés. D'ailleurs, la participante 1 a fait le lien avec l'article de Peterson et al. (2016) qui mentionnait qu'il est plus facile pour un proche aidant d'avoir accès rapidement à des services lorsqu'un diagnostic a été posé.

La participante 5 s'est dite davantage sensibilisée à la différence entre les besoins qu'elle perçoit chez l'aidant et ceux vécus par celui-ci. La participante 3 a fait un lien avec l'article de McCabe et al. (2016) en soulignant la divergence des points de vue (intervenant, aidé, aidant) d'une même situation. Cette même infirmière a mentionné :« [on] veut fixer ou prévenir [mais] à la fin c'est leur choix» [traduction libre] (Appendice M). Elle a aussi brièvement abordé les risques associés au fait d'avoir un aidé résidant seul et l'importance de faire respecter la volonté de l'aidé auprès de son aidant qui peut percevoir différemment la situation.

Contrairement à la séance précédente, une participante a utilisé une question inspirée du modèle de Johns (2006) pour stimuler la réflexion d'une collègue. Pour terminer la séance, l'infirmière stagiaire a demandé à chaque infirmière d'identifier un apprentissage fait lors des deux dernières séances. Les participantes ont mentionné : 1) la catégorisation des besoins de McCabe et al. (2016) et Khanassov et Vedel (2016); 2) la diversité des besoins des aidants; 3)

la sensibilisation à la différence qui peut exister entre les besoins perçus par l'infirmière et les besoins exprimés par l'aidant; 4) l'importance d'écouter et d'encourager l'aidant à verbaliser ses besoins; et 5) l'importance de cibler un besoin prioritaire de l'aidant.

Préparation à la quatrième séance

L'infirmière stagiaire a rencontré sa superviseure de stage pour discuter du déroulement de la dernière séance : les ressources communautaires abordées et non abordées (par ex. : l'Appui), la dynamique des échanges (par ex. : les participantes ont tendance à s'adresser à l'infirmière stagiaire plutôt qu'à leurs collègues) ainsi que la description exhaustive et parfois peu centrée sur l'aidant des situations d'accompagnement présentées par les participantes diminuant le temps pour effectuer la pratique réflexive de groupe. La superviseure de stage a émis l'hypothèse que les infirmières présentaient leur situation comme une collecte de données, témoignant d'une activité importante de leur rôle infirmier, au lieu de décrire une interaction d'accompagnement avec un aidant. Cette discussion a permis d'identifier une solution afin d'équilibrer le temps entre la description de la situation d'accompagnement et la partie de réflexion de groupe pour les cinq participantes. L'infirmière stagiaire et sa superviseure ont convenu de réitérer le temps alloué pour chaque infirmière, de rappeler le but de la pratique réflexive de groupe et de préciser les attentes quant à la description de la situation.

Quatrième séance

Cette quatrième séance abordait le thème de la démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA². En début de séance, l'infirmière stagiaire est revenue sur le besoin exprimé par les participantes d'avoir un guide regroupant les ressources communautaires disponibles pour les proches aidants de personnes atteintes de la MA². Elle a présenté un guide regroupant différents organismes communautaires dans la région ainsi que le site Internet de l'Appui. De plus, elle a aussi présenté les outils ESPA (Lévesque, Ducharme et Caron, 2010) et ESPA modifié (Dubé, Ducharme et Bertrand, 2015) aux participantes. Elle a fait un rappel sur le but de la réflexion de groupe, le temps alloué à chaque participante et les attentes quant à la description de leur situation. Par la suite, chaque participante a présenté l'expérience décrite dans son journal réflexif individuel. Pour cette séance, l'infirmière stagiaire a projeté au moyen d'un *PowerPoint* les questions

inspirées du modèle de Johns (2006) pour que les participantes puissent les consulter tout au long de la séance.

La participante 5 a discuté des difficultés qu'elle avait eues pour accéder aux services du CLSC pour soutenir une aidante. Elle a déploré la disparité entre les services offerts et la qualité de ceux-ci d'un CLSC à l'autre au sein d'un même CIUSSS. Ainsi, elle a mentionné qu'elle encourage les aidants à exprimer leurs besoins quand le CLSC les contacte.

Le refus de services par les aidants est ressorti dans la majorité des situations présentées par les participantes. En ce sens, la participante 1 a mentionné que, selon elle, le refus de services par les aidants est parfois lié à leurs peurs. D'ailleurs, la participante 2 a décrit l'évolution de sa relation avec une aidante au fil des années. Elle a mentionné qu'au début, elle avait certains jugements envers l'aidante qui refusait d'entamer les démarches d'hébergement de son mari. Par contre, en maintenant une relation d'accompagnement avec l'aidante, notamment par de l'écoute active, elle a fini par mieux comprendre les raisons de ces refus. En effet, l'aidante exprimait ses craintes de ne pas respecter ses engagements d'épouse et sa peur que son mari soit hébergé loin de son domicile. Par rapport à cette situation, une collègue a fait un lien avec l'article de Tatangelo et al. (2018) qui aborde le sentiment de culpabilité des époux aidants face à l'hébergement. La participante 3 a présenté une situation où elle accompagnait un couple qui refusait que le mari subisse une évaluation cognitive, car l'aidé et l'aidant considéraient que les atteintes cognitives étaient liées à une cause physique. L'infirmière a fait de l'enseignement auprès du couple pour tenter de les « convaincre » de poursuivre l'évaluation, car elle sentait le besoin d'agir. D'ailleurs, l'infirmière avait consulté le médecin à propos de cette situation et il lui avait suggéré d'attendre. La participante 3 a porté la réflexion suivante:

« Nous avons la mentalité de vouloir fixer les choses. Nous devons les rejoindre où ils sont, comprendre leurs besoins. » [traduction libre] (Appendice M)

La participante 5 a souligné l'importance de respecter les décisions des aidants, et ce, même si c'est un refus de services ou d'évaluation. La participante 3 a dit devoir s'adapter au

rythme des aidants au lieu de vouloir les convaincre. La participante 4 s'est questionnée à savoir qu'elle est l'influence culturelle sur le refus de service des aidants. Elle a présenté une situation où l'aidante qui refusait les services semblait avoir un réseau social limité et vivait des difficultés à gérer ses multiples responsabilités dû à ses différents rôles (professionnel, familial, social). D'ailleurs, l'infirmière a confié :

« Je sens que je ne peux rien faire de plus comme infirmière.
Je me sens inadéquate, inconfortable; c'est difficile de
laisser aller. » [traduction libre] (Appendice M)

Elle a aussi confié vouloir davantage respecter le refus des aidants.

Finalement, la participante 1 a souligné que certains aidants éprouvent de la difficulté à verbaliser leurs besoins et que le contexte en GMF rend la mise en place d'interventions infirmières difficile particulièrement dans le contexte d'accompagnement de proches aidants isolés ou avec des problèmes de santé mentale.

Pour conclure la séance, l'infirmière stagiaire a fait une synthèse en soulignant les principaux points abordés soit : 1) la communication avec les CLSC et; 2) la gestion du refus de services. Une participante a mentionné qu'elle avait eu de la difficulté à différencier les deux thèmes (besoins des proches aidants et l'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants) en rédigeant son journal de réflexion individuelle et qu'elle ne savait pas quelle intervention mettre à l'essai d'ici la prochaine séance. Elle a mentionné que les interventions mises à l'essai par ses collègues et elle-même étaient redondantes et se limitaient à référer l'aidant vers une ressource professionnelle ou communautaire. Dans son journal réflexif d'apprentissage, l'infirmière stagiaire avait souligné que certaines situations ou mises en pratique étaient plus axées sur des tâches, mais pas nécessairement redondantes. L'infirmière stagiaire a suggéré à la participante de se baser sur la réflexion de groupe ainsi que sur les lectures pour choisir une nouvelle intervention autre que de référer le proche aidant. Cet échange a permis à l'infirmière stagiaire de faire une réflexion, lors de la rédaction de son journal réflexif

d'apprentissage, sur les thèmes abordés depuis le début de l'IPR et de constater que certains étaient récurrents, tels que la communication avec le CLSC et le refus de services.

Cinquième séance

En discutant de leur lecture, l'infirmière participante 4 s'est dite surprise de lire dans l'article de Duhamel (2009) que certaines infirmières étaient, encore à ce jour, réticentes à impliquer les familles dans les soins. La participante 3 ayant lu le même article, a utilisé la *One question question* auprès d'un aidant : « Si je pouvais répondre à une seule question aujourd'hui qu'elle serait cette question ? » [traduction libre] (Duhamel et al., 2009, p. 462). Elle a précisé que les infirmières agissent souvent dans l'optique de prévenir une détérioration de la situation de santé de l'aidant et qu'elles peuvent parfois présumer que l'aidant est dans le déni alors qu'il ne perçoit pas la situation de la même façon. Elle a souligné l'importance de la communication. À propos du chapitre de Duhamel, les participantes 2 et 5 ayant fait cette lecture ont retenu l'importance : 1) de développer une relation avec l'aidant; 2) d'adopter une attitude sans jugement auprès des aidants pour faire ressortir leurs croyances; 3) d'utiliser le reflet pour les aider à prendre conscience de leur situation; 4) de reconnaître l'expertise de la famille; 5) de ne pas s'attarder seulement à ce que le proche aidant dit, mais aussi à la façon qu'il le dit, l'émotion véhiculée; 6) de tenter de comprendre leur réalité; 7) de comprendre leurs besoins d'apprentissage et la façon d'y répondre, ainsi que 8) d'amener ses recommandations infirmières sous forme de questions. La participante 1 qui a lu le chapitre de Wright et Leahey (2012) sur l'administration d'une entrevue en 15 minutes a trouvé qu'il contribuait peu à sa pratique, car il abordait des notions de base et que celles-ci n'étaient pas spécifiques aux aidants de personnes atteintes de la MA². Selon l'infirmière, la lecture insistait beaucoup sur le savoir-être de l'infirmière (par ex : se présenter, vouvoyer...). Or, la participante considérait que le contexte en GMF favorisait la mise en place de ces interventions et que ce n'était pas un enjeu dans sa pratique. Elle concevait que d'autres contextes rendent plus difficile le respect de ces interventions. Elle apportait aussi une nuance par rapport au fait de faire des *commendations*, car cela pouvait être mal perçu par l'aidant ou l'aidé.

Pour la mise en pratique, plusieurs participantes ont posé des questions ouvertes ou thérapeutiques pour accompagner les proches aidants. Par exemple, l'infirmière 2 a demandé :

« S'il y avait une seule chose que vous pouviez changer qu'est-ce que ce serait ? » [traduction libre] (Appendice I). Cette question a fait ressortir le besoin prioritaire de l'aidant. D'ailleurs, l'infirmière s'est dite surprise de la réponse de l'aidante, car elle s'attendait à ce que ce soit de l'aide dans les AVD alors que l'aidante a exprimé s'ennuyer d'avoir toujours la même routine avec son mari atteint de la MA². Ainsi, l'infirmière a exploré des solutions pour modifier la routine de l'aidante sans avoir trop d'impact sur l'aidé.

La participante 1 a dit avoir mis en pratique les notions discutées à la séance précédente en posant des questions circulaires pour mieux comprendre une situation conflictuelle entre un aidant et un aidé. L'exploration de cette situation a permis à l'infirmière, mais aussi à l'aidant, de mieux comprendre les comportements de l'aidé. En effet, l'aidante attribuait le retrait social de sa mère à des symptômes dépressifs, alors que l'aidé a expliqué à l'infirmière et à sa fille qu'elle éprouvait des difficultés à suivre les conversations. Elle a aussi voulu explorer la situation de l'aidante en lui demandant « Comment vous sentez-vous de prendre soin de votre proche ? » [traduction libre] (Appendice I). La réponse de l'aidante a permis à l'infirmière de mieux comprendre la dynamique de la dyade, car elle lui a répondu que c'était une occasion de redonner à sa mère ce qu'elle avait fait pour elle. L'infirmière a expliqué que la réponse de l'aidante était mentionnée dans l'article de Peterson et al. (2016).

La participante 3 a remarqué en discutant avec une aidante que cette dernière vivait des frustrations face aux comportements de son proche atteint de la MA². L'infirmière a donc décidé de faire de l'enseignement sur les manifestations typiques de la maladie.

Pour terminer cette dernière séance, l'infirmière stagiaire a demandé à toutes les infirmières d'identifier un ou des apprentissages qu'elles ont faits durant l'IPR. Elles ont mentionné l'importance : 1) de poser des questions ouvertes favorisant la réflexion de l'aidant et la priorisation de leurs besoins; 2) de ne pas stigmatiser l'aidant en assumant qu'il est dans le déni; 3) de s'assurer de bien comprendre la situation et les besoins réels de l'aidant; 4) d'explorer l'impact culturel chez l'aidant; 5) d'utiliser la *One question question* et; 6) de maintenir une pratique réflexive, notamment en partageant ses expériences avec ses collègues, pour contribuer à son développement professionnel. L'infirmière stagiaire a terminé en remerciant les

participantes de leur motivation et de leur intérêt pour l'IPR. Par la suite, elle a expliqué brièvement le questionnaire de satisfaction de l'IPR et des apprentissages (Appendice J). Puis elle a quitté la salle pour laisser les participantes répondre au questionnaire de satisfaction. Lorsque les participantes terminaient le questionnaire, elles devaient le mettre dans une enveloppe qui fut récupérée par l'infirmière stagiaire. Les principaux thèmes et verbatim des questionnaires d'appréciation de l'IPR et des apprentissages complétés par les infirmières participantes se retrouvent à l'appendice O.

Démarche d'évaluation du stage

L'infirmière stagiaire s'est appuyée sur la définition de la compétence d'accompagnement (Appendice A) ainsi que sur le cadre de référence (chapitre 3) pour procéder à la démarche d'évaluation du stage. Afin de répondre à la question de stage (Comment une IPR influencera-t-elle la perception des infirmières en première ligne quant au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA^{2?}), trois documents ont été utilisés : 1) les journaux de réflexion individuelle des participantes (Appendice F), 2) les journaux réflexifs d'apprentissage de la stagiaire complétés après chaque séance de l'IPR (Appendice H) et 3) les questionnaires d'appréciation de l'IPR et des apprentissages (Appendice J) (incluant la question préintervention).

Journaux de réflexion individuelle (participantes)

Pour orienter la lecture annotée des dix journaux de réflexion individuelle des participantes (deux par participante), l'infirmière stagiaire s'est inspirée de la définition de la compétence d'accompagnement utilisée pour ce stage qui découlait du cadre de référence. Elle recherchait dans les journaux de réflexion individuel des thèmes et des mots-clés faisant référence à une ou des composantes ou sous-composantes de la compétence d'accompagnement. Ainsi, l'infirmière stagiaire a recherché dans les journaux de réflexion individuelle des participantes des mots-clés tels que *caring*, écoute active, ouverture, relation d'aide, soutien, etc. Ces thèmes se retrouvent à l'appendice N.

Journaux réflexifs d'apprentissage (infirmière stagiaire)

Deux lectures annotées ont été faites des journaux réflexifs d'apprentissage. Pour la première lecture, l'infirmière stagiaire cherchait des thèmes liés à la compétence d'accompagnement des infirmières auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Les annotations étaient complémentaires à celles des journaux de réflexion individuelle des participantes. Lors de la deuxième lecture, l'infirmière stagiaire a tenté de ressortir les mots-clés faisant référence aux objectifs de stage (par ex. : facteurs facilitants ou qui nuisent à la mise en place de l'IPR). Les thèmes abordés dans les journaux réflexifs d'apprentissage de l'infirmière stagiaire se retrouvent à l'appendice M. Les verbatim des participantes énoncés durant les séances de pratique de groupe se retrouvent à l'appendice M, mais aussi dans le tableau du déroulement de l'IPR (Appendice I).

Questionnaire d'appréciation de l'IPR (participantes)

La lecture annotée de la question préintervention et des questionnaires d'appréciation de l'IPR et des apprentissages a permis d'identifier les mots-clés en lien avec la compétence d'accompagnement ainsi qu'avec les objectifs de stage (Appendice K et O). Le questionnaire a aussi permis d'identifier les questions inspirées du modèle de Johns (2006) qui ont été utiles pour les infirmières participantes pour approfondir leur réflexion. L'appendice O présente aussi les verbatim tirés des questionnaires d'appréciation de l'IPR complétés par les participantes.

Mises en relation des trois documents

Afin de structurer la démarche d'évaluation, l'infirmière stagiaire a regroupé les mots-clés dans un tableau qui reprenait la question de stage et les trois objectifs du stage. Cette démarche a commencé à la fin de l'IPR après la collecte des questionnaires d'appréciation de l'IPR. De plus, tout au long du déroulement du stage, lorsqu'une situation complexe et lorsque l'infirmière stagiaire l'a jugé nécessaire, elle a complété une réflexion personnelle selon le modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Ces réflexions ont contribué à identifier des facteurs contraignants ou facilitants la mise en place de l'IPR en GMF. L'ensemble de cette démarche d'évaluation a permis à l'infirmière stagiaire d'identifier les retombées de l'IPR au niveau de la perception des participantes quant au développement de leur compétence

d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre présente l'appréciation de l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de l'infirmière stagiaire, comprenant les forces et les limites rencontrées. Par la suite, les recommandations pour les quatre domaines des sciences infirmières (pratique, formation, gestion et recherche) seront décrites.

Atteinte des objectifs de stage

À titre de rappel, ce stage visait trois objectifs soit : 1) adapter une IPR auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA²; 2) mettre à l'essai une IPR auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA² et 3) apprécier, notamment à l'aide d'un questionnaire, la perception des infirmières participantes de la contribution de l'IPR au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

L'atteinte du **premier objectif**, qui visait l'adaptation d'une IPR auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA², a été assurée par l'adaptation de l'IPR de Dubé (2012) au contexte spécifique en GMF et au contenu de l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². La lecture et l'annotation des journaux réflexifs d'apprentissage (Appendice H) et des questionnaires de satisfaction (Appendice J) ont permis d'apprécier certaines des adaptations faites à l'IPR de Dubé (2012). Pour atteindre cet objectif, des adaptations au niveau du déroulement et du contenu de l'IPR ont été faites.

Adaptations au niveau du déroulement de l'IPR

Tout d'abord, une adaptation qui semble avoir facilité le déploiement de l'IPR fut de diminuer le nombre de séances et de rester flexible sur l'intervalle de temps entre les séances. La flexibilité des infirmières est aussi ressortie comme un facteur facilitant lors du déploiement de l'IPR évaluée par Goudreau et al. (2015) auprès de 55 infirmières nouvellement diplômées. Même s'il ne semble pas y avoir de consensus dans les écrits sur l'intervalle idéal entre les séances de pratique réflexive (Dubé et Ducharme, 2015), certaines auteures suggéraient trois semaines pour laisser le temps aux participantes de compléter les activités préalables aux

séances (Dubé, 2012) ou pour favoriser l'intégration des apprentissages (Bélangier, 2013). Or, certaines contraintes organisationnelles comme la période des vacances n'ont pas permis d'avoir un intervalle de trois semaines entre les séances. L'IPR mise à l'essai par Asselin et Fain (2013), qui présente plusieurs similarités à celle de ce stage (par ex. : population, durée des séances, modalité de réflexion), se déroulait sur trois semaines consécutives. Malgré tout, l'IPR semble avoir contribué à l'autoréflexion des participantes. De plus, étant donné que dans les deux GMF ciblés, 11 infirmières répondaient aux critères d'inclusion, un seul groupe composé de cinq infirmières fut créé. Malgré ces adaptations, il fut difficile de trouver cinq périodes de 60 à 75 minutes pour regrouper en personne les infirmières participantes, en partie à cause de leur horaire chargé et de la période de vacances.

Adaptations au niveau du contenu de l'IPR

Pour s'adapter au milieu bilingue, le journal de réflexion individuelle a été traduit en anglais et la liste des questions basées sur le modèle de Johns (2006) remise en langue originale. Les séances se déroulaient en français et en anglais. Dans un autre ordre d'idées, le contenu de l'IPR de Dubé (2012) a été adapté au thème de la proche aidance pour répondre à la problématique de stage. Ainsi, le journal de réflexion individuelle a été adapté pour refléter les deux thèmes abordés durant l'IPR soit les besoins des proches aidants et la démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants (Appendice E). De plus, deux fiches résumés (une par thème) ont été élaborées à partir de la recension des écrits faite au chapitre 2 et distribuées aux participantes durant l'IPR (Appendice G). Malheureusement, peu de liens ont été faits avec ces fiches résumés par l'infirmière stagiaire ou par les participantes durant l'IPR, notamment, par manque de temps. L'infirmière stagiaire émet l'hypothèse qu'elle n'a pas suffisamment présenté le contenu des fiches résumés aux participantes pour les inciter à faire des liens avec celles-ci. D'ailleurs, lors de la mise à l'essai de son IPR, Bélangier (2013) avait distribué six fiches d'information, dès la première séance, ainsi, elle ou les participantes pouvaient s'y référer tout au long de l'IPR.

Pour adapter l'IPR, l'infirmière stagiaire a élaboré deux présentations *PowerPoint*: une pour présenter les concepts clés de l'IPR et une pour présenter certains concepts en lien avec la proche aidance comme la prévalence, les impacts du rôle et les groupes de proche aidant. La

question préintervention : « Comme professionnelle infirmière, comment est-ce que je définis la compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ? » a aussi été distribuée aux infirmières participantes permettant d'apprécier l'évolution de leur perception du développement de leur compétence d'accompagnement. Ainsi, avant le début de l'IPR, les participantes percevaient que leur rôle d'accompagnement se traduisait par le fait d'être une personne-ressource, d'offrir du soutien et de répondre aux besoins des aidants (Appendice K). De plus, l'infirmière stagiaire a identifié des lectures pertinentes en lien avec les deux thèmes de l'accompagnement des proches aidants (incluent dans l'appendice G). Les cinq premières lectures distribuées après la deuxième séance semblent avoir été appréciées puisque les infirmières s'y sont référées lors des séances suivantes. L'article de Khanassov et Vedel (2016) a fait réfléchir une participante sur la différence entre son rôle infirmier en GMF et celui d'un gestionnaire de cas. Elle ne considérait pas que les infirmières en GMF avaient un rôle de gestionnaire de cas à cause des barrières organisationnelles telles que le manque de temps, la difficulté à faire des suivis et le fait qu'elles ne se déplacent pas à domicile. Durant une réflexion de groupe, une participante a fait un lien entre le même article et celui de Peterson et al. (2016) qui souligne l'importance que la personne aidée ait un diagnostic rapidement pour orienter les recherches d'information de l'aidant. Selon une autre participante, l'article de McCabe, You et Tatangelo (2016) semble l'avoir sensibilisée à la différence entre le point de vue d'un intervenant, d'un aidant et d'un aidé sur une même situation. La catégorisation des besoins des aidants faite par Khanassov et Vedel (2016) ainsi que McCabe et al. (2016) semble avoir été appréciée par les participantes. Durant la quatrième séance, deux participantes ont fait des liens entre la situation d'une de leur collègue et le sentiment de culpabilité des aidants époux souligné dans l'article de Tatangelo, McCabe, Macleod et You (2018). Finalement, durant la dernière séance, une participante a fait un lien entre l'article de Peterson et al. (2016) et une aidante qu'elle accompagnait qui verbalisait vivre plus positivement son rôle d'aidante, car elle avait l'impression de redonner à sa mère. À la fin de la quatrième séance, cinq autres lectures ont été distribuées. Durant la cinquième séance, une participante a mentionné que le chapitre de Wright et Leahey (2012), qui décrivait comment faire des entrevues en 15 minutes auprès de la famille, n'apportait rien de nouveau à sa pratique. Par exemple, elle considérait que les notions abordées insistaient sur des gestes simples de savoir-être (vouvoyer, se présenter) et qu'elle les mettait déjà tous en pratique. Pourtant,

l'infirmière stagiaire avait choisi spécifiquement ce chapitre, car le manque de temps ressortait souvent comme contrainte pour intervenir auprès des familles lors de ses discussions avec les infirmières en GMF dans le cadre de son travail. Une autre participante a aussi mentionné que l'article de Duhamel et al. (2009) n'était pas assez spécifique au contexte des proches aidants de personnes atteintes de la MA² en GMF. Par contre, une autre participante ayant aussi lu l'article de Duhamel et al. (2009) a mentionné avoir utilisé avec succès la « *One question question* » auprès d'un aidant. Ainsi les lectures, sauf exception, semblent avoir contribué à approfondir les réflexions des participantes en plus de leur permettre de faire des liens concrets avec leur pratique auprès des proches aidants. Les lectures semblaient confirmer ce que les participantes vivaient dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². En somme, les participantes ont, à quelques reprises, mentionné apprécier la structure qu'amenait l'IPR.

La démarche d'évaluation des journaux réflexifs d'apprentissages de l'infirmière stagiaire et des questionnaires d'appréciation témoigne de l'atteinte du **deuxième objectif** visant la **mise à l'essai d'une IPR** auprès d'infirmières en GMF qui accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Tout d'abord, avant même d'avoir commencé le recrutement pour l'IPR, l'approbation de la chef de programme en première ligne et la collaboration des responsables des infirmières dans le GMF ont favorisé la mise en place de l'IPR. L'article de Goudreau et al. (2015) mentionne que l'opinion favorable des gestionnaires contribue au déploiement d'une IPR. D'ailleurs, deux rencontres d'information (une par GMF) ont permis d'expliquer le déroulement de l'IPR, les modalités d'apprentissage et les attentes, ce qui semble aussi avoir contribué au déploiement de l'IPR. Rappelons que lors de ces rencontres d'information, les gestionnaires et les infirmières des GMF étaient invitées et qu'une des gestionnaires médicales a participé à une rencontre, formalisant l'IPR auprès des infirmières.

Journaux de réflexion individuelle (participantes)

Un autre aspect qui témoigne de l'atteinte de cet objectif est l'intégration des différentes activités d'apprentissage tout au long de l'IPR. Les journaux de réflexion individuelle ont permis aux participantes de décrire une situation sur laquelle elle voulait pousser leur réflexion avec leurs collègues. L'ensemble des journaux de réflexion individuelle (n =10) était rempli et

très détaillé. Pourtant, la revue systématique de Dubé et Ducharme (2015) mentionne que les infirmières apprécient moins les activités réflexives écrites. Ces auteures soulignent que la pratique réflexive au moyen d'exercice écrit devrait être encadrée. En effet, dans le cadre de ce stage, l'utilisation du journal de réflexion individuelle a amené une structure qui semble avoir favorisé une réflexive écrite de la part des infirmières participantes. Lorsqu'elles présentaient leur situation, elles insistaient davantage sur le contexte entourant la situation en mettant peu d'emphase sur l'accompagnement et les besoins du proche aidant. Cet aspect est ressorti également dans l'étude d'Asselin et Fain (2013) faites auprès de 20 infirmières. L'analyse des 56 descriptions narratives de cette étude a permis d'observer que les premières étaient axées sur les aspects médicaux alors que les dernières étaient empreintes des émotions vécues par l'infirmière dans la situation. Il semblerait donc que les infirmières décrivent davantage des situations techniques lors des premières activités réflexives écrites, mais que graduellement elles intègrent des éléments d'interaction dans les réflexions suivantes. Durant l'IPR, les participantes avaient deux réflexions écrites à faire et dès la deuxième, la majorité d'entre elles décrivait des situations avec plus d'aspects relationnels. De plus, dans les situations présentées, il était parfois difficile de départager les besoins de l'aidant de ceux de l'aidé. Par contre, plusieurs auteurs présentent les besoins de l'aidant conjointement à ceux de l'aidé témoignant de l'interdépendance entre les besoins de la dyade surtout dans le contexte de la MA² (Khanassov et Vedel, 2016; McCabe et al., 2016).

Certaines participantes ont exprimé des questionnements lors de la rédaction des journaux de réflexion, car les deux thèmes (besoins des proches aidants et démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants) étaient très semblables et elles les différenciaient difficilement. Toutefois, les situations présentées étaient pertinentes par rapport aux thèmes de l'IPR et ont tout de même permis une réflexion individuelle et de groupe. Par conséquent, séparer le thème de l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² en sous-thèmes n'a pas permis aux infirmières d'orienter leur choix de situation, mais semble avoir créé une certaine confusion. Il semblerait que d'avoir déterminé une population (par ex. : proche aidant de personne atteinte de la MA²) et un contexte (par ex. : GMF) était suffisant pour que les infirmières déterminent une situation pertinente dans le cadre de l'IPR. D'ailleurs, d'autres IPR mises en place auprès d'infirmières n'imposaient pas

de thème (Asselin et Fain, 2013) ou des thèmes très englobants (par ex. : situation vécue auprès d'un usager en délirium) (Bélangier, 2013).

Mises en pratique (participantes)

Lors des deux mises en pratique, les participantes conceptualisaient difficilement les types d'interventions infirmières pouvant être mises à l'essai. La nature relationnelle des deux thèmes, moins axée sur des gestes concrets, a pu contribuer à rendre les activités de mise en pratique plus ambiguës. De plus, les deux thèmes étaient très complémentaires : pour se sensibiliser aux besoins d'un proche aidant, il faut entamer une démarche d'accompagnement auprès de celui-ci. Malgré tout, l'infirmière stagiaire était au courant que les thèmes étaient abstraits et contribuaient à cette ambiguïté, mais elle a tout de même préféré ne pas insister sur les types d'interventions à mettre à l'essai et laisser les participantes décider. Les interventions mises en pratique par les participantes se sont révélées très semblables. Par contre, il y a eu une évolution intéressante entre la première et la deuxième mise en pratique. Effectivement, l'infirmière stagiaire a noté dans son journal réflexif d'apprentissage des premières séances que les participantes décrivaient souvent les interventions techniques mises en place pour accompagner l'aidant (par ex. : appel téléphonique fait à..., faxe envoyé au CLSC...). Même si ces interventions sont très pertinentes et utiles pour le proche aidant, elles ne témoignaient pas d'un accompagnement de nature relationnelle auprès de ce dernier. Cependant, lors de la deuxième mise en pratique (cinquième séance), les infirmières ont davantage essayé des interventions relationnelles notamment en posant des questions circulaires ou exploratoires aux proches aidants.

Modèle de réflexion structurée de Johns (2006)

Tout au long de l'IPR, l'infirmière stagiaire a tenté d'inciter les participantes à utiliser les questions inspirées du modèle de réflexion structurée de Johns (2006) que ce soit en les utilisant elle-même, en distribuant la liste à deux reprises ou en les projetant au moyen d'un *PowerPoint*. Pourtant, durant toute l'IPR, seule une infirmière a utilisé une question inspirée du modèle de Johns (2006) pour stimuler la réflexion d'une collègue. Malgré cela, elles ont toutes identifié, dans le questionnaire d'appréciation, une ou des questions basées sur le modèle de Johns (2006) qui ont favorisé leur réflexion individuelle. Elles ont identifié les questions

suivantes : 1) Quelles étaient les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi?; 2) Comment vous êtes-vous sentie et pourquoi vous êtes-vous sentie ainsi?; 3) Qu'est-ce que vous essayiez d'atteindre et est-ce que vous l'avez atteint?; 4) Quels facteurs influencent : la façon dont vous vous êtes sentie? La manière dont vous avez pensé? La façon dont vous avez répondu à la situation?; 5) Comment cette situation peut-elle être reliée à d'autres expériences?; 6) Quelles seraient les conséquences d'agir de façon différente pour le proche aidant, pour le patient, pour vous-même?; 7) Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour aider les autres à faire face à des expériences comparables?; 8) Est-ce que vous vous êtes rapprochée de votre idéal de pratique? Ainsi, sur les 17 questions inspirées du modèle de réflexion structurée de Johns (2006), huit semblent avoir aidé les participantes à approfondir leur réflexion. Les questions qui semblent avoir été les plus utiles pour les participantes sont celles qui réfèrent à l'exploration des émotions et celles qui réfèrent à l'intégration des réflexions dans d'autres situations passées ou futures.

Animation

L'animation de l'IPR faite par l'infirmière stagiaire a aussi contribué à l'atteinte de cet objectif. En effet, l'infirmière stagiaire a remarqué que son rôle d'animatrice était important, voire essentiel, pour stimuler la réflexion et encourager les participantes à intervenir durant les périodes de réflexion de groupe. Plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'un facilitateur pour animer les séances de pratique réflexive (Asselin et Fain, 2013; Bélanger, 2013; Dubé et Ducharme, 2015), notamment parce que certaines infirmières novices en pratique réflexive pourraient ne pas connaître la plus-value de cette démarche (Asselin et Fain, 2013). Bélanger (2013) décrit le rôle d'animateur d'IPR comme une personne-ressource qui aborde les questionnements des participants en faisant des liens avec le contenu théorique et scientifique, en présentant du matériel audiovisuel ainsi qu'en posant des questions ouvertes. Au début de l'IPR, l'infirmière stagiaire intervenait davantage en posant des questions basées sur le modèle de Johns (2006) pour stimuler la réflexion. Elle a dû adapter son animation pour moins intervenir et laisser plus de place aux échanges entre les participantes. Ainsi, le rôle d'animatrice décrit par Bélanger (2013) est semblable à celui de l'infirmière stagiaire. À quelques reprises, l'infirmière stagiaire a dû rappeler le but de l'IPR, car les participantes avaient tendance à s'adresser à l'animatrice au lieu de s'adresser à leurs collègues. Vers la fin de l'IPR, la

dynamique de groupe semblait avoir évoluée; les participantes s'adressaient à leurs collègues et elles intervenaient davantage en faisant des liens avec leur pratique ou avec les lectures faites durant l'IPR. Dans son animation, l'infirmière stagiaire a dû faire preuve d'ouverture et de flexibilité afin de respecter le rythme des participantes durant les réflexions de groupe. En effet, à quelques occasions les réflexions des participantes ont fait bifurquer la discussion vers certains thèmes (par ex. : la compétence culturelle, l'errance, la gestion financière) que l'infirmière stagiaire n'avait pas prévu aborder initialement. Dans la thèse de Bélanger (2013), la flexibilité de l'animatrice par rapport aux thèmes abordés est ressortie comme une caractéristique importante lors de l'animation d'une IPR. Cet aspect est aussi ressorti dans l'intervention de Goudreau et al. (2015) où les infirmières, qui animaient les séances de pratique réflexive, ont dû s'ajuster pour laisser une plus grande place aux besoins d'apprentissage des infirmières participantes. Ces déviations par rapport aux thèmes planifiés par l'infirmière stagiaire ont permis d'approfondir la réflexion des infirmières participantes et, parfois, de faire ressortir leurs préoccupations réelles. L'infirmière stagiaire considère que l'animation d'une IPR nécessite la mobilisation de plusieurs ressources (notions d'accompagnement, connaissances théoriques sur le sujet ciblé par l'IPR, habiletés d'animation dont la gestion du temps, pratique réflexive individuelle, etc). D'ailleurs, l'infirmière stagiaire a dû se préparer avant d'animer l'IPR, notamment par une lecture critique d'écrits empiriques sur la pratique réflexive, mais aussi par l'appropriation d'un cadre de référence concordant avec les principes d'une IPR pour encadrer son animation auprès des participantes. L'infirmière stagiaire considère que la rédaction de journaux réflexifs d'apprentissage lui a permis de porter un regard critique sur sa pratique tout au long de l'IPR en plus d'être un élément indispensable lors de l'animation d'une IPR.

Facteurs organisationnels

Finalement, plusieurs facteurs organisationnels semblent avoir contribué à la mise en place d'une IPR en GMF soit : l'horaire flexible des infirmières, l'approbation de la chef de programme en première ligne, la réceptivité des personnes responsables en GMF du développement professionnel des infirmières, la disponibilité de locaux pour effectuer ce genre de rencontres et l'accréditation de l'IPR. Le professionnalisme, l'ouverture d'esprit, la motivation et la rigueur dont les participantes ont fait preuve ont assuré le succès du déroulement de l'IPR.

La démarche d'analyse des journaux réflexifs d'apprentissage de l'infirmière stagiaire, des journaux réflexifs individuels et des questionnaires d'appréciation des participantes témoigne de l'atteinte du **troisième objectif de stage qui visait l'appréciation de l'IPR** pour sa contribution à la compétence d'accompagnement des infirmières en GMF. Cette appréciation de l'IPR est à deux niveaux : au niveau de la structure de l'IPR et celui du contenu de l'IPR. De façon générale, les participantes ont apprécié la structure de l'IPR, car elle a permis de partager leurs expériences avec leurs collègues; d'être exposées à des situations de soins variées et de favoriser leur réflexion sur leur pratique infirmière (Appendice O).

Les participantes ont aussi dit avoir apprécié les réflexions de groupe et les lectures d'articles scientifiques ou cliniques (Appendice O). Trois participantes sur cinq ont mentionné que la pratique réflexive devrait faire partie de leur pratique quotidienne et qu'il serait pertinent de poursuivre l'IPR (Appendice O).

Au niveau du contenu de l'IPR, la lecture et l'annotation du questionnaire de satisfaction, des journaux réflexifs individuels et des journaux réflexifs d'apprentissages ont permis d'apprécier la contribution de l'IPR au développement de la compétence d'accompagnement des infirmières participantes auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². La démarche d'évaluation a permis à l'infirmière stagiaire de regrouper les thèmes abordés lors de l'IPR en quatre grandes étapes décrivant le processus d'accompagnement des infirmières en GMF auprès des aidants. Ainsi, les infirmières semblent percevoir qu'elles doivent : 1) entrer en relation avec l'aidant ; 2) identifier les besoins de l'aidant ; 3) intervenir auprès de l'aidant et ; 4) assurer un suivi auprès de l'aidant.

Entrer en relation avec l'aidant

Premièrement, les infirmières ont mentionné qu'il était important pour elles d'entrer en relation avec le proche aidant. Ainsi, elles disent vouloir impliquer l'aidant dès le début de la relation professionnelle avec l'aidé et mieux comprendre leur situation. D'ailleurs, Duhamel (2015) souligne l'importance d'établir une relation de confiance avec la dyade pour s'assurer de leur participation active dans leurs soins. Lors d'une mise en pratique, une participante a posé une question qui lui a permis de mieux comprendre la réalité de l'aidant. En lui demandant

« Comment vous sentez-vous de prendre soin de votre proche ? » [traduction libre] (Appendice I), l'infirmière a témoigné d'un intérêt à reconnaître l'expérience et la réalité uniques de l'aidante. Or, selon le MHSI-UdeM qui guide l'IPR, l'infirmière doit reconnaître l'unicité de la personne dans la façon dont elle l'accompagne (Cara et al., 2016). Les participantes ont aussi mentionné l'importance d'établir une relation avec le proche aidant sans jugement. L'infirmière, qui démontre une écoute active auprès de l'aidant, aura une meilleure compréhension des croyances de ce dernier et, ainsi, orientera ses interventions en conséquence (Duhamel, 2015). Justement, une infirmière a fait part lors d'une réflexion de groupe que la relation qu'elle a bâtie avec une proche aidante lui a permis de mieux intervenir auprès de cette dernière qui craignait l'hébergement de son mari. Selon la revue systématique de McCabe et al. (2016), plusieurs proches aidants seraient insatisfaits de leur relation avec les professionnels de la santé limitant l'accès aux services nécessaires pour répondre à leurs besoins. L'ensemble des participantes ont mentionné que l'IPR a contribué à améliorer leur approche auprès des familles notamment en faisant de l'écoute active, en posant des questions thérapeutiques et en respectant les décisions des aidants.

Identifier les besoins de l'aidant

Deuxièmement, malgré plusieurs écrits sur l'importance du rôle de l'infirmière auprès des aidants (Bell et Wright, 2015; Bergman et al., 2009; Duhamel, 2015), certains échanges faits entre l'infirmière stagiaire et des infirmières en GMF, dans le cadre de son travail, témoignaient d'une réticence de celles-ci à accompagner les proches aidants de personnes atteintes de la MA², entre autres à cause du contexte organisationnel (par ex. : aidant doit être inscrit auprès d'un médecin du GMF pour être vu par l'infirmière) et de certaines croyances (par ex. : intervenir auprès de l'aidant prend du temps). Or, les participantes perçoivent avoir un rôle dans l'identification des besoins des proches aidants. En effet, les infirmières mentionnent qu'elles doivent poser des questions ouvertes pour favoriser la réflexion de l'aidant et l'expression de ses besoins (Appendice O). Ainsi, l'IPR semble avoir consolidé l'importance du rôle des infirmières participantes dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

L'IPR semble aussi avoir contribué à ce que les infirmières reconnaissent l'importance de se centrer sur les besoins exprimés par les aidants. Effectivement, dans les premières séances, les infirmières semblaient présumer les besoins des proches aidants. Toutefois, avec l'avancement de l'IPR, elles ont remarqué que les besoins qu'elles percevaient n'étaient pas toujours les mêmes que les besoins réels du proche aidant. Certains auteurs mentionnent la divergence entre les besoins perçus par l'infirmière et ceux de l'aidant et de l'aidé (Afram, Verbeek, Bleijlevens et Hamers, 2015; McCabe et al., 2016; Miranda-Castillo, Woods et Orrell, 2013). Par exemple, une infirmière a posé la question suivante à une aidante « S'il y avait une seule chose que vous pouviez changer qu'est-ce que ce serait ? » [traduction libre] (Appendice I). L'infirmière s'attendait à ce que l'aidante mentionne des besoins d'aide à domicile pour les activités de la vie quotidienne ou domestique. Or, l'aidante a plutôt mentionné trouver la routine redondante. Ainsi, l'infirmière a pu aider l'aidante à trouver des solutions centrées sur son besoin réel. L'utilisation de questions circulaires, telle que suggérée par Tomm (1988), favorise l'émergence des différents points de vue. Par exemple, une infirmière a posé une question circulaire à une aidante pour explorer sa compréhension de l'isolement de sa mère lors des réunions familiales. La mère de l'aidante, qui était présente, a pu rectifier la situation. L'aidante pensait que sa mère ne participait plus aux conversations, car elle était déprimée alors que la mère a mentionné que c'était parce qu'elle éprouvait des difficultés à suivre les conversations. Ainsi, cet échange a permis à l'infirmière, à l'aidante et à l'aidé de mieux comprendre la situation vécue par l'aidé. En somme, les infirmières ont mentionné que l'IPR leur a permis de réfléchir sur les façons d'intervenir auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Elles ont démontré de l'ouverture à explorer les besoins réels des proches aidants et à reconnaître l'expérience de ces derniers suite à l'IPR (Appendice O). Finalement, les infirmières ont mentionné que l'écoute active favorise l'identification des besoins des proches aidants.

Intervenir auprès de l'aidant

Troisièmement, il semblerait que les infirmières perçoivent avoir un rôle pour intervenir auprès des proches aidants. En préparant son stage, l'infirmière stagiaire avait quelques appréhensions quant à la perception des infirmières en GMF de leur rôle auprès des proches aidants d'une personne atteinte de la MA². Elle craignait que les infirmières mentionnent ne pas avoir suffisamment de temps pour intervenir auprès des aidants et que c'était un rôle qui relevait

davantage des travailleurs sociaux. Pourtant, l'accompagnement des familles relève aussi du rôle de l'infirmière (Duhamel, 2015). Également, l'infirmière stagiaire s'attendait à ce que les infirmières se disent mal à l'aise d'explorer les besoins des aidants par crainte de ne pas avoir de services à leur offrir. Cet aspect avait été soulevé par des professionnels de la santé (n = 6) du soutien à domicile lors de la mise à l'essai de l'outil « Entente sur le soutien aux proches aidants » (Ducharme et al., 2010). Ainsi, avant de débiter les séances de pratique réflexive, l'infirmière stagiaire a exploré la perception des infirmières participantes de leur rôle auprès des aidants. La majorité a dit se percevoir comme une personne-ressource et de soutien (Appendice K). D'ailleurs, dans les situations présentées lors des réflexions individuelles et de groupe, elles intervenaient beaucoup auprès des aidants, entre autres, en faisant de l'enseignement et en faisant des demandes de consultation à d'autres professionnels.

Durant les réflexions de groupe, la communication avec les partenaires du réseau est souvent ressortie comme un irritant. Ainsi, les infirmières considéraient avoir un rôle de soutien auprès de l'aidant pour le guider dans le réseau. Une infirmière a partagé une situation où si elle n'était pas intervenue pour insister auprès d'un partenaire du réseau, l'aidante n'aurait pas eu le service approprié. Certaines infirmières soulignaient leur rôle d'*advocacy* auprès de l'aidant pour faire connaître ses besoins aux autres professionnels. Dans un même ordre d'idées, certains articles ont permis d'approfondir la réflexion des infirmières sur leur rôle auprès du médecin pour qu'un diagnostic soit posé le plus rapidement possible. En effet, plusieurs auteurs mentionnaient l'importance d'émettre un diagnostic précocement (Khanassov et Vedel, 2016; McCabe et al., 2016) notamment pour favoriser l'accès rapide de l'aidant à des ressources d'aide adéquates (Peterson et al., 2016). Justement, les infirmières mentionnaient être mal à l'aise de référer un proche aidant à la Société Alzheimer de Montréal pour recevoir des services alors que l'aidé n'avait pas encore reçu de diagnostic, et ce, même si elles percevaient que l'aidant en avait besoin. De plus, une étude qualitative récente faite auprès de 13 médecins pratiquant au Royaume-Uni a permis d'identifier plusieurs barrières au diagnostic, malgré le déploiement de stratégies nationales sur la MA². Les barrières au diagnostic étaient catégorisées ainsi : 1) les facteurs organisationnels, 2) les facteurs liés aux médecins, 3) les facteurs liés au patient et 4) les influences de la société. Parmi ces barrières, le manque de temps, la croyance que le diagnostic amène un fardeau sans solution, les difficultés de communication avec les services

spécialisés, le manque de connaissances par les proches aidants des manifestations typiques de la MA² ainsi que des croyances liées à la différence culturelle étaient nommés (Chithiramohan, Iliffe et Khattak, 2019). Ainsi, Ducharme et al. (2010) soulignent que les infirmières en première ligne peuvent intervenir « (...) précocement [et de façon] proactive » auprès des aidants (p. 78). L'infirmière en GMF semble bien positionnée pour sensibiliser la dyade sur l'importance d'un diagnostic précoce, faire de l'enseignement sur les manifestations typiques de la MA² et les encourager à demander une évaluation cognitive dès l'apparition des premiers symptômes (Appendice O).

Les infirmières ont aussi mentionné l'importance de faire verbaliser les proches aidants (reconnaître l'expérience de l'aidant) et de souligner leurs forces (reconnaître l'expertise de l'aidant). Selon Duhamel (2015), lorsque l'infirmière souligne les forces des aidants, elle contribue à leur autonomie et à la réalisation de l'ampleur de leurs compétences. Duggleby et al. (2016) suggèrent que les professionnels de la santé doivent contribuer de diverses façons à ce que les aidants se sentent confiants dans leur rôle puisqu'une perception positive de son auto-efficacité serait associée à une meilleure santé mentale. D'ailleurs, les participantes ont discuté d'autres éléments qui témoignaient de leur reconnaissance envers l'expertise et le pouvoir décisionnel des aidants notamment par rapport à la notion de déni. En effet, durant les premières séances, certaines infirmières mentionnaient qu'elles devaient parfois convaincre des proches aidants d'accepter des services. Elles percevaient le refus de services comme étant une preuve que le proche aidant exprimait du déni en regard de sa situation. Lévesque, Ducharme, Caron, et al. (2010) mentionnent qu'en s'engageant dans un partenariat avec l'aidant, l'infirmière aura une meilleure compréhension des besoins de celui-ci, mais aussi des raisons pour lesquelles il refuse des services. Les réflexions et les lectures semblent avoir fait évoluer les perceptions des infirmières, car, vers la fin de l'IPR, elles associaient davantage les refus de services à une disparité entre les besoins de l'aidant perçus par l'infirmière et les besoins réels de celui-ci. Elles insistaient davantage sur la compréhension de la réalité de l'aidant pour ne pas porter de jugement ou pour ne pas les stigmatiser. En poussant leur réflexion, certaines infirmières ont réalisé que le refus des aidants à accepter des services avait un impact sur leur sentiment de compétence professionnelle. D'ailleurs, Duhamel (2015) mentionne l'importance d'adopter une pratique réflexive pour que le professionnel identifie ses croyances et, ainsi, éviter qu'il y ait

des conséquences négatives sur sa relation avec l'aidant. Bref, les infirmières semblent avoir réalisé qu'elles devaient davantage respecter le rythme des proches aidants en plus de les accompagner dans leur décision.

L'aspect culturel est ressorti à plusieurs reprises lors des réflexions de groupe témoignant d'une préoccupation des infirmières à respecter l'impact de la culture du proche aidant sur sa perception de son rôle et sur la façon qu'il exprime ses besoins. Une infirmière faisait la réflexion, que certains refus de services par les proches aidants pourraient parfois être liés à leur culture. D'ailleurs, dans le CIUSSS où le stage s'est déroulé, le tiers de la population ne serait pas née au Canada (Landry et Massie, 2018). À plusieurs reprises, les infirmières participantes ont fait part de leurs préoccupations à respecter l'aspect culturel des aidants soit en voulant leur poser des questions sur leur culture, soit en voulant explorer la façon dont ils percevaient leur rôle en regard de celle-ci. En abordant ce sujet, qui n'était pas prévu par l'infirmière stagiaire, les infirmières participantes ont témoigné de leur préoccupation déjà existante, mais pas nécessairement mise de l'avant dans leur pratique quotidienne, d'accompagner de façon respectueuse les proches aidants. L'article de Markey et Okantey (2019) souligne l'importance que les infirmières développent leur compétence culturelle dès le début de leur formation académique. Selon ces auteurs, la pratique réflexive, notamment en groupe, est une façon de contribuer au développement de cette compétence. Il faut tout de même rester vigilant à la réflexion portée sur les situations pour ne pas généraliser les comportements culturels (Markey et Okantey, 2019). Ainsi, l'infirmière doit explorer comment la personne intègre ses croyances, notamment en perfectionnant les questions qu'elle pose (Markey et Okantey, 2019). De plus, en étant attentive aux différences culturelles, l'infirmière diminuera les risques de mal interpréter certaines communications verbales ou non verbales avec un aidant (Markey et Okantey, 2019).

Assurer un suivi auprès de l'aidant

Quatrièmement, les participantes ont souligné qu'elles avaient un rôle à jouer pour assurer la continuité des soins auprès de l'aidant (Appendice O). La continuité des soins a été abordée à plusieurs reprises par les participantes. Elles ont mentionné que certaines barrières organisationnelles telles que l'absence d'un dossier proche aidant connexe au dossier de l'aidé (aussi souligné par Bergman et al., 2009) ainsi que la présence d'enjeux de communication avec

les partenaires tels que l'absence de continuité après l'envoi d'une demande de services contribueraient à la difficulté des infirmières en GMF à effectuer un suivi des besoins des proches aidants. Or, quelques solutions ont été proposées par les participantes, entre autres la création d'un outil pour assurer le suivi des aidants et la prise d'un rendez-vous spécifique pour l'aidant et distinct de celui pour l'aidé. Puisque certains outils de suivi (ESPA et ESPA modifié) existent déjà, ils ont été présentés aux participantes. Malheureusement certaines contraintes (ESPA : coût monétaire et temps d'administration, ESPA modifié : validation en cours) ne permettent pas leur utilisation en GMF à ce jour. Dans son journal réflexif d'apprentissage, l'infirmière stagiaire a suggéré que l'ambiguïté par rapport à l'étendue du rôle infirmier en GMF pourrait contribuer à cet enjeu; chaque infirmière semble percevoir différemment leur rôle auprès des aidants. Même si la majorité des infirmières se perçoivent comme des personnes-ressources pour le proche aidant, il semblerait que l'intensité d'intervention auprès de celui-ci reste variable d'une infirmière à l'autre. Effectivement, certaines prenaient des rendez-vous individuels avec l'aidant et effectuaient plusieurs suivis auprès des partenaires pour s'assurer qu'il ait accès à un service alors que d'autres tentaient d'intervenir auprès de l'aidant durant le rendez-vous avec l'aidé. Ainsi, même si un outil validé pour accompagner les proches aidants était utilisé par les infirmières en GMF, il faudrait tout de même qu'elles reconnaissent l'importance de leur rôle auprès de cette clientèle et que celui-ci soit soutenu au sein du GMF.

De plus, les infirmières en GMF sentaient de la pression pour effectuer rapidement certaines tâches. Une participante a présenté une situation où elle essayait de faire une évaluation cognitive auprès de la personne aidée alors que l'aidante était réfractaire aux démarches. Son premier réflexe fut de dire que l'aidante était dans une période de déni face à la situation et que la prochaine fois, elle ne devrait pas être présente lors de l'évaluation. Or, en approfondissant la réflexion avec la participante pour comprendre pourquoi l'infirmière participante insistait pour faire cette évaluation cognitive, l'infirmière a mentionné qu'elle ressentait de la pression pour terminer l'évaluation cognitive, car le médecin attendait les résultats. Cette situation témoigne de la dynamique pouvant exister en GMF entre l'infirmière et le médecin et son impact sur l'accompagnement de l'aidant. Finalement, une participante a mentionné comment l'organisation par équipe de médecins dans son GMF (chaque infirmière

travaille toujours avec le même groupe de médecins) contribue à assurer un suivi auprès des aidants.

Bref, à la lumière de ces résultats, plusieurs participantes ont mentionné vouloir poursuivre une IPR à plus long terme.

Atteinte des objectifs d'apprentissage

Avant de commencer son stage, l'infirmière stagiaire avait identifié cinq objectifs d'apprentissage soit : 1) développer ses connaissances et ses habiletés de pratique réflexive, notamment par la lecture d'écrits théoriques, scientifiques et cliniques sur le sujet; 2) perfectionner sa compétence de *caring* par l'établissement d'une relation d'accompagnement authentique et respectueuse auprès d'infirmières participantes à une IPR; 3) poursuivre le développement de sa compétence d'accompagnement auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² par la lecture d'écrits théoriques, scientifiques et cliniques ainsi que par le partage des expériences des infirmières lors de l'IPR; 4) parfaire son leadership infirmier, entre autres par la planification et la mise à l'essai d'une IPR auprès d'infirmières cliniciennes; 5) approfondir ses habiletés d'analyse critique et de rédaction scientifique.

Pour s'assurer d'atteindre le **premier objectif d'apprentissage** (Développer ses connaissances et ses habiletés de pratique réflexive), l'infirmière stagiaire a lu plusieurs écrits théoriques, scientifiques et cliniques sur les différents concepts entourant la pratique réflexive. L'intégration des différentes lectures tout au long du stage a permis à l'infirmière stagiaire d'atteindre son premier objectif. Ainsi, la lecture d'écrits empiriques lui a permis de définir le concept de pratique réflexive, de déterminer les différentes modalités de l'IPR, de recenser les principaux résultats d'une IPR et de choisir l'IPR à mettre à l'essai auprès des infirmières en GMF. L'adaptation de l'IPR de Dubé (2012) au contexte de la proche aidance en GMF a favorisé l'intégration des concepts de la pratique réflexive comme modalité d'apprentissage. De plus, l'infirmière stagiaire a aussi adopté une pratique réflexive tout au long de son stage. Ainsi, elle a maintenu un regard réflexif sur son animation des séances de pratique réflexive et sur son accompagnement auprès des infirmières participantes. Pour faciliter cette pratique réflexive, elle

a rempli des journaux réflexifs d'apprentissage après chaque séance de l'IPR. Les journaux réflexifs d'apprentissage ont permis de structurer la réflexion post-séances de l'infirmière stagiaire. En rédigeant ces journaux, l'infirmière stagiaire avait un regard différent sur les discussions faites en groupe. Par exemple, à la fin de la troisième séance, l'infirmière stagiaire trouvait que la réflexion de groupe avait été monopolisée par le thème des difficultés vécues avec le CLSC. Elle avait l'impression que la discussion avait bifurqué du thème qui était les besoins des proches aidants. Or, en rédigeant son journal réflexif, elle a réalisé que les difficultés de communication avec les CLSC est un irritant important dans la pratique quotidienne de ces infirmières en GMF et que cela limite l'accompagnement qu'elles peuvent faire auprès des proches aidants. Au final, en abordant les enjeux de communication avec le CLSC, les infirmières exprimaient le besoin d'accompagner les aidants à naviguer dans le réseau de la santé. Dans un autre ordre d'idées, plusieurs questions du journal réflexif d'apprentissage ont permis à l'infirmière stagiaire de ressortir les aspects de la séance qui s'étaient déroulés comme prévus et ceux qui nécessitaient d'être améliorés. Ainsi, elle pouvait plus facilement identifier ses zones d'amélioration (par ex. : gestion du temps) et réfléchir à des pistes de solutions, notamment avec sa superviseuse de stage. Dans l'article de Goudreau et al. (2015), les infirmières, qui animaient des groupes de pratique réflexive, ont mentionné que de remplir des journaux réflexifs a permis de perfectionner leur rôle d'animatrice. Les journaux réflexifs d'apprentissages de l'infirmière stagiaire ont contribué à la collecte de données pour apprécier l'atteinte des objectifs de stage. Ainsi, les journaux réflexifs d'apprentissage complétés par l'infirmière stagiaire sont une preuve du processus d'apprentissage des apprenants quant au développement de leur compétence d'accompagnement, mais aussi de la compétence d'animation d'une IPR de l'infirmière stagiaire.

L'infirmière stagiaire a fait plusieurs lectures en préparation à son stage qui lui ont permis de s'approprier les concepts de la compétence de *caring*. Par contre, c'est en adoptant une pratique réflexive tout au long de l'IPR que l'infirmière stagiaire a pu perfectionner **sa compétence de *caring*** et, ainsi, atteindre son **deuxième objectif**. En effet, avant, pendant et après chaque séance, l'infirmière stagiaire s'est questionnée à savoir si son approche auprès des participantes était authentique, respectueuse et sans jugement. D'ailleurs, le journal réflexif d'apprentissage de l'infirmière stagiaire décrit une situation où elle a dû adapter, pendant la

séance, son approche auprès d'une participante. Pour tenter de pousser la réflexion de la participante, l'infirmière stagiaire lui posait plusieurs questions consécutives. Elle a fini par constater de l'inconfort dans la communication non-verbale de la participante. L'infirmière stagiaire a remis en question la façon dont elle intervenait auprès de cette participante. Elle a réalisé que son approche était directive et centrée sur un objectif précis. Elle a donc modifié la façon de poser ses questions, son ton ainsi que sa communication non-verbale. Elle a aussi porté une attention particulière à la communication non-verbale de l'infirmière pour le reste de l'interaction et de la séance. Cette situation est un exemple démontrant l'atteinte des deux premiers objectifs.

Le **troisième objectif** d'apprentissage de l'infirmière stagiaire était le développement de sa **compétence d'accompagnement** des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Même si l'infirmière stagiaire n'a pas été en contact avec des proches aidants durant son stage, elle a pu contribuer au développement de cette compétence par les lectures préparatoires à la mise à l'essai de l'IPR et par l'accompagnement des infirmières participantes. Tout d'abord, l'infirmière stagiaire a recensé, lu et analysé plusieurs articles théoriques, scientifiques et cliniques sur l'accompagnement des proches aidants. D'ailleurs, c'est en intégrant ses lectures qu'elle a pu adapter l'IPR de Dubé (2012) et préparer le matériel nécessaire pour la mise en place de l'IPR. L'infirmière stagiaire a également contribué au développement de cette compétence en accompagnant les infirmières participantes qui elles accompagnent des proches aidants de personnes atteintes de la MA². L'infirmière stagiaire a pu faire des liens entre les situations présentées et les écrits empiriques lus pour préparer l'IPR. Par exemple, une participante mentionnait le sentiment de culpabilité vécu par une aidante qui devait héberger son mari. Le sentiment de culpabilité des aidants est ressorti dans plusieurs articles lus par l'infirmière stagiaire en préparation de son stage (Eifert et Eddy, 2012; Tatangelo et al., 2018). Ainsi, les réflexions de groupe et les discussions faites sur les lectures ont contribué à enrichir la compétence d'accompagnement de l'infirmière stagiaire.

Le **quatrième objectif** d'apprentissage de l'infirmière stagiaire qui était de parfaire son **leadership infirmier** a été atteint, entre autres, par la planification et la mise à l'essai d'une IPR auprès des infirmières participantes. Selon le référentiel de compétences à la maîtrise de la

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, l'infirmière fait preuve de leadership lorsqu'elle : « suscite l'engagement des personnes envers l'amélioration de la santé » (2014, p. 6). Par la mise en place d'une IPR, l'infirmière stagiaire a encouragé les infirmières participantes à se placer dans une position réflexive par rapport à leur pratique professionnelle et à leur contexte organisationnel dans l'optique d'améliorer les soins qu'elles offrent aux proches aidants de personnes atteintes de la MA². Les infirmières ont démontré un engagement et une motivation à améliorer leur pratique auprès des aidants tout au long de l'IPR en étant présente à chacune des séances ainsi qu'en effectuant les activités préparatoires, parfois même sur leur temps personnel. De plus, l'infirmière stagiaire a porté une réflexion, notamment en remplissant ses journaux réflexifs d'apprentissage sur sa pratique infirmière dans l'animation et la mise à l'essai d'une IPR contribuant au développement de sa compétence de leadership infirmier. D'ailleurs, en rédigeant ses journaux, l'infirmière s'est questionnée sur les interventions qu'elle faisait en tant qu'animatrice. Durant la deuxième séance de l'IPR, elle a remarqué qu'elle se positionnait comme « experte » en répondant directement aux questions des infirmières participantes. Cette façon d'agir ne concordait pas avec le cadre de référence du stage où l'apprenant est l'expert de ses apprentissages (Tardif, 1998) et où la confrontation des idées avec ses pairs favorise l'apprentissage (Frayssinhes, 2011; Merriam et Bierema, 2013). Ainsi, l'infirmière a adapté son animation en encourageant les participantes à s'exprimer et en posant des questions favorisant la réflexion. Finalement, pour parfaire sa compétence de leadership, l'infirmière stagiaire a présenté ses retombées et ses recommandations aux participantes (Appendice P) et le fera aussi auprès de gestionnaires de son milieu de stage.

Pour conclure, plusieurs actions ont permis l'atteinte du **cinquième objectif d'apprentissage** (approfondir ses habiletés d'analyse critique et de rédaction scientifique) de l'infirmière stagiaire. Tout d'abord, par la lecture et l'analyse des articles recensés l'infirmière a perfectionné son jugement critique. De plus, la préparation d'une affiche scientifique pour le congrès de l'ACFAS (Appendice Q) lui a permis de synthétiser les résultats préliminaires de son stage en plus de contribuer au développement de sa compétence de communication scientifique. La rédaction de ce rapport de stage lui a permis de perfectionner sa compétence de rédaction. De plus, en préparant le *PowerPoint* pour présenter les retombées de l'IPR aux infirmières participantes, l'infirmière stagiaire a fait preuve d'habiletés de synthèse et de

vulgarisation. L'infirmière stagiaire prévoit aussi présenter ses retombées sous forme d'article dans une revue professionnelle en sciences infirmières.

Recommandations pour les sciences infirmières

Les retombées du stage découlant de la démarche d'évaluation permettent de faire ressortir des recommandations pour la pratique, la formation, la gestion et la recherche en sciences infirmières.

Au niveau de la **pratique infirmière**, l'infirmière stagiaire recommande la poursuite de l'IPR auprès des infirmières en GMF. Les séances de pratique réflexive individuelles et de groupe semblent avoir contribué à une meilleure compréhension par les infirmières de l'étendue de leur rôle auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². L'IPR a sensibilisé davantage les participantes aux façons d'intervenir rapidement et efficacement auprès des aidants. L'infirmière stagiaire estime que la sensibilisation faite durant l'IPR sur les besoins uniques des aidants a contribué à faire valoir le rôle de l'infirmière en GMF auprès des aidants. Ainsi, les participantes comprenaient davantage la diversité des besoins perçus par les aidants et l'importance d'intervenir auprès de ceux-ci. D'ailleurs, l'IPR semble avoir aidé à démystifier la notion d'accompagnement des aidants en insistant sur le fait que des interventions simples telles que poser une question ouverte ou écouter peut avoir un effet positif sur le proche aidant.

Pour encadrer la pratique réflexive des participantes au quotidien, l'infirmière stagiaire propose qu'un guide pour la réflexion soit créé en s'inspirant des questions basées sur le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) que les participantes ont identifiées comme étant les plus utiles.

Au niveau de la **formation**, les recommandations proposées favoriseront la mise en place d'une IPR en GMF. À plusieurs reprises durant l'IPR, l'infirmière stagiaire a perçu qu'elle manquait de temps pour approfondir suffisamment la réflexion avec les participantes. En effet, l'infirmière stagiaire a trouvé la gestion du temps difficile et considère que les séances de 75 minutes étaient trop courtes pour approfondir la réflexion des cinq participantes. D'ailleurs, le temps a manqué, lors de la deuxième séance, pour faire une réflexion de groupe sur deux des

cinq situations présentées par les infirmières participantes. L'infirmière stagiaire n'a pas eu le temps d'effectuer des retours sur les séances précédentes ni des synthèses à chaque séance, ce qu'elle recommande fortement. Or, la durée des séances de 75 minutes était idéale pour le contexte en GMF et ne devrait pas être modifiée. Une solution serait de réduire le nombre de participants à quatre ou de faire plus de séances sur le même thème pour permettre à toutes les participantes de présenter leur situation et d'effectuer une réflexion de groupe.

D'ailleurs, par rapport aux thèmes de l'IPR, il semblerait que de les avoir divisés en deux sous-thèmes (besoin des proches aidants et démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants) ait créé une certaine confusion, car ils étaient très reliés. Ainsi, lors d'une éventuelle mise en pratique de l'IPR, l'infirmière stagiaire recommande d'identifier un thème général (par ex. : accompagnement des proches aidants) et de laisser les situations présentées par les participantes orienter les sujets discutés.

Les situations présentées par les participantes étaient souvent très complexes, détaillées et remontaient à plusieurs semaines, voire mois. Par conséquent, l'infirmière stagiaire émet l'hypothèse qu'il fût difficile de cibler un seul aspect sur lequel approfondir la réflexion ou de se rappeler d'assez de détails pour utiliser certaines questions inspirées du modèle de réflexion structurée de Johns (2006). L'infirmière stagiaire suggère d'insister davantage pour que les situations présentées par les infirmières soient davantage circonscrites dans le temps et synthétisées. Ainsi, l'infirmière stagiaire recommande d'ajouter une consigne au journal de réflexion individuelle pour informer les participantes que la situation choisie doit être récente et précise dans le temps (une interaction). Lors de la première séance, l'animatrice de l'IPR pourrait donner un exemple concret de la description attendue d'une situation. Au besoin, l'infirmière stagiaire suggère d'utiliser des questions inspirées d'autres modèles pour favoriser l'exploration de situations s'étant déroulées il y a plusieurs mois ou années. En effet, les infirmières participantes (n = 20) de l'étude d'Asselin et Fain (2013) utilisaient le modèle de réflexion de Kim (1999) pour réfléchir sur des situations qui pouvaient s'être déroulées plusieurs années auparavant. Les questions descriptives, et moins centrées sur les émotions, semblent avoir favorisé la réflexion sur des situations passées.

L'infirmière stagiaire a remarqué que les fiches résumés ont peu été utilisées lors des séances de pratique réflexive. Elle explique cela par le fait que la première fiche résumé a été distribuée seulement à la fin de la séance et que l'animatrice n'y a pas fait référence durant les séances suivantes. Étant donné que les fiches résumés étaient basées sur les lectures, il aurait été redondant de relire chaque fiche résumé. Ainsi, l'infirmière stagiaire suggère que ces fiches soient distribuées et présentées dès la première séance de l'IPR. Pour éviter de la redondance, les fiches résumés pourraient être aussi basées sur des écrits ne faisant pas partie des lectures proposées aux infirmières participantes. D'ailleurs, en plus d'être appréciées par les infirmières participantes, les lectures d'écrits empiriques choisies par l'infirmière stagiaire ont contribué à approfondir la réflexion des participantes lors des réflexions de groupe. L'infirmière stagiaire recommande fortement d'intégrer des lectures d'écrits empiriques lors du déploiement d'une IPR. Étant donné que les infirmières en GMF n'ont pas toujours accès aux ressources de la bibliothèque du CIUSSS ou le temps d'effectuer des recherches d'articles, l'infirmière stagiaire recommande que l'animateur de l'IPR identifie préalablement les lectures. Au besoin, l'animateur pourrait encourager les participantes à trouver leur propre article.

Les interventions mises à l'essai par les infirmières participantes n'étaient pas toujours explicitées. De plus, plusieurs participantes se questionnaient sur les types d'interventions à mettre à l'essai durant l'IPR. Pour clarifier cette activité d'apprentissage, l'infirmière stagiaire suggère que les infirmières identifient, avant la fin de la séance, l'intervention qu'elles prévoient mettre à l'essai. Au besoin, l'animatrice pourra accompagner l'infirmière participante dans son choix d'intervention. Aussi, pour rendre cette activité d'apprentissage plus concrète, l'infirmière stagiaire suggère qu'un autre journal réflexif très court soit rédigé sur la mise à l'essai de l'intervention incluant la description de l'intervention, la réaction du proche aidant et la réaction de l'infirmière. L'infirmière stagiaire considère que la présence d'un animateur pour faciliter les réflexions de groupe de l'IPR est primordiale. L'animateur doit avoir un intérêt et une expérience (théorique ou pratique) dans l'animation d'activités de pratique réflexive. De plus, l'animateur devrait intégrer les principes du socioconstructivisme dans ses interactions avec les participants. Ainsi, il ne doit pas se positionner comme un expert du contenu, mais bien comme une personne-ressource qui facilite les échanges et guide les discussions. Il doit aussi faire preuve de respect, d'ouverture et d'authenticité envers les participants en plus d'assurer la

confidentialité. Comme mentionné par Bélanger (2013), l'animateur a aussi le rôle d'adapter le contenu en fonction des besoins d'apprentissage des apprenants. Lorsque des participants ont des questions précises, l'animateur peut amener du nouveau matériel pour aider les participants à pousser leur questionnement sur des sujets d'intérêts. Ainsi, la personne qui décide d'animer des séances de pratique réflexive doit être prête à s'engager pleinement. L'infirmière stagiaire recommande que la mise en place d'activités de formation continue fasse partie du rôle professionnel de la personne choisie pour animer les séances de pratique réflexive (par ex. : infirmière en pratique avancée) afin de ne pas créer une charge de travail supplémentaire. Finalement, la rédaction des journaux réflexifs d'apprentissage était une occasion pour l'infirmière stagiaire de porter un regard critique sur son rôle d'animatrice durant l'IPR. De plus, les journaux réflexifs ont permis à l'infirmière stagiaire de comprendre différemment certains aspects discutés durant les séances. En effet, en rédigeant ses journaux réflexifs d'apprentissage, elle réalisait la progression des apprentissages faits par certaines participantes et pouvait mieux les accompagner par la suite. Ainsi, l'infirmière stagiaire recommande que la personne qui assure l'animation de l'IPR rédige des journaux réflexifs d'apprentissage après chaque séance.

De plus, l'IPR semble avoir contribué à clarifier l'étendue du rôle de l'infirmière en GMF auprès de l'aidant. Étant donné que l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² est une compétence partagée par plusieurs professionnels de la santé dont, en GMF, les travailleurs sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015), l'infirmière stagiaire recommande d'intégrer des travailleurs sociaux à l'IPR. Bien que cet aspect ne fut pas explicitement discuté durant les réflexions de groupe, l'infirmière stagiaire avait observé, dans le cadre de son travail, que le champ d'exercice de l'infirmière et celui du travailleur social en GMF se recoupaient. En incluant les travailleurs sociaux aux séances de pratique réflexive, les professionnels en GMF auraient une meilleure compréhension de la contribution de chacun dans l'accompagnement des proches aidants. Effectivement, Goldsmith, Wittenberg-Lyles, Rodriguez et Sanchez-Reilly (2010) mentionnent que la pratique réflexive favoriserait la clarification des rôles professionnels. En plus, l'IPR pourrait faciliter la communication entre les différents professionnels dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Pour favoriser l'intégration des apprentissages et le développement de la compétence d'accompagnement des participantes, l'infirmière stagiaire recommande qu'un minimum de cinq séances soient mises en place. Comme mentionné préalablement, le nombre de séances minimum pour assurer une intégration des apprentissages lors de la mise en place d'une IPR n'est pas spécifié dans les écrits (Dubé et Ducharme, 2015). Or, dans le cadre de cette IPR, l'infirmière stagiaire considère qu'en deçà des cinq séances (dont quatre séances de pratique réflexive), les infirmières participantes n'auraient pas suffisamment intégrées leurs apprentissages pour contribuer au développement de leur compétence d'accompagnement. La poursuite de l'IPR à long terme favoriserait la pérennité des apprentissages. Or, certains aspects pourraient compromettre le déploiement de cette IPR sur une longue période. Tout, d'abord, l'infirmière stagiaire estime que la courte période de déploiement (2 mois) et la fréquence rapprochée des séances ont favorisé la motivation des participantes. Or, si l'IPR devait être déployée à long terme, il faudrait s'assurer que l'intervalle entre les séances favorise l'engagement des participantes, mais aussi de l'animatrice. L'intervalle de temps doit tenir compte du fait que les participantes ont des activités à réaliser en dehors des séances de pratique réflexive (lectures, journaux, mises en pratique). Un intervalle trop rapproché pourrait être une charge supplémentaire pour les infirmières participantes alors qu'un intervalle trop espacé pourrait compromettre l'intégration des apprentissages par les participantes. Le déploiement d'une IPR demande aussi un engagement de la part de l'animatrice qui doit préparer le matériel (fiches résumés, choisir les lectures) et se déplacer. Effectivement, la structure de l'IPR demande beaucoup de déplacement de la part de l'animatrice, et ce, pour des séances de seulement 75 minutes. Selon l'expérience de l'infirmière stagiaire un intervalle d'environ 18 jours serait idéal. De plus, l'infirmière stagiaire suggère que plusieurs thèmes soient abordés tout au long du déploiement de l'IPR. En effet, l'infirmière en GMF accompagne plusieurs clientèles avec différentes comorbidités. Les thèmes de l'IPR pourraient être déterminés en fonction des besoins du groupe de participantes. De plus, l'animatrice devrait aussi poursuivre la rédaction de journaux réflexif d'apprentissage pour s'assurer de la pertinence de poursuivre l'IPR et de porter un regard critique sur la dynamique du groupe ainsi que son animation.

Également, l'infirmière stagiaire recommande que l'IPR soit donnée seulement en personne et, de préférence, dans le lieu de travail des participantes pour assurer l'authenticité

des échanges, la confidentialité et pour éviter des déplacements aux participantes. D'ailleurs, cela pourrait compromettre le déploiement de l'IPR dans certains milieux. Par exemple, il serait difficile de répéter cette IPR sur le même territoire dans d'autres GMF. En effet, les GMF sur le territoire choisi sont éloignés et il y a parfois une seule infirmière par GMF. L'infirmière stagiaire recommande, si possible, de regrouper des GMF rapprochés et d'alterner les séances entre chacun des sites.

Au niveau de la **gestion**, l'infirmière stagiaire recommande l'obtention de l'approbation de la chef de programme en première ligne et du responsable des infirmières dans le GMF avant la mise en place de l'IPR. Pour assurer le soutien des gestionnaires et le recrutement des infirmières, une description détaillée des modalités d'apprentissage et des attentes (en matière d'heures et de préparation) est recommandée. Également, pour certaines personnes la pratique réflexive pourrait être un concept ambigu, ce qui pourrait entraver le processus de recrutement. Ainsi, une rencontre d'information avant le début du projet d'IPR avec les infirmières intéressées et les gestionnaires permettrait de clarifier les attentes et de préciser certains concepts-clés.

La communication avec les partenaires du réseau de la santé, dont les CLSC, est souvent ressortie lors des réflexions de groupe comme un irritant qui limite l'accompagnement des aidants par les infirmières en GMF. Une meilleure communication pourrait assurer une coordination plus efficace entre les services offerts par le GMF et ceux offerts par le CLSC. Ainsi, l'infirmière stagiaire recommande la mise en place de stratégies de communication pour favoriser le partenariat entre les établissements de soins visés soit les GMF et les CLSC. Par exemple, une rencontre entre un intervenant du CLSC et les équipes infirmières des GMF pourrait être organisée pour discuter des barrières à la communication et des solutions à mettre en place. Les gestionnaires en GMF et en CLSC pourraient réfléchir à une marche à suivre pour faciliter le traitement des demandes de services provenant des GMF pour le CLSC. D'ailleurs, pour simplifier l'envoi des demandes de services, un formulaire uniformisé pourrait être créé pour l'ensemble des CLSC du CIUSSS et distribué dans les GMF.

De plus, les gestionnaires en GMF et au niveau du CIUSSS doivent reconnaître le rôle et l'expertise de l'infirmière en GMF dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². D'ailleurs, une mobilisation au niveau politique se fait sentir pour améliorer les services et les soins offerts à cette clientèle (ACSS, 2019). Par conséquent, les gestionnaires des GMF pourraient soutenir le rôle des infirmières dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² de diverses façons. L'infirmière stagiaire recommande que le CIUSSS, en partenariat avec les GMF, rédige et déploie des lignes directrices sur l'étendue du rôle de l'infirmière en GMF dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Il pourrait y être mentionné que l'infirmière doit prendre des rendez-vous distincts pour l'aidant et l'aidé. De plus, la fréquence et la durée de ces rendez-vous devraient être adaptées aux besoins de l'aidant. Cette meilleure compréhension du rôle de l'infirmière pourrait favoriser un suivi conjoint des proches aidants dans le GMF, mais aussi auprès des partenaires. Certaines infirmières se disaient réticentes à donner des rendez-vous individuels au proche aidant alors qu'elle prenait soin principalement de l'aidé. Par contre, comme mentionné par Khanassov et Vedel (2016), la dyade a des besoins très précis dont il faut tenir compte. En intégrant les soins de l'aidant, l'infirmière prend soin de l'aidé. Étant donné que les GMF sont des partenaires privés du réseau et offrent des soins auprès d'usagers inscrits (Gouvernement du Québec, 2017a), il arrive que l'aidé est inscrit au GMF, mais pas l'aidant. Ainsi, l'infirmière stagiaire recommande que des ententes de services soient faites à l'intérieur du GMF ainsi qu'avec des partenaires du réseau pour encadrer l'accompagnement des aidants non inscrits au GMF par les infirmières. Un exemple d'entente qui pourrait être faite serait d'accepter que les aidants non inscrits puissent rencontrer l'infirmière pour une ou deux rencontres afin de discuter de leurs besoins. Comme suggéré par une participante, l'infirmière pourrait prendre un rendez-vous séparé pour l'aidant; elle ressentirait donc moins la pression de répondre autant aux besoins de l'aidé que ceux de l'aidant en une seule rencontre. Elle pourrait alors rediriger les aidants vers les ressources appropriées ou accompagner l'aidant par une conversation thérapeutique. De plus, Bergman et al. (2009) recommandaient l'ouverture d'un dossier proche aidant en parallèle à celui de l'aidé pour faciliter le suivi, puisque l'information se retrouverait dans un dossier conjoint. Également, un outil pour favoriser le suivi des besoins des aidants pourrait être déployé dans le GMF. Ainsi, il serait plus facile pour les infirmières d'accompagner les proches aidants de personnes atteintes de la MA² quotidiennement. Bref, avec le soutien de leurs gestionnaires,

les infirmières doivent faire valoir leur rôle et leurs compétences auprès des médecins et des autres professionnels de la santé travaillant en GMF.

Au niveau de la **recherche**, l'appréciation de la mise à l'essai de cette IPR ouvre la voie du transfert de l'IPR de Dubé (2012) à d'autres contextes et d'autres problématiques, en effectuant les adaptations nécessaires. D'ailleurs, Jonasson et al. (2017) mentionnent qu'avant de transférer une IPR à un autre contexte, il faut se questionner sur l'application concrète de cette IPR dans ce nouveau contexte.

Lors de l'IPR, des participantes ont suggéré la création d'un outil pour faciliter le suivi des besoins des proches aidants. Plusieurs recherches ont été faites sur le développement et la validation de l'outil ESPA pour identifier les besoins des proches aidants en partenariat avec des infirmières en première ligne (Ducharme et al., 2010). L'infirmière stagiaire recommande que cet outil soit adapté au contexte en GMF afin de tenir compte des contraintes de temps. Par la suite, l'outil adapté pourrait être validé auprès d'intervenants en GMF et de proches aidants pour s'assurer qu'il respecte toujours les principes de partenariat valorisés par cet outil.

De plus, l'étendue du rôle de l'infirmière clinicienne dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² reste à préciser. Comme mentionné, en GMF, les travailleurs sociaux et les infirmières se partagent le rôle d'accompagnement auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Selon Goldsmith et al. (2010), la pratique réflexive semble contribuer à la clarification des différents rôles professionnels. Il serait donc intéressant d'effectuer une étude avec un groupe composé d'infirmières, un groupe composé de travailleurs sociaux et un groupe mixte afin d'évaluer la perception du rôle de chaque professionnel dans l'accompagnement des proches aidants avant et après la mise en place d'une IPR comme celle décrite dans le cadre de ce stage. Cette étude pourrait aider à clarifier le rôle de l'infirmière en GMF dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

En conclusion, l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de l'infirmière stagiaire ont permis de suggérer plusieurs recommandations dans les quatre domaines des sciences

infirmières afin de favoriser la mise en place d'IPR en GMF, mais aussi de valoriser le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des proches aidants.

Chapitre 6 : Conclusion

Les infirmières cliniciennes œuvrant en GMF sont au premier rang pour intervenir précocement auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Or, il semblerait que leur formation initiale les a peu préparés à accompagner les proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Une IPR a été mise en place auprès de cinq infirmières pratiquant dans deux GMF de la région de Montréal. L'IPR s'est déroulée sur une période de deux mois. L'IPR comprenait des activités d'apprentissages variés (réflexions individuelles et de groupe, lectures d'écrits empiriques, mises en pratique) qui ont favorisé des réflexions structurées sur leur pratique dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². L'IPR semble avoir contribué au développement de la compétence d'accompagnement des infirmières par une meilleure compréhension de l'étendue de leur rôle auprès de cette clientèle et des avantages de s'engager dans une relation thérapeutique sans jugement.

De plus, l'IPR a contribué à l'identification de barrières et de facteurs facilitants à la mise en place d'une IPR en GMF auprès d'infirmières cliniciennes. Le rôle essentiel de l'animateur, la nécessité de l'engagement des participantes et l'obtention de l'approbation des gestionnaires sont ressortis comme des éléments favorisant la mise en place d'une IPR en GMF.

Le rôle de l'infirmière en GMF peut être variable d'un établissement à l'autre selon la culture interne. Or, plusieurs instances gouvernementales positionnent l'accompagnement des proches aidants, notamment de personnes atteintes de la MA², comme étant de plus en plus prioritaire (Académie canadienne des sciences de la santé, 2019). Ainsi, les infirmières en GMF doivent continuer de faire valoir leur expertise dans l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² afin de promouvoir l'exercice de leur pleine étendue de pratique.

Références

- Académie canadienne des sciences de la santé. (2019). Améliorer la qualité de vie et les soins pour les personnes vivant avec la démence et leurs aidants. Ottawa (Ont.): Le comité d'experts sur les soins aux personnes vivant avec la démence au Canada, ACSS.
- Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. et Hamers, J. P. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. *International psychogeriatrics*, 27(6), 891-902. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610214002154>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). Infobase de la santé publique. Repéré le 1 avril 2018 à <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/CCDSS-SCSMC/data-tool/?l=fra&HRs=24&DDLV=CDSADD&DDLm=PREV&CBVS=on&Age=65andOver&0=B&1=M&2=F&DDLFrM=2002&DDLTo=2013&=10&VIEW=0>
- Albarello, L., Barbier, J.-M., Bourgeois, E. et Durand, M. (2013) *Expérience, activité, apprentissage* (Vol. Formation et pratiques professionnelles): Presses Universitaires de France.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Armstrong, G., Headrick, L., Madigosky, W. et Ogrinc, G. (2012). Designing education to improve care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 38(1), 5-14. doi: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(12\)38002-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(12)38002-1)
- Asselin, M. E. et Fain, J. A. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: A pilot study. *Journal for nurses in professional development*, 29(3), 111-119. doi: 10.1097/NND.0b013e318291c0cc
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2017). *Compétences en soins gérontologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle*. Document inédit.
- Atkins, S. et Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1188-1192.
- Bélangier, L. (2013). *Mise à l'essai et évaluation qualitative d'une intervention inspirée de la pédagogie narrative destinée aux infirmières soignant des personnes âgées en état confusionnel aigu*. (Université de Montréal, Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10114>
- Bélangier, L. et Ducharme, F. (2012). Toward the development of a nursing practice for older persons with acute confusional state (ACS). *International journal of nursing education scholarship*, 9(1). doi: <https://doi.org/10.1515/1548-923X.2454>
- Bélangier, L. et Ducharme, F. (2015). Narrative-based educational nursing intervention for managing hospitalized older adults at risk for delirium: Field testing and qualitative evaluation. *Geriatric Nursing*, 36(1), 40-46. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.10.010>
- Bell, J. M. et Wright, L. M. (2015). *The Illness Beliefs Model: advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions*: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park.
- Bergman, H., Arcand, M., Bureau, C., Chertkow, H., Ducharme, F., Joannette, Y., . . . Voyer, P. (2009). Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées: Une

vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- Boud, D. et Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses: The challenge of context. *Studies in Higher Education*, 23(2), 191-206.
- Boyd, E. M. et Fales, A. W. (1983). Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23(2), 99-117. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022167883232011>
- Bulman, C. et Schutz, S. (2013) *Reflective practice in nursing* (5^e éd.): Wiley-Blackwell.
- Bunn, F., Goodman, C., Pinkney, E. et Drennan, V. M. (2016). Specialist nursing and community support for the carers of people with dementia living at home: an evidence synthesis. *Health & social care in the community*, 24(1), 48-67. doi: 10.1111/hsc.12189
- Caldwell, L. et Grobbel, C. C. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Girard, F. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*(2), 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Chambers, L. W., Bancej, C. et McDowell, I. (2016). Prevalence and monetary costs of dementia in Canada: Alzheimer Society of Canada.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2008). *Knowledge Development in Nursing-E-Book: Theory and Process*. Elsevier Health Sciences.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2013). *Integrated theory & knowledge development in nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Chithiramohan, A., Iliffe, S. et Khattak, I. (2019). Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: General practitioners' perspectives. *Dementia*, 18(2), 514-529.
- Coffey, A. (2005). The clinical learning portfolio: A practice development experience in gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(s2), 75-83. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01279.x
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2006). *Therapeutic Nurse-Client Relationship: Revised 2006*. Toronto: ON.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P., Limiñana-Gras, R. M. et Colodro-Conde, L. (2014). The GHQ-12 for the assessment of psychological distress of family caregivers. *Behavioral Medicine*, 40(2), 65-70. doi:<https://doi.org/10.1080/08964289.2013.847815>
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. et Maria, N. (2007). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Davin, B. et Paraponaris, A. (2014). Malade d'aider? Les répercussions de l'aide apportée par les proches aux malades Alzheimer. *Retraite et Société*(3), 143-158.
- de Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., . . . Verhey, F. R. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International journal of geriatric psychiatry*, 19(1), 85-92. doi: 10.1002/gps.1044
- Devor, M. et Renvall, M. (2008). An educational intervention to support caregivers of elders with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 23(3), 233-241. doi: 10.1177/1533317508315336 Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1533317508315336>
- Diekelmann, J. et Diekelmann, N. (2009). *Schooling learning teaching: Toward narrative pedagogy*. iUniverse.

- Dowling, G. A., Merrilees, J., Mastick, J., Chang, V. Y., Hubbard, E. et Moskowitz, J. T. (2014). Life enhancing activities for family caregivers of people with frontotemporal dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(2), 175-181. doi: 10.1097/WAD.0b013e3182a6b905
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. (Université de Montreal (Canada)).
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014a). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: a mixed method study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1), 34-41.
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014b). Reflective practice among nurses working in a teaching hospital: An action research with promising benefits for professional development. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 9. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n8p9>
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n7p91>
- Dubé, V., Ducharme, F. et Bertrand, M. (2015). Projet ARRIMAGE : Résultats du projet-pilote d'implantation de l'Entente sur le Soutien aux Proches Aidants (ESPA) – version abrégée pour une utilisation en partenariat entre les infirmières pivots ou les travailleuses sociales des groupes de médecine familiale (GMF) et les conseillères aux proches aidants des Appuis régionaux *Rapport de recherche soumis à l'Appui national pour les proches aidants* (p. 31).
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées: enjeux, défis et stratégies*. Beauchemin Chenelière éducation.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Caron, C. D., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. et Nolan, M. (2009). Validation d'un outil pour les proches-aidants. *Recherche en soins infirmiers*(2), p. 63-73. doi: 10.3917/rsi.097.0063
- Ducharme, F., Lévesque, L., Caron, C. D., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. et Nolan, M. (2010). Mise à l'essai d'un outil d'évaluation des besoins de soutien des proches-aidants d'un parent âgé à domicile: Un outil ayant un potentiel d'application en Europe francophone. *Recherche en soins infirmiers*(2), p. 67-80.
- Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M. et Peacock, S. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and quality of Life Outcomes*, 14(1), 81.
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Chenelière Éducation. p. 71 - 101.
- Duhamel, F., Dupuis, F. et Wright, L. (2009). Families' and nurses' responses to the "One Question Question": reflections for clinical practice, education, and research in family nursing. *Journal of family nursing*, 15(4), 461-485.
- Eifert, E. K. et Eddy, J. (2012). The Role Of Needs Assessments In Enhancing Support Service Utilization By Family Caregivers Of Persons With Alzheimer's Disease. *American Journal of Health Studies*, 27(4).
- Éthier, S., Boire-Lavigne, A.-M. et Garon, S. (2013). La dyade aidant-aidé atteint d'Alzheimer: Entre asymétrie et sentiment de réciprocité. *Gérontologie et Société*, 36(1), 121-131.

- Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal. (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Document inédit.
- Frayssinhes, J. (2011). *Les pratiques d'apprentissage des adultes en FOAD: Effet des styles et de l'auto-apprentissage*. (Université Toulouse le Mirail-Toulouse II).
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit.
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D. et Sanchez-Reilly, S. (2010). Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qualitative Health Research*, 20(1), 93-104.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse education in practice*, 15(6), 572-578. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013>
- Loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants, c42, art1, C.F.R. (2009).
- Gouvernement du Québec. (2017a). Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique. Repéré le 29-07 2019 à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>
- Gouvernement du Québec. (2017b). Guide de mise en oeuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS - seconde phase des travaux - 2016 à 2019. Québec: La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Guberman, N., Keefe, J., Fancey, P., Nahmiash, D., Barylak, L., Beeman, J., . . . Vezina, L. (2001). Development of screening and assessment tools for family caregivers (NA 145).
- Ilfie, S., Koch, T., Jain, P., Lefford, F., Wong, G., Warner, A. et Wilcock, J. (2012). Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in primary care for the EVIDEM-ED trial. *Trials*, 13(1), 142.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. *rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille*, (p. 1-101). Québec: INESSS.
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé: Synthèse des connaissances.
- Jensen, M., Agbata, I. N., Canavan, M. et McCarthy, G. (2015). Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(2), 130-143. doi: 10.1002/gps.4208
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of advanced nursing*, 22(2), 226-234. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22020226.x
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Blackwell Pub.
- Johns, C. (2010). *Constructing the reflexive narrative*.
- Jonasson, L.-L., Nyström, M. et Rydström, I. (2017). Reflective team in caring for people living with dementia: A base for care improvement. *Reflective Practice*, 18(4), 435-447.

- Khanassov, V. et Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166-177. doi: 10.1370/afm.1898
- Kim, H. S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 29(5), 1205-1212. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01005.x
- Kishita, N., Hammond, L., Dietrich, C. M. et Mioshi, E. (2018). Which interventions work for dementia family carers?: An updated systematic review of randomized controlled trials of carer interventions. *International psychogeriatrics*, 1-18. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610218000947>
- Knowles, M. S., Holton, E. et Swanson, R. A. (2005). An andragogical process model for learning (*The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (p. 115-138).
- Koch, T. et Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 11(1), 52. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-52>
- l'Appui pour les proches aidants d'ânés (l'Appui). (2016). Portrait statistique des proches aidants de personnes de 65 ans et plus au Québec, 2012 Montréal, Québec.
- Landry, M. et Massie, J. (2018). Portrait de santé de la population: une production de la Direction régionale de santé publique de Montréal. Repéré à https://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Santé_des_Montréalais/Portrait_globale/PortraitsCIUSSS2018/PortraitSanteCIUSSSO.pdf
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guerin. Chapitre 6: principes de la formation.
- Leclerc, C., Bourassa, B. et Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Éducation et Francophonie*, 38(1), 11-32.
- Lee, L., Weston, W. W. et Hillier, L. M. (2013). Developing memory clinics in primary care: An evidence-based interprofessional program of continuing professional development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(1), 24-32.
- Lévesque, L., Ducharme, F. et Caron, C. (2010). L'ESPA... Pour mieux soutenir les aidants. *Perspective Infirmière*, 7(4), 42-46.
- Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. et Nolan, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: a qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 876-887.
- Lloyd, J., Patterson, T. et Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*, 15(6), 1534-1561.
- Markey, K. et Okantey, C. (2019). Nurturing cultural competence in nurse education through a values-based learning approach. *Nurse education in practice*.
- McCabe, M., You, E. et Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70-e88.
- Merriam, S. B. et Bierema, L. L. (2013). *Adult learning: Linking theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Guide d'intégration des professionnels en GMF: travailleur social. Repéré à

http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-920-03W_Fiches_GMF_Tr_Social.pdf

- Miranda-Castillo, C., Woods, B. et Orrell, M. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 13(1), 43.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Clay, O. J. et Haley, W. E. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: Impact of a spouse caregiver intervention. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 780-789.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Haley, W. E. et Zarit, S. H. (2004). Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(1), P27-P34.
- National Institute for Clinical Excellence. (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Repéré à https://scholar.google.ca/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=How+to+change+practice+Understand%2C+identify+and+overcome+barriers+to+change&btnG=
- Novais, T., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P. et Mouchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC geriatrics*, 17(1), 86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0481-9>
- Office québécois de la langue française. (2012). Fiche terminologique. Repéré le 23 décembre 2017 à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26534430
- Payette, A. (2000). Le groupe de codéveloppement et d'action-formation. *Effectif-Le magazine de l'ordre des conseillers en relations industrielles du Québec*, 3(2), 30-35.
- Payette, A. et Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec: Presses de l'université du Québec.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3e^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Peterson, K., Hahn, H., Lee, A. J., Madison, C. A. et Atri, A. (2016). In the information age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers, and preferences. *BMC geriatrics*, 16(1), 164. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0338-7>
- Reid, B. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.
- Schön, D. A. (1983). How professionals think in action (*The Reflective Practitioner*).
- Société Alzheimer du Canada (SAC). (2015). Autres troubles cognitifs. Repéré le 10 mars 2015 à <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Dementias>
- Tardif, J. (1998). L'apprentissage d'abord. Dans J. Tardif & A. Presseau (dir.), *Intégrer les nouvelles technologies de l'information: Quel cadre pédagogique?* (p. 31-49). Issy-les Moulineaux: Ed. sociales françaises.
- Tardif, J. (2006). Chapitre 1: Le concept de compétence. Dans J. Tardif (dir.), *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement* (p. 13-51). Montréal: Chenelière.
- Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A. et You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A

- qualitative study. *International journal of nursing studies*, 77, 8-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
- Tay, K. C. P., Seow, C. C. D., Xiao, C., Lee, H. M. J., Chiu, H. F. et Chan, S. W.-C. (2016). Structured interviews examining the burden, coping, self-efficacy, and quality of life among family caregivers of persons with dementia in Singapore. *Dementia*, 15(2), 204-220.
- The Editors of Encyclopaedia Britannica. (2016). Life-world. Repéré le 1 décembre 2018 à <https://www.britannica.com/topic/life-world>
- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family process*, 26(2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family process*, 27(1), 1-15.
- Vidigal, F. C., Ferrari, R. F. R., Rodrigues, D. M. M. R., Marcon, S. S., Baldissera, V. D. A. et Carreira, L. (2014). Satisfaction in caring for older adults with Alzheimer's: perceptions of the family caregivers. *Cogitare Enferm*, 19(4), 708-715.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD*. (2^e éd.). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Wancata, J., Krautgartner, M., Berner, J., Alexandrowicz, R., Unger, A., Kaiser, G., . . . Weiss, M. (2005). The carers' needs assessment for dementia (CNA-D): Development, validity and reliability. *International psychogeriatrics*, 17(3), 393-406.
- Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. *Nursing administration quarterly*, 3(4), 86-87.
- Wright, L. M. et Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.

Appendice A : Compétence d'accompagnement - composantes et indicateurs

Compétence d'accompagnement – Définition	
Offrir un soin relationnel qui consiste à informer, à conseiller et à intervenir de façon unique pour répondre à des besoins spécifiques dans le but de promouvoir les forces et de développer les compétences du proche aidant (Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), 2017; Office québécois de la langue française, 2012)	
Composantes	Capacités et indicateurs
1. Établir une relation thérapeutique de confiance et empreinte de <i>caring</i> avec le proche aidant	1.1 Initier le contact auprès du proche aidant en le plaçant, tout comme l'aidé, au centre de sa pratique (reconnaître l'existence du proche aidant) 1.2 Effectuer une écoute active des préoccupations exprimées par le proche aidant notamment par l'exploration de ses valeurs et de ses croyances reliées à son rôle d'aidant (reconnaître l'expérience du proche aidant) 1.3 Souligner les compétences, les forces et les ressources du proche aidant (reconnaître l'expertise du proche aidant) 1.4 Reconnaître l'importance d'impliquer le proche aidant dans la planification des soins et des services pour l'aidé et pour lui-même 1.5 Faire preuve d'empathie face à la situation du proche aidant notamment par l'utilisation du reflet
2. Identifier avec le proche aidant ses besoins tout en respectant son rythme	2.1 Percevoir le proche aidant comme un expert de ses besoins uniques 2.2 Reconnaître l'importance d'identifier les besoins du proche aidant 2.3 Respecter les besoins exprimés par le proche aidant 2.4 Amorcer en partenariat avec le proche aidant une réflexion sur les services pouvant répondre à ses besoins exprimés tout en considérant ses valeurs et ses croyances 2.5 Assurer un suivi auprès du proche aidant par rapport aux services offerts et les besoins exprimés par le proche aidant

<p>3. S'approprier des interventions thérapeutiques pour identifier les besoins des proches aidants</p>	<p>3.1 Baser sa pratique auprès des proches aidants en première ligne sur les écrits probants</p> <p>3.2 Déterminer les interventions favorisant une démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants</p> <p>3.3 Ressortir les questions de certains outils validés pouvant être adaptées à la pratique en GMF pour l'identification des besoins des proches aidants</p> <p>3.4 Apprécier, par une pratique réflexive, les retombées de l'utilisation d'une démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants</p> <p>3.5 Identifier les barrières et les facteurs facilitant l'utilisation d'une démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants</p>
---	---

Appendice B : Résumé des résultats de la recension d'écrits pertinents pour le projet de stage

Thèmes	Auteurs	Résultats pertinents
Besoins des proches aidants	Novais et al. (2017)	Cinq besoins principaux soit le besoin d'information, de soutien psychologique, de soutien social (financier et légal), d'éducation et d'autres besoins variés (gestion de la médication...).
	Khanassov et Vedel (2016)	Besoins de la dyade : accès à un diagnostic précoce, à des ateliers d'éducation et de counseling, à de l'information sur les services disponibles, à de l'aide juridique et financière, ainsi qu'à des professionnels compétents avec la clientèle gériatrique qui assure une planification et une continuité des soins Besoins du proche aidant : soutien émotionnel ou social ou dans son rôle ; aide-ménagère; être impliqué dans la planification des soins.
	Tay et al. (2016)	Stratégie de recadrage influencerait positivement la perception qu'a le proche aidant de ses propres capacités à prendre soin de l'être cher.
Interventions auprès des proches aidants	Jensen et al. (2015)	Interventions éducatives auraient un impact modéré, mais significatif, sur le sentiment de fardeau vécu par les proches aidants.
	Kishita et al. (2018)	Interventions psychoéducatives diminueraient le fardeau des proches aidants.
Identification des besoins des proches aidants	Novais et al. (2017)	Professionnels de la santé sont impliqués dans l'identification des besoins des proches aidants.
	Ducharme et al. (2010) Lévesque, Ducharme et Caron (2010)	Entente sur le Soutien aux Proches Aidants (ESPA) est un outil validé au Québec en première ligne.
	Guberman et al. (2001)	Aide – Proche est un outil validé au Québec en première ligne.
Compétence d'accompagnement	Duhamel (2015)	Infirmière doit entamer une démarche réflexive pour identifier ses croyances qui pourraient interférer positivement ou négativement dans l'accompagnement des proches aidants Infirmière doit reconnaître l'existence, l'expérience et l'expertise de la famille en plus de favoriser l'espoir.
	Duhamel et al. (2009)	La question : « Si vous aviez une seule question à laquelle je pouvais répondre aujourd'hui, qu'elle serait cette question ? » (p.462) permet de faire émerger les principales préoccupations des proches.
	Tomm (1987a, 1987b, 1988)	Lors d'un entretien thérapeutique, des questions linaires, stratégiques, circulaires ou réflexives peuvent être utilisées pour identifier les besoins des proches aidants.

Compétence d'accompagnement (suite)	Wright et Leahey (2012)	Infirmière peut faire une entrevue thérapeutique auprès du proche aidant en moins de 15 minutes en suivant la démarche suivante : 1. Effectuer une conversation thérapeutique 2. Faire preuve de respect et de politesse 3. Effectuer un génogramme et une écocarte 4. Poser des questions thérapeutiques 5. Souligner les forces de la famille 6. Déterminer l'utilité de la rencontre et identifier les pistes d'amélioration pour les prochaines rencontres.
Formation continue des infirmières	Lee et al. (2013)	Certains professionnels affirment que leur formation initiale les a peu préparés dans l'accompagnement des proches aidants.
	Iliffe et al. (2012)	Plusieurs intervenants identifient le soutien aux proches aidants comme un besoin d'apprentissage prioritaire.
	Lee et al. (2013)	Transfert de connaissances semble favorisé par une participation active, l'itération du contenu de la formation et la construction sur les connaissances antérieures.
Pratique réflexive	Bulman et Schutz (2013)	Permet de prendre en compte les expériences antérieures.
	Gibbs (1988) Leclerc et al. (2010) Boud et Walker (1998) Johns (2006) Dubé et Ducharme (2015) Coffey (2005) Payette et Champagne (1997)	Modalités diversifiées de pratique réflexive : En groupe ou seul; Modèle structurant, sans modèle structurant; Méthode écrite, à l'oral ou les deux.
	Dubé et Ducharme (2015)	Favoriserait le développement de plusieurs habiletés en sciences infirmières.
	Caldwell et Grobbel (2013)	Contribuerait au sentiment de compétence des infirmières dans leur rôle professionnel.
Interventions de pratique réflexive	Jonasson et al. (2017)	Favoriserait l'ouverture sur les différentes perceptions d'une même situation. Séances permettaient de réfléchir sur les besoins des patients, d'échanger sur les cas complexes, de discuter des cas s'étant moins bien déroulés. Aucune information sur le déroulement de l'intervention, sauf que l'animation était faite par une infirmière dûment formée en animation de pratique réflexive.

	Bélangier (2013)	<p>Contribuerait au développement de savoir empirique, éthique et esthétique. Favoriserait l'implication de la famille. Utilisait un modèle de pratique réflexive structuré (Chinn et Kramer, 2008; Diekelmann et Diekelmann, 2009). Déroulait sur 12 semaines comprenant 4 ateliers de 7 heures. Fiches résumés d'écrits théoriques et empiriques remises Pratique réflexive sous forme écrite et à l'oral; individuelle et en groupe.</p>
	Dubé (2012)	<p>Contribuerait à la communication avec le patient. Approfondirait la réflexion personnelle sur sa propre pratique professionnelle. Démontrerait un impact positif sur l'attitude des infirmières envers les personnes âgées. Déroulait sur 22 semaines comprenant 8 ateliers de 75 minutes. Utilisait un modèle de réflexion structurant (Johns, 2006). Pratique réflexive sous forme écrite et à l'oral; individuelle et en groupe; lectures scientifiques; mises à l'essai d'interventions issues des données probantes.</p>

Appendice C : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTMENT

Titre du projet: Intervention éducative de pratique réflexive:
Accompagnement des proches aidants en GMF

Objectif du projet clinique : Ce stage de deuxième cycle vise à adapter et à mettre à l'essai auprès d'infirmières en GMF une intervention de pratique réflexive (IPR) pour contribuer au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées (MA²).

Membres du projet :

Myriam Bureau, inf. B. Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal
myriam.bureau@umontreal.ca ou myriam.bureau.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Directrice

Louise Francoeur, M. Sc.

Professeure agrégée de formation pratique

Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

louise.francoeur@umontreal.ca

Codirectrice

Véronique Dubé, Ph. D.

Professeure adjointe,

Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

Titulaire de la chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

veronique.dube.1@umontreal.ca

Responsable de stage

Lynn Fournier, M. Sc.

Conseillère en soins infirmiers

lynn.fournier.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Description de votre implication : L'IPR se déroulera sur 5 séances d'une durée approximative de 60 à 75 minutes. L'IPR s'échelonnera sur 9 semaines de janvier à mars. L'horaire des séances sera adapté à vos disponibilités et fixé dès la première rencontre. La première séance permettra de vous informer sur les modalités d'apprentissage, de vous présenter le modèle de réflexion

structuré de Johns (2006) et de répondre à vos questions. Lors des quatre prochaines séances, deux thèmes seront abordés (2 rencontres par thèmes) soient les besoins des proches aidants et l'identification des besoins des proches aidants. Pour chaque thème, un journal de réflexion individuelle sera rempli, une lecture scientifique sera faite et une intervention infirmière mise à l'essai. Lors des séances, une réflexion de groupe inspirée du modèle de réflexion structurée de Johns (2006) sera faite. Une fois le consentement signé, votre participation à toutes les activités sera primordiale pour le bon déroulement de l'IPR.

Risques et bénéfices : La pratique réflexive demande de porter un regard critique sur sa pratique infirmière et peut parfois faire ressortir des inconforts. À tout moment, vous pouvez exprimer votre inconfort et demandez d'arrêter la discussion. Au besoin, n'hésitez pas à contacter le programme d'aide aux employés au 1 800 361-2433 ou en visitant leur site internet au www.travailsantevie.com.

Plusieurs bénéfices peuvent découler de votre participation à l'IPR. Tout d'abord, l'IPR vise à contribuer au développement de votre compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA². Vous aurez l'occasion de discuter de votre pratique auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² dans un environnement respectueux et confidentiel. L'IPR est une occasion pour vous familiariser avec un modèle de pratique réflexive structurant que vous pourrez réutiliser.

Confidentialité : Lors de l'IPR, des données seront recueillies sous forme de note manuscrite prise par l'infirmière stagiaire lors des séances de groupes, par la collecte des journaux de réflexion individuelle (2) ainsi que par la complétion d'un formulaire de satisfaction de l'IPR. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Il est entendu que les renseignements recueillis au cours de ce projet de stage seront anonymisés et demeureront strictement confidentiels. Aucune donnée recueillie ou information personnelle vous concernant ne sera divulguée à votre employeur. Or, advenant que la vie ou la sécurité d'une personne soit compromise de façon imminente, un bris de confidentialité pourrait s'avérer nécessaire. Les données seront conservées de façon sécuritaire

par l'infirmière stagiaire et elle seule y aura accès. De plus, les données recueillies pourront faire l'objet de publications, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Compensation : Aucune compensation monétaire ne sera allouée pour votre participation à ce projet. Par contre, vous aurez droit à des heures de formation accréditée.

Personnes-ressources : Pour toutes questions, commentaires ou préoccupations concernant votre participation à ce projet clinique, vous pouvez contacter l'infirmière stagiaire ou la responsable de stage (voir coordonnées ci-dessus).

Consentement :

Par la présente, je reconnais :

- avoir lu/entendu le présent formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision et qu'on m'a offert une copie du présent formulaire.

- avoir compris que ma participation à ce projet clinique est volontaire et que je peux me retirer du projet à tout moment sans aucune conséquence.

- accepter que les informations obtenues dans le cadre de ce projet clinique soient rendues publiques, conformément aux exigences du programme de maîtrise de l'Université de Montréal. La publication d'un article dans une revue scientifique ou professionnelle infirmière est également prévue à la suite de la réalisation du stage. Toutefois, aucune donnée de ces publications ne permettra de vous identifier.

- consentir à participer à ce projet clinique, tel que décrit dans le présent formulaire de consentement et d'information.

-signer et respecter l'entente de confidentialité.

(Nom de la participante)

(signature de la participante)

(date)

Appendice D : Entente de confidentialité⁵

⁵ Adaptée de l'entente de confidentialité de Dubé (2012)

Entente de confidentialité

Vous avez accepté de participer à un projet d'études de deuxième cycle intitulé « Intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières en groupe de médecine de famille visant à développer leur compétence d'accompagnement des proches aidants ». Comme il vous a été mentionné, vous serez invitée à participer à des séances de pratique réflexive et à partager certaines expériences cliniques à l'égard des soins et services offerts à des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Comme ce projet s'inscrit dans une visée d'amélioration des pratiques cliniques, que les apprentissages sont basés sur le partage de vos expériences professionnelles et celles de vos collègues, nous vous demandons, afin d'établir un climat de respect, de confiance et d'authenticité lors de ces séances, de ne pas divulguer à l'extérieur du groupe, le contenu de ces échanges.

Je m'engage par le fait même, à respecter cette entente de confidentialité à votre égard également.

Merci de votre collaboration et de votre compréhension,
Myriam Bureau, étudiante à la maîtrise

Montréal, le _____

Je, _____, m'engage à

(Nom en lettres carrées)

respecter cette entente de confidentialité.

(Signature)

Appendice E : Principales adaptations de l'IPR de Dubé (2012)

Adaptation	Dubé (2012)	IPR du stage	Justification
Nombre de groupes	3	1	Faisabilité
Nombre de séances	8	5	Faisabilité
Modèle utilisé	Modèle du <i>Human Caring</i> de Watson (1979)	Modèle humaniste en sciences infirmières de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2016)	- MHSI-UdeM encadre le stage (n'est pas présenté lors de l'IPR) - MHSI-UdeM concrétise l'intégration de la formation infirmière (concept de compétence, pratique réflexive, compétence relationnelle)
Milieu	Centre hospitalier	GMF	Milieu ciblé par la problématique de stage et le Plan Alzheimer
Thèmes	3 thèmes <ul style="list-style-type: none"> - Médication - Mobilisation - Planification du congé 	2 thèmes <ul style="list-style-type: none"> - Besoins des proches aidants - Démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants 	Thèmes liés aux besoins d'apprentissage identifiés dans la problématique

Appendice F : Journal de réflexion individuelle (participants)

Journal de réflexion individuelle⁶

Date : ____/____/____

Nom : _____

Situation de soin se rapportant :

- Besoins des proches aidants
- Démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants

Décrire brièvement une situation clinique d'accompagnement vécue auprès d'un proche aidant de personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MA²) dans votre pratique en GMF :

Dimension esthétique

Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière :

- 1) Saisit et interprète la situation de soin
- 2) Émet un jugement clinique sur ce qui doit être fait
- 3) Répond par une action appropriée, réfléchit et juge de l'efficacité de l'action en lien avec les résultats

Vous pouvez vous inspirer des questions relatives aux dimensions du savoir infirmier d'après le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) (voir page suivante) :

Dimension empirique
Est-ce que j'ai agi en accord avec les meilleures pratiques ?

Dimension personnelle
Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) ont influencé ma perception et ma réponse à la situation ?

Dimension éthique
Est-ce que j'ai agi pour le mieux ?

⁶ Journal adapté de l'intervention de pratique réflexive de Dubé (2012)

Dans une situation similaire, comment aurais-je pu répondre plus efficacement (en vue d'atteindre une pratique optimale)? Comment puis-je faire face à ces facteurs (personnels, organisationnels, professionnels, culturels) pour répondre plus adéquatement ?

Pistes de réflexion

1. Décrire une expérience qui semble significative
2. Quels aspects de votre expérience semblent significatifs pour que vous y portiez attention ?
3. Quelles étaient les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi ?
4. Comment vous êtes-vous sentie et pourquoi vous êtes-vous sentie ainsi ?
5. Qu'est-ce que vous essayiez d'atteindre et est-ce que vous l'avez atteint ?
6. Quelles étaient les conséquences de vos actions sur le proche aidant, l'utilisateur et vous-même ?
7. Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) influencent :
 - la façon dont vous vous êtes sentie? (comment vous êtes-vous senti ? Pourquoi ?)
 - la manière dont vous avez pensé? (qu'avez-vous pensé ? Pourquoi ?)
 - la façon dont vous avez répondu à la situation? (comment avez-vous répondu à la situation ? Pourquoi ?)
8. Quelles connaissances vous ont aidée ou auraient pu vous aider ?
9. Jusqu'à quel point avez-vous agi de la meilleure façon et en accord avec vos valeurs et vos croyances ?
10. Comment cette situation peut-elle être reliée à d'autres expériences ?
11. Si la situation se reproduisait, comment pourriez-vous agir différemment ?
12. Quelles seraient les conséquences d'agir de façon différente pour le proche aidant, pour le patient, pour vous-même ?
13. Quels facteurs m'empêchent d'agir différemment ?
14. Maintenant, comment est-ce que vous vous sentez par rapport à cette expérience ?
15. Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour faire face à des expériences comparables ?
16. Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour aider les autres à faire face à des expériences comparables ?
17. Est-ce que vous vous êtes rapprochée de votre idéal de pratique ?
18. Qu'est-ce que vous avez appris à travers cette réflexion ?

Appendice G : Fiches résumés

Fiche résumé sur les besoins des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

- ✓ Les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont plusieurs besoins (Khanassov et Vedel, 2016; Novais et al., 2017):
 - Besoin d'information
 - Besoin de soutien psychologique ou émotionnel
 - Besoin de soutien social (financier et légal)
 - Besoin d'éducation (habiletés de communication)
 - Besoin de soutien dans leur rôle d'aidant
 - Besoin d'aide-ménagère
 - Besoin d'être impliqué dans la planification des soins de l'aidé
 - Besoins variés (gestion de la médication)
- ✓ La dyade (proche aidant et aidé) a aussi des besoins spécifiques (Khanassov et Vedel, 2016):
 - Accès à un diagnostic précoce
 - Accès à des ateliers d'éducation et de counseling
 - Accès à de l'information sur les services disponibles
 - Accès à de l'aide juridique et financière
 - Accès à des professionnels de la santé compétents auprès de la clientèle gériatrique (planification des soins, continuité des soins)
- ✓ Les époux aidants (proche aidant qui s'occupe de son conjoint) perçoivent que leurs propres besoins ne sont pas aussi importants que ceux de l'aidé. Cette tendance est moins observée chez les enfants aidants (proche aidant qui s'occupe de ses parents) qui semblent plus à l'aise à identifier leurs propres besoins (Tatangelo et al., 2018).
- ✓ Les enfants aidants vivent des conflits de rôle dû à leurs multiples responsabilités ce qui peut avoir un impact sur leur niveau d'énergie et leur vie sociale, familiale et professionnelle (génération sandwich) (Tatangelo et al., 2018).
- ✓ Selon une étude, les proches aidants considèrent que leur relation avec l'équipe en première ligne est importante, car c'est elle qui les dirige vers des sources d'information fiables, qui leur offre du soutien et qui leur donne de bonnes recommandations (Peterson et al., 2016)
- ✓ Plusieurs barrières font en sorte que le proche aidant peut refuser l'aide qui lui est offerte (McCabe et al., 2016):
 - Ne veut pas déranger
 - Se sent coupable ou ambivalent par rapport au fait de demander de l'aide
 - Désire maintenir son indépendance
 - A une façon de penser autodestructrice (self-sacrificing mind-set)
 - A de la difficulté à déléguer des responsabilités à autrui
 - A des croyances négatives par rapport aux services offerts

Choisir parmi les lectures suivantes :

1. Khanassov, V. et Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166-177. doi: 10.1370/afm.1898
2. McCabe, M., You, E. et Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70-e88.
3. Novais, T., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P. et Mouchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Geriatrics*, 17(1), 86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0481-9>
4. Peterson, K., Hahn, H., Lee, A. J., Madison, C. A. et Atri, A. (2016). In the information age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers, and preferences. *BMC Geriatrics*, 16(1), 164. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0338-7>
5. Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A. et You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>

Fiche résumé sur la démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants

La question suivante peut être utilisée pour entamer une discussion sur l'identification des besoins des proches aidants : « **Si vous aviez une seule question à laquelle je pourrais répondre aujourd'hui qu'elle serait cette question ?** » (p.462) Cette question permet de faire émerger la principale préoccupation du proche aidant (Duhamel et al., 2009).

Démarche pour effectuer une entrevue thérapeutique auprès du proche aidant en moins de 15 minutes (Wright, et Leahey, 2012):

1. Effectuer une conversation thérapeutique
 - Aborder le proche aidant avec un **objectif précis** (faire verbaliser le proche aidant sur sa situation; identifier un besoin prioritaire; mieux connaître son réseau de soutien)
2. Faire preuve de respect et de politesse
 - **Se présenter**, expliquer le but de la rencontre, **préciser le temps** disponible
3. Effectuer un génogramme et une écocarte
 - Permet de mieux comprendre la structure interne et externe de la famille (membres de la famille impliqués, la qualité de la relation entre les membres de la famille)
4. Poser des **questions thérapeutiques**
 - Tomm (1987a, 1987b, 1988) décrit 4 principaux types de questions:
 - a. Question linéaire : utile pour la description d'évènements
 - b. Question circulaire: utile pour l'exploration des relations du proche aidant avec son entourage, son environnement et ses émotions (**questions systémiques**)
 - c. Question stratégique : utile pour influencer la perception des proches aidants en émettant des hypothèses ou des recommandations sous forme de questions (peut être trop directif pour le proche aidant)
 - d. Question réflexive : utile pour faire progresser le proche aidant dans sa situation de santé tout en favorisant l'identification de différentes solutions
5. **Souligner les forces** de la famille
 - Mentionner les forces, les compétences ou les ressources observées lors de l'entretien ou avant (donner des exemples concrets)
6. Déterminer l'utilité de la rencontre et identifier les pistes d'amélioration pour les prochaines rencontres.

Quelques exemples d'interventions infirmières pour (Duhamel, 2015):

- **Reconnaître l'existence** du proche aidant
 - ✓ Accueillir chaleureusement le proche aidant
 - ✓ Établir une relation de confiance (se présenter et mentionner le temps alloué pour la rencontre)
 - ✓ Compléter le génogramme et l'écocarte
- **Reconnaître l'expérience** du proche aidant
 - ✓ Faire preuve d'**écoute active** et d'**empathie** vis-à-vis l'expérience du proche aidant

Pour un proche aidant qui semble démontrer des difficultés à accepter la situation, l'infirmière peut reconnaître son expérience en mentionnant qu'il est parfois impossible d'accepter un tel changement, mais que l'important est de trouver des solutions pour s'adapter à cette nouvelle situation.

- ✓ Informer et renseigner le proche aidant (diagnostic, traitements, ressources disponibles)
- ✓ Poser des questions systémiques
- ✓ Recadrer la perception du proche aidant pour l'aider à donner une signification plus positive de sa situation
- ✓ Offrir au proche aidant des suggestions, des recommandations ou des routines à mettre à l'essai
- ✓ Présenter des **opinions partagées** auprès des proches aidants
Dans le cas où les membres de la famille ont des opinions différentes par rapport à une situation, l'infirmière peut valider la position des différents membres en ajoutant des arguments pour clarifier la position de chacun. Elle pourrait aussi suggérer une troisième opinion. Cela permet aux membres de famille de voir la situation selon des points de vue différents.
- ✓ Amener le proche aidant à se distancer du problème qu'il vit en le personnifiant ou en l'objectivant. En percevant son problème (ex : anxiété) comme étant externe à lui (ne fait pas partie de lui), le proche aidant pourra identifier des solutions pour diminuer l'impact du problème sur sa vie
- ✓ **Favoriser la réflexion** chez l'aidant en utilisant des métaphores
- ✓ Utiliser une lettre thérapeutique
La lettre thérapeutique peut être utilisée par l'infirmière pour résumer la rencontre et ressortir les forces du proche aidant
La lettre thérapeutique peut aussi être utilisée par le proche aidant pour clarifier ses idées et ses émotions vis-à-vis une situation conflictuelle ou problématique
- **Reconnaître l'expertise** du proche aidant
 - ✓ Souligner les compétences, les forces et les ressources du proche aidant
 - ✓ Mobiliser les compétences et les ressources du proche aidant
- **Favoriser l'espoir**
 - ✓ Utiliser les interventions infirmières mentionnées ci-haut
 - ✓ Référer le proche aidant vers d'autres ressources communautaires, privées ou publiques pertinentes

Choisir parmi les lectures suivantes :

1. Duhamel, F. (2015). Chapitre 5 : Les interventions systémiques en soins infirmiers auprès de la famille. Dans F. Duhamel (dir.), *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Chenelière Éducation. p. 71 – 101

Ce chapitre décrit les différentes interventions infirmières pouvant être mises en place auprès des proches aidants pour reconnaître leur existence, leur expérience et leur expertise en plus de favoriser l'espoir.

2. Wright, L. M. et Leahey, M. (2012). Chapitre 9: How to Do a 15-Minute (or Shorter) Family Interview. Dans *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis. p. 263-277

Ce chapitre décrit les étapes permettant de faire une entrevue en moins de 15 minutes auprès des proches aidants afin de bien cibler leur(s) besoin(s) prioritaire(s) ainsi que des pistes d'interventions tout en les engageant dans la démarche.

3. Duhamel, F., Dupuis, F. et Wright, L. (2009). Families' and nurses' responses to the "One Question Question": reflections for clinical practice, education, and research in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 15(4), 461-485.

Cette étude empirique met en pratique une intervention systémique courte afin de faire ressortir les principaux besoins de membres de famille d'une personne atteinte d'une maladie chronique et d'infirmières suivant une formation sur l'intégration des familles dans les soins.

Autres références

- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26(2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.

Appendice H : Journal réflexif d'apprentissage (infirmière stagiaire) ⁷

⁷ Inspiré du journal de bord de Dubé, 2012

Journal réflexif d'apprentissage

Date :

Séance :

A : Réflexions personnelles et impressions sur le déroulement de la séance (craintes, bons coups, échanges...)

B : Réactions des participantes quant au contenu et au déroulement de la séance

Réactions positives :

Réactions négatives :

Expression de la compréhension des thèmes abordés lors de l'atelier

Expression de désaccord

C : Décrivez les thèmes abordés lors de la séance

Quels sont les écarts entre les thèmes planifiés et les thèmes abordés ?

Quelles sont les raisons justifiant ces écarts ?

Quelles actions ou décisions ont été prises par rapport à la situation ?

D : Activités préalables réalisées

Activités préalables à la séance	Est-ce que les infirmières ont réalisé les activités ?	Si non, pour quelles raisons ?	Réactions générales des infirmières quant aux activités préalables

E : Effets concrets de la pratique réflexive (commentaires mentionnés par les infirmières lors de la séance)

- Quelles habiletés les infirmières perçoivent-elles avoir développées?
- En quoi les infirmières perçoivent-elles la pratique réflexive comme un moyen d'améliorer leur pratique?
- Quelles connaissances ou attitudes croient-elles avoir améliorées?
- Quelles interventions infirmières mentionnent-elles avoir nouvellement expérimentées?

Autres commentaires

Appendice I : Déroulement de l'IPR - thèmes prévus, thèmes abordés et verbatim

Étape	Thèmes prévus	Thèmes abordés	Verbatim
Préparation séance 1	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger le matériel (par ex. : formulaires, <i>Powerpoint</i>, fiches résumés, journaux, etc.) - Traduire journal de réflexion individuelle - Établir le déroulement de la séance - Discuter avec superviseure de stage 		
Séance 1 (60 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation du déroulement de l'IPR séance par séance; 2. Réponse à la question préintervention; 3. Présentation de la compétence d'accompagnement; 4. Présentation du concept de pratique réflexive en sciences infirmières et du modèle de réflexion structurée de Johns (2006); 5. Présentation du journal réflexif individuel; 6. Signature des formulaires 	<p>Question préintervention</p> <p>Les mots-clés mentionnés : <i>Support(ing)</i> (3 fois), Écoute active (2 fois)</p> <p>Définition : Être une personne ressource; Évaluer les besoins; Écoute; Enseignement; Bien communiquer; Soutien; Assurer un suivi des besoins</p>	
Activités entre les séances	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif d'apprentissage <p>Participant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif individuel 		
Préparation séance 2	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monter la présentation <i>PowerPoint</i> sur la proche aidance (séance 2) - Choisir les articles et écrire un résumé - Rédiger déroulement de la prochaine séance - Discuter avec superviseure de stage 	<p>Lectures : Tatangelo, McCabe, Macleod et You (2018); McCabe, You, Tatangelo (2016); Novais et al. (2017); Khanassov et Vedel (2016); Peterson et al. (2016)</p>	
Séance 2 (75 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction au concept de proche aidance 2. Présentation de la situation du journal réflexif individuel par chaque participante 3. Réflexion de groupe après chaque situation en utilisant les questions inspirées du modèle de Johns (2006) ou des expériences vécues 	<p>Participant 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de l'infirmière de bien comprendre la situation d'un aidant qui verbalise peu; ▪ Influence de la différence culturelle sur la façon dont l'aidant exprime ses besoins et accepte les services; 	

	<p>4. Distribution de la fiche résumé sur les besoins des aidants</p> <p>5. Rappel sur les activités préparatoires pour la troisième séance</p> <p>6. Distribution de la lecture à faire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté d'assurer la continuité des soins : suggère des rendez-vous pris à l'avance et séparés pour l'aidant; <p>Participant 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de temps comme une barrière pour faire de l'écoute active auprès de l'aidant et lui offrir les services nécessaires; ▪ Exploration des raisons de refus de services par les aidants; <p>Participant 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement des aidants qui vivent difficilement l'acceptation des changements de l'aidé; ▪ Impact des contraintes organisationnelles sur l'accompagnement des aidants; <p>Participant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notion de déni chez l'aidant; ▪ Sentiment de culpabilité chez les aidants par rapport à l'hébergement ▪ Gestion financière et aptitude; <p>Participant 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différence culturelle et impact sur l'acceptation des services 	
Activités entre les séances	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif d'apprentissage <p>Participant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer la lecture distribuée - Mettre en pratique une intervention infirmière 		
Préparation séance 3	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger déroulement de la prochaine séance - Discuter avec superviseure de stage 	Discussion : gestion du temps	

<p>Séance 3 (75 min)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retour sur les lectures 2. Présentation de l'intervention mise à l'essai 3. Synthèse des discussions des séances 2 et 3 4. Rappel sur le journal réflexif à remplir pour la prochaine séance 	<p>Participant 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complexité des démarches pour obtenir des services pour les aidants; ▪ Difficulté d'obtenir des services de transport; ▪ Absence d'un dossier commun au CLSC pour la dyade; ▪ Difficultés de communication avec le CLSC (rigidité, manque de services); <p>Participant 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseignement sur la gestion financière et l'hébergement; ▪ Besoin d'un guide avec les ressources disponibles pour les aidants; ▪ Besoin d'un outil pour assurer la continuité des soins; ▪ Organisation du travail dans le GMF qui favorise la continuité des soins; <p>Participant 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Divergence entre les points de vue de l'intervenant, de l'aidant et de l'aidé d'une même situation; ▪ Isolement des aînés et risque pour leur sécurité à domicile; <p>Participant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notion de déni chez l'aidant et difficulté à faire face aux pertes de l'aidé; ▪ Importance d'avoir accès à un diagnostic; ▪ Discussion sur le rôle de l'infirmière en GMF; <p>Participant 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de communication avec le CLSC ; 	<p>Participant 3 :</p> <p>« [On] veut fixer ou prévenir [mais] à la fin c'est leur choix» [traduction libre]</p>
------------------------------	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté d’effectuer une continuité des soins en GMF; ▪ Importance d’avoir un diagnostic pour aider les aidants à trouver de l’information; ▪ Sensibilisation entre les besoins perçus par les infirmières et ceux exprimés par les aidants; 	
Activité entre les séances	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif d’apprentissage <p>Participant(e)s :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif individuel 		
Préparation séance 4	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir les articles et écrire un résumé - Rédiger déroulement de la prochaine séance - Discuter avec superviseure de stage 	<p>Lectures : Duhamel, F. (2015); Wright, L. M. et Leahey, M. (2012); Duhamel, F., Dupuis, F. et Wright, L. (2009)</p> <p>Discussion : ressources communautaires et évaluation infirmière</p>	
Séance 4 (75 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation de services utiles pour les aidants 2. Présentation des deux outils validés au Québec pour l’identification des besoins des proches aidants 3. Rappel du but de l’IPR 4. Distribution de la fiche résumé sur la démarche d’accompagnement dans l’identification des besoins des proches aidants 5. Présentation du journal réflexif d’apprentissage 6. Réflexion de groupe après chaque situation en utilisant les questions inspirées du modèle de Johns (2006) ou des expériences vécues 7. Comparaison avec les résultats probants (fiche résumé) 	<p>Participant(e) 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien entre le refus de services des aidants et des inquiétudes; ▪ Difficulté pour certains aidants à verbaliser leurs besoins; ▪ Difficulté d’intervenir en GMF lorsque l’aidant est épuisé, qu’il a des problèmes de santé mentale, qu’il refuse les services ou qu’il est isolé socialement; <p>Participant(e) 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évolution de la relation avec un aidant favorise une meilleure compréhension de leur décision; ▪ Écoute active pour mieux comprendre les inquiétudes de l’aidant; <p>Participant(e) 3</p>	<p>Participant(e) 3 :</p> <p>« Nous avons la mentalité de vouloir fixer les choses. Nous devons les rejoindre où ils sont, comprendre leurs besoins. » [traduction libre]</p> <p>Participant(e) 4 :</p> <p>« Je sens que je ne peux rien faire de plus comme infirmière. Je me sens inadéquate, inconfortable;</p>

	<p>8. Rappel sur les activités préparatoires pour la troisième séance</p> <p>9. Distribution de la lecture à faire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des refus; ▪ Priorité de la dyade différente de celle perçue par l’infirmière; ▪ Adaptation au rythme des aidants (éviter de les convaincre); <p>Participant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflits de rôles vécus par l’aidant; ▪ Réflexion sur sa pratique professionnelle; ▪ Impact émotionnel d’accompagner certains aidants; <p>Participant 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés d’avoir accès aux services du CLSC; ▪ Disparité entre les services offerts d’un CLSC à l’autre; ▪ <i>Advocacy</i> des besoins des aidants auprès du CLSC; ▪ Respect des décisions des aidants; 	<p>c’est difficile de laisser aller. » [traduction libre]</p>
<p>Activités entre les séances</p>	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le journal réflexif d’apprentissage <p>Participant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer la lecture distribuée - Mettre en pratique une intervention infirmière 		
<p>Préparation séance 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discuter avec superviseuse de stage - Amener formulaire d’appréciation de l’IPR 		
<p>Séance 5 (75 min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion sur la lecture de chaque participante - Présentation de la mise à l’essai d’une intervention - Synthèse des séances 4 et 5 - Complétion du formulaire d’appréciation de l’IPR 	<p>Participant 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Question circulaire pour favoriser une meilleure compréhension mutuelle de la situation de la dyade; <p>Participant 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Question pour faire émerger le besoin prioritaire de l’aidant; 	<p>Participant 1 :</p> <p>Demande à l’aidé :</p> <p>« Pourquoi vous ne vous impliquez pas dans les conversations » [traduction libre]</p>

		<p>Participant 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseignement sur les comportements liés à la MA²; <p>Participant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussion sur les changements dans la relation de l'aidé et de l'aidant; <p>Participant 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbalisation de l'aidant et écoute active. 	<p>Demande à l'aidant : « Pourquoi pensez-vous que votre mère ne s'implique pas dans les conversations. » [traduction libre]</p> <p>Demande à l'aidant : « Comment vous sentez-vous de prendre soin de votre proche ? » [traduction libre]</p> <p>Participant 2 : « S'il y avait une seule chose que vous pouviez changer qu'est-ce que ce serait ? » [traduction libre]</p> <p>Participant 5 : « Qu'est-ce qui rendrait votre vie plus facile ? » [traduction libre]</p>
<p>Activités entre les séances</p>	<p>Infirmière stagiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter son journal réflexif d'apprentissage 		

Appendice J : Questionnaire d'appréciation de l'IPR et des apprentissages (participantes)

Faculté des sciences infirmières
Formation continue – Secteur accréditation

APPRÉCIATION DE LA FORMATION ¹

Intervention de pratique réflexive (IPR) auprès d’infirmières en groupe de médecine de famille (GMF) pour développer leur compétence d’accompagnement des proches aidants

Date (s) : Entre le 7 janvier et le 31 mars 2018

Dans vos propres mots, décrivez comment l’IPR a contribué au développement de votre compétence d’accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².

Indiquez des changements concrets que vous apporterez à votre pratique clinique dans l’établissement d’une relation thérapeutique auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² maintenant que vous avez terminé l’IPR.

Indiquez une ou des barrières que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne pour identifier les besoins des proches aidants et inscrivez une ou des solutions que vous pourrez mettre à l’essai.

¹ Adaptation de : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CHUM et McGill (2006). *Guide de gestion de la formation des organisations de santé de services sociaux*. Montréal

Quelles questions du modèle de Johns (2006) ont été les plus utiles pour votre réflexion individuelle ?

Sur une échelle de 1 à 4, indiquez jusqu'à quel point les énoncés suivants sont vrais pour vous. (1 : Très incorrect, 2 : Incorrect 3 : Correct, 4 Très correct)

L'approche pédagogique					
Les contenus de l'activité éducative sont pertinents.	1	2	3	4	N/A
Les présentations des contenus ont favorisé mes apprentissages (PowerPoint, multimédia, audio, vidéo, etc.).	1	2	3	4	N/A
Les activités pédagogiques (exercices, discussion, études de cas, etc.) ont facilité mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
Il y a interaction entre les participantes pour au moins 25 % de la durée de l'activité.	1	2	3	4	N/A
Les échanges entre les participantes ont été utiles.	1	2	3	4	N/A
Le rythme de l'activité a été adéquat.	1	2	3	4	N/A
Le matériel pédagogique utilisé a été utile.	1	2	3	4	N/A
Le formateur (conférencier, animateur, professeur)					
Maîtrise le sujet enseigné.	1	2	3	4	N/A
A suscité mon intérêt.	1	2	3	4	N/A
A donné des explications compréhensibles.	1	2	3	4	N/A
A fourni des exemples éclairants.	1	2	3	4	N/A
A été à l'écoute des participantes.	1	2	3	4	N/A
L'environnement					

Les locaux et les équipements utilisés sont adéquats.	1	2	3	4	N/A
La composition du groupe est adéquate.	1	2	3	4	N/A
Le climat au sein du groupe a favorisé mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
L'horaire prévu a été respecté.	1	2	3	4	N/A
L'évaluation globale					
La formation que je viens de suivre sera très utile à mon travail.	1	2	3	4	N/A
L'activité respectait-elle le <i>Guide éthique de la formation continue de la Faculté des sciences infirmières</i> ? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Avez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Qu'est-ce qui a été le plus utile pour moi dans cette formation?					
Comment cette activité éducative pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour moi?					
Autres commentaires					

Le conférencier, l'animateur ou le professeur⁹

À partir des objectifs d'apprentissage ou des compétences visées, la personne-ressource nommée conférencier, professeur ou animateur d'un atelier, élabore le contenu de l'activité de formation continue, identifie les méthodes pédagogiques et les activités d'apprentissage, crée le matériel didactique, anime l'activité, évalue les apprentissages et compile les évaluations des compétences et/ou de la satisfaction des participantes à l'activité éducative.

Règles et responsabilités éthiques :

- La personne-ressource agit avec loyauté et honnêteté.
 - Elle avise le comité organisateur de l'activité éducative et les participantes, de toute alliance, affiliation ou de tout soutien financier ayant un lien avec le contenu de l'activité et ce, pour une période antérieure de 2 ans. À cet effet, elle remplit le Formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels (voir à la dernière page de ce document).
 - Elle évite de transmettre - aux personnes en formation - des informations visant à les faire adhérer à des organisations, des associations ou autres.
 - Elle tient à jour ses compétences et ses méthodes d'enseignement.
 - Elle présente un contenu valide qui s'appuie sur les plus récentes données probantes.
 - Elle ne doit pas utiliser le contenu de formation appartenant à un autre auteur à moins d'une autorisation écrite de sa part.
 - Si des produits ou services sont mentionnés, elle démontre un contenu équilibré entre différents produits pharmaceutiques, médicaux ou autres disponibles sur le marché.
 - Les médicaments sont exposés selon leur version générique et non avec leur nom commercial.
- La personne-ressource conçoit des outils didactiques exempts d'éléments promotionnels reliés au contenu de l'activité éducative.
 - Elle tient compte de l'élément suivant : le logo d'une l'entreprise subventionnaire ainsi que son nom (en lettres) sont prohibés dans tous les documents connexes (fiche d'inscription, présentation *PowerPoint*, cahier d'apprentissage, etc.) à l'activité éducative.
 - Elle consent à des honoraires reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.
 - Elle accepte d'être remboursée pour les frais de déplacement, de repas et d'hébergement, et ce, selon des montants reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.
 - En plus de sa rémunération, elle n'accepte aucun avantage personnel, tels un gain financier, un cadeau, un privilège ou une reconnaissance professionnelle.

⁹ Source : Université de Montréal (2013). Guide *éthique de la formation continue non diplômante de la Faculté des sciences infirmières*, FSI, Université de Montréal.

- La personne-ressource s'abstient d'utiliser des méthodes sournoises de concurrence ou de sollicitation.
 - Elle vérifie si le contenu de la publicité destinée à l'activité qu'elle va animer est exact.
 - Elle évite toute activité de promotion d'un service ou d'un produit dissimulée sous l'apparence d'une activité de formation continue.

La participante

La participante est une infirmière inscrite au Tableau de l'OIIQ. Elle respecte la nouvelle norme professionnelle intitulée *la formation continue pour la profession infirmière au Québec*.

Règles et responsabilités éthiques :

- La participante est à l'affût de tout conflit d'intérêts réel ou potentiel relié à l'activité éducative.
- Elle inscrit sur le formulaire d'évaluation tout conflit d'intérêts possible.
- Elle acquitte les frais reliés aux activités sociales ou autres proposées dans l'activité éducative.
- Afin de participer à une activité éducative, elle évite de demander une aide financière — pour elle-même — à une entreprise commerciale.
 - Une subvention pour participer à une activité éducative peut être acceptée à condition que cette contribution pécuniaire soit obtenue par la Direction des soins infirmiers (DSI) ou le Comité des infirmières et infirmiers (CII) et qu'elle soit associée à un processus de sélection rigoureux des participantes.

La participante peut, toutefois, recevoir une compensation financière (frais de déplacement ou repas) dans le cadre d'une formation associée à un projet de recherche.

Appendice K : Mots-clés mentionnés par les participantes en réponse à la question pré-intervention

Participant	Keywords
1	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute • Soutien • Être une personne ressource • Suivi • Évaluation des besoins
2	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins • Ressources • Soutien • Enseignement
3	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute active • Communication
4	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins • Enseignement • Soutien
5	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute • Soutien • Être une ressource • Éducation

Appendice L : Liste des questions guidant la pratique réflexive¹⁰

¹⁰ Questions adaptées de Dubé (2012) et de Johns (2006)

Liste des questions guidant la pratique réflexive

1. Quels aspects de votre expérience semblent significatifs pour que vous y portiez une attention particulière?
2. Quelles étaient les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi ?
3. Comment vous êtes-vous sentie et pourquoi vous êtes-vous sentie ainsi ?
4. Qu'est-ce que vous essayiez d'atteindre et est-ce que vous l'avez atteint ?
5. Quelles étaient les conséquences de vos actions sur le proche aidant, le patient et vous-même ?
6. Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) influencent :
 - la façon dont vous vous êtes sentie? (comment vous êtes-vous senti ? Pourquoi ?)
 - la manière dont vous avez pensé? (qu'avez-vous pensé ? Pourquoi ?)
 - la façon dont vous avez répondu à la situation? (comment avez-vous répondu à la situation ? Pourquoi ?)
7. Quelles connaissances vous ont aidée ou auraient pu vous aider ?
8. Jusqu'à quel point avez-vous agi de la meilleure façon et en accord avec vos valeurs ?
9. Comment cette situation peut-elle être reliée à d'autres expériences ?
10. Si la situation se reproduisait, comment pourriez-vous agir différemment ?
11. Quelles seraient les conséquences d'agir de façon différente pour le proche aidant, pour l'aîné, pour vous-même ?
12. Quels facteurs vous empêchent d'agir différemment ?
13. Maintenant, comment est-ce que vous vous sentez par rapport à cette expérience ?
14. Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour faire face à des expériences comparables ?
15. Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour aider les autres à faire face à des expériences comparables ?
16. Est-ce que vous vous êtes rapprochée de votre idéal de pratique ?
17. Qu'est-ce que vous avez appris à travers cette réflexion ?

Appendice M: Thèmes et verbatim présents dans les journaux réflexif d'apprentissage
(infirmière stagiaire)

Séance	Thèmes abordés par les participantes	Thèmes en lien avec l'animation de l'IPR	Verbatim
1		<ul style="list-style-type: none"> • Participantes à l'aise de poser des questions • Ouverture sur les besoins de compréhension des participantes • Partage d'expérience fait par une participante 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Aborde plus l'aidé que l'aidant • Accompagnement davantage auprès du proche pour maintenir la qualité de vie dans un contexte de trouble cognitif (réflexion d'une participante) • Pression ressentie par les infirmières pour intervenir rapidement • Se reconnaît dans des situations partagées par leurs collègues • Vivent des enjeux similaires dans les deux GMF • Partage sur des pratiques différentes • Centrée sur l'intervention • Beaucoup de détails sur les cas • Une participante se dit fière de son intervention • Prise de conscience sur son changement de pratique • Contrainte organisationnelle : manque de temps • Changement de pratique : assurer un meilleur suivi • Adaptation des soins culturels • Suggestion pour assurer un meilleur suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes n'utilisent pas les questions de Johns • Gestion du temps • Animation présente; intervient à plusieurs reprises • Intervient pour recentrer la conversation • Manque de temps • Contrôle de son propre non-verbal; peur qu'une participante s'est sentie jugée ou attaquée • Adapte un ton plus doux, par son non-verbal adopte une position plus ouverte • Rigidité sur les thèmes • Opportunité de réflexion évitée • Centrée sur ses objectifs d'animation et non besoins des participants • Remise en question • Laisse exprimer les participantes avant; puis fait une synthèse 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Absence de synthèse de la séance • Remercie les participantes • Pas de retour sur le déroulement de la séance • Réflexion sur la gestion du temps 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Lien entre la théorie et la pratique • Discussion d'aspects irritants • Barrières liées au CLSC • Apprentissage sur la catégorisation des besoins des proches aidants • Diversité dans les besoins des proches aidants • Difficulté dans la continuité des soins avec le CLSC • Réticence des médecins à donner des diagnostics • Absence d'un répertoire des ressources disponibles pour les proches aidants • Mentionne le déni • Lien direct entre un article et une situation • Mentionne les impacts de ne pas avoir de diagnostic • Difficulté à naviguer dans le réseau • Pression de temps ressentie par les infirmières • Rôle d'advocacy • Enseignement • Besoin d'un guide-répertoire des ressources • Perception de leur rôle infirmière en GMF en lien avec les barrières organisationnelles • Organisation favorable dans un des GMF pour la communication avec les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la gestion du temps • Interventions pour rediriger la conversation • Rôle de l'animatrice très présent • Se retient pour ne pas répondre directement • Crainte de l'infirmière stagiaire d'être perçue comme ne portant pas d'attention, car ne répond pas directement aux questions des participantes • Réflexion personnelle effectuée sur le rôle des infirmières en GMF dans l'identification des besoins des proches aidants • Écoute • Synthèse • Rôle essentiel de l'animatrice • Rappeler le but de l'intervention au début de la prochaine séance 	« [On] veut fixer ou prévenir [mais] à la fin c'est leur choix» [traduction libre]

	<ul style="list-style-type: none"> • Solution pour assurer un suivi auprès de l'aidant • Autres irritants : manque de suivi pour l'aidant • Solution pour assurer le partage des apprentissages : création d'un forum • Aidant et aidé sont liés dans plusieurs situations • Apprentissage : connaissances augmentées sur les besoins des proches aidants, structurer une entrevue • Changement dans la perception des participantes par rapport au besoins perçus versus besoins réels des participantes • Priorisation des besoins • Partage des connaissances sur les organismes communautaires 		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de départir l'aidant de l'aidé • Description davantage sur les aspects médicaux • Outils proches aidants • Reconnaître l'expérience du proche aidant • Progression des apprentissages • Lien avec les articles : intégration des lectures • Lien avec le respect des proches aidants (expérience) • Limite au niveau du rôle professionnel • Évolution du concept de déni • Culture • Impact du refus d'un proche sur le sentiment de compétence de l'infirmière • Peur ressenti par les proches aidants • Description technique 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins d'interventions au niveau de l'animation • Lien avec les articles • N'utilisent pas les questions de Johns • Gestion du temps • Synthèse • Participation de groupe : s'adresse entre elles et non pas seulement à moi • Doute de l'infirmière stagiaire au niveau de la progression de la réflexion • Fatigue de l'animatrice influence ses perceptions • Doute sur la pertinence de l'intervention 	<p>« Nous avons la mentalité de vouloir fixer les choses. Nous devons les rejoindre où ils sont, comprendre leurs besoins. » [traduction libre]</p> <p>« Je sens que je ne peux rien faire de plus comme infirmière. Je me sens inadéquate, inconfortable; c'est difficile de laisser aller. » [traduction libre]</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence relationnelle semble abstraite • Attentes organisationnelles • Rôle professionnel : collecte de données • Changement de pratique : essai de plus comprendre la situation de l'aidant • S'adapter au rythme des aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur l'animateur • Thème pour le 2^e journal ambigu • Disparité entre les attentes de l'infirmière stagiaire et la description des participantes • Changement de point de vue de l'animatrice • Renforcement des compétences des participantes pour reconnaître leur expertise • Animer/ diriger le groupe • Conflits entre rôle professionnel et étudiant • Répétition dans les interventions mises en place 	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions auprès de la famille • Perception différente de l'aidé et de l'aidant • Comprendre la réalité de l'aidante • Question pour connaître le besoin principal de l'aidant • Changement de relation entre l'aidant et l'aidé • Infirmière mentionne prendre le temps pour se présenter • Enseignement • Impact de ne pas avoir de diagnostic • Utilisation de la One question question • Dénier • Utilisation de questions réflexives • Culture 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure cohésion de groupe • N'utilisent pas les questions de Johns • Manque d'intérêt perçu par l'infirmière stagiaire pour une participante • Pérennisation de l'intervention • Facteur facilitant • Mise à l'essai de l'intervention lu dans un article • Pertinence des articles • Progression dans les apprentissages • Position réflexive de l'animatrice • S'adapter au rythme de la réflexion • Ramener la discussion 	

	<ul style="list-style-type: none">• Perception variée des besoins• Pratique réflexive professionnelle• Échanger sur sa pratique	<ul style="list-style-type: none">• Résumé : culture, n'utilisent pas les questions de Johns, animation ardue, intervention semble avoir été appréciée	
--	---	--	--

Appendice N :Thèmes et mots-clés mentionnés dans les journaux réflexifs individuels
(participantes)

Numéro de participants	Journal	Thèmes	Mots-clés en lien avec l'accompagnement
1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de la médication par le proche aidant de l'aidé • Non-verbal • Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) • Refus de services • Ressources professionnelles GMF • Culture • Besoins identifiés par l'infirmière • Barrière au suivi • Gestion du dossier patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Référer vers ressources communautaires • Facteurs personnels et familiaux • Besoins • Fardeau du proche aidant • Difficile d'accepter l'aide
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Gestion des médicaments • Tests spécialisés • Clinique de mémoire • Diminution des activités • Gestions des symptômes psychologiques de l'aidant • Refus de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuse de l'aide • Refus de services • Demande de l'aide • Organismes communautaires • Soutien • Préoccupations
2	1	<ul style="list-style-type: none"> • Référence vers le CLSC • Communication avec le CLSC • Ouverture sur les besoins de l'aidant • Changement de sa vision sur la situation • Impliquer le proche aidant • S'adapter au rythme/ besoin du proche aidant 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute active • Référence vers le CLSC • Évaluer les besoins de l'aidant • Diminuer les appréhension de l'aidant • Organismes communautaires • Confirmer ... avec le proche aidant • Évaluer la situation... du proche aidant • Ressources professionnelles

	2	<ul style="list-style-type: none"> • Hébergement • Différence de point de vue entre le professionnel et le proche aidant • Reconnaître le proche aidant • SCPD • Ouverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute • Culture • Convaincre • Être sans jugement
3	1	<ul style="list-style-type: none"> • SCPD • Enseignement infirmier • Sentiment/état de l'infirmière (sent de la pression) • Centré sur la tâche • Empathie • Inquiétudes de l'infirmière face aux résultats du test 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénier • Expliquer • Respecter • M'imaginer à sa place • Identifier les besoins
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur l'aidé • Référence TS, CLSC • Travail interdisciplinaire • Organisme communautaire • Continuité des soins • Différence entre besoins prioritaires du proche aidant et ceux de l'infirmière • Barrière familiale • Inquiétudes de l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au CLSC • Famille refuse • Explications • Besoins • Continuité des soins • Dénier • Convaincre

4	1	<ul style="list-style-type: none"> • SCPD - errance • Hébergement • Suivi • Ressources • Besoins • Non-verbal • Ouverture • Collaboration avec proche aidant • Absence de jugement • Cibler adéquatement les besoins du proche aidant • Acceptation des interventions infirmières par l'aidant • Satisfaction de son intervention infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • S'adapter • Discuter • Besoins • Besoins de soutien • Aidante semble épuisée • Sans jugement • Aider à • Moins de culpabilité
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Culture • Question posée • Centré sur le soutien du proche aidant et de l'aidé • Accepter les décisions du proche aidant • Reconnaître leur pouvoir décisionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Épuisée • Évaluation des besoins • Qu'est-ce qui serait le plus aidant • Soutien • Répondre à ses besoins • Refus • Discuter des facteurs culturels • Croyances culturelles • Propres décisions
5	1	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits de rôle chez l'aidant • Pression • Gestion des comportements • Écoute • Suivi • Ressources • Hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> • Épuisement • Verbaliser • Inquiétudes • Renforcer les forces • Référence au CLSC • Coordonnées données • Information donnée

		<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction de son intervention infirmière • Emphase sur la sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Être plus sensible culturellement
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion sur la conduite sécuritaire • Changements chez l'aidé • Éducation • Besoins présents, mais absence de diagnostic pour référer vers certains organismes • Mentionne le manque de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Explication • Inquiétude de la fille • Information donnée • Références

Appendice O : Réponses des participantes au questionnaire d'appréciation de l'IPR et des apprentissages

Questions	Réponses des participantes	Verbatim
<p>Dans vos propres mots, décrivez comment l'IPR a contribué au développement de votre compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA².</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Réflexion ● Partage d'expérience ● Temps d'arrêt pour réflexion ● Interaction dans des situation variées ● Perception différente entre les besoins du proche aidant, de l'aidé et de l'infirmière ● Toujours place pour améliorer sa pratique ● Comment entrer en relation avec l'aidant ● Prioriser les interventions pour répondre aux besoins des proches aidants ● Comment intervenir différemment pour l'aidant conjoint et l'aidant enfant ● Réfléchir sur sa pratique ● Comment s'améliorer ● Discussions de situations variées ● Changement de sa pratique 	<p>« Cela démontre qu'il y a toujours une place pour améliorer ma pratique. » [traduction libre]</p> <p>« (...) discuter de différentes situations et de comment gérer avec celles-ci m'a aidée à voir différentes façons que je peux changer ma pratique quand je prends en charge mes patients et leurs familles pour améliorer les résultats. » [traduction libre]</p> <p>« [La pratique réflexive] m'a permis de réfléchir sur ma pratique et de regarder en arrière et de discuter sur les façons d'améliorer ma pratique pour le futur. » [traduction libre]</p> <p>« Met l'accent sur le fait que les besoins du patient et de sa famille peuvent être différents de ce que je pense » [traduction libre]</p>
<p>Indiquez des changements concrets que vous apporterez à votre pratique clinique dans l'établissement d'une relation thérapeutique auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA² maintenant que vous avez terminé l'IPR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Question ouverte ● Centrer sur les besoins ● Demander les besoins et les sentiments des aidants ● Réviser une situation pour apprendre de celle-ci ● Approche sans jugement ● Façon de poser les questions ● Établir relation avec le patient et l'aidant ● Laisser verbaliser 	<p>« Je vais poser des questions différentes et plus précises pour aller au cœur du problème. » [traduction libre]</p> <p>« (Je dois) construire une relation avec le patient et le proche aidant. Les laisser verbaliser sur leurs besoins et ne pas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas assumer leurs besoins • Changement dans la façon de poser des questions • Demande pour qu'un diagnostic soit posé (advocacy) 	<p>assumer ce que devraient être leurs besoins. » [traduction libre]</p> <p>« (...) je vais demander pour que le médecin pose un diagnostic [...] puisque c'est ce que le patient et la famille veulent. » [traduction libre]</p>
<p>Indiquez une ou des barrières que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne pour identifier les besoins des proches aidants et inscrivez une ou des solutions que vous pourrez mettre à l'essai.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps • Manque de ressources • Absence de diagnostic • Meilleure communication avec les partenaires • Plus de discussion de cas pour apprendre de celles-ci • Notion de déni : ne pas stigmatiser, écoute active, motiver l'aidant à exprimer ses besoins • Impliquer les autres membres de la famille • Idées préconçues des familles sur la maladie d'Alzheimer 	
<p>Quelles questions du modèle de Johns (2006) ont été les plus utiles pour votre réflexion individuelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment cette situation peut-elle être reliée à d'autres expériences ? • Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) influencent : <ul style="list-style-type: none"> ○ la façon dont vous vous êtes sentie? (comment vous êtes-vous senti ? Pourquoi ?) ○ la manière dont vous avez pensé? (qu'avez-vous pensé ? Pourquoi ?) ○ la façon dont vous avez répondu à la situation? (comment avez-vous répondu à la situation ? Pourquoi ?) • Quels facteurs m'empêchent d'agir différemment ? • Qu'est-ce que vous avez appris à travers cette réflexion? • Quelles étaient les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi? • Comment vous êtes-vous sentie et pourquoi vous êtes-vous sentie ainsi ? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous vous sentez mieux outillée pour faire face à des expériences comparables ? • Qu'est-ce que vous essayiez d'atteindre et est-ce que vous l'avez atteint ? 	
Qu'est-ce qui a été le plus utile pour moi dans cette formation?	<ul style="list-style-type: none"> • Partage • Aidant • Sera appliqué dans ma pratique • Impact sur ma pratique pour identifier les besoins des proches aidants • Discussions des situations • Discussions des expériences des infirmières • Discussions de cas • Lecture d'articles : mentionner les aspects importants 	
Comment cette activité éducative pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour moi?	<ul style="list-style-type: none"> • Liste de questions spécifique pour favoriser la réflexion chez le patient • Meilleure idée comment intervenir auprès de la famille et faire un suivi • Continuer des séances de pratique réflexive de groupe (1 fois par mois) • Discussion d'un cas exemple • Continuer dans sa pratique quotidienne • Le format, la grosseur du groupe et les sujets de discussions ont rendu l'intervention intéressante • Serait utile pour toutes les infirmières en GMF • Nécessite plus de ressources 	« J'ai une meilleure idée de comment faire une entrevue avec la famille et le patient dans le but de mieux intervenir et d'assurer un suivi. » [traduction libre]

Appendice P : Présentation *PowerPoint* des retombées de l'IPR aux participantes

INTERVENTION DE PRATIQUE RÉFLEXIVE AUPRÈS D'INFIRMIÈRES EN
GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) VISANT À DÉVELOPPER LEUR
COMPÉTENCE D'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS D'ÂINÉS

Présenté par Myriam Bureau, infirmière clinicienne
Dans le cadre d'un stage d'étude de deuxième cycle en sciences
infirmières option formation

Myriam Bureau

1

Situation

- L'implication du proche aidant est déterminante dans le maintien à domicile et de l'autonomie de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MA²) (INES55, 2015)
- Il semblerait que peu de professionnels de la première ligne sont adéquatement formés pour accompagner les proches aidants (Bergman & Vedel, 2015; Bergman et al., 2009; Koch et Liffé, 2010; Lee, Weston et Hillier, 2013)
 - Formation initiale était insuffisante (Koch et Liffé, 2010; Lee, Weston et Hillier, 2013)
- Infirmière en GMF, par leur rôle, sont au premier rang pour intervenir auprès du proche aidant (Gouvernement du Québec, 2017; Khanassov et Vedel, 2016)
- Pratique réflexive semble être une méthode d'apprentissage favorisant le développement de compétences, notamment de type relationnelle (Caldwell et Grobbel, 2013; Cara et al. (2016)

Myriam Bureau

2

But du stage

Adapter avec des infirmières cliniciennes en GMF et mettre à l'essai auprès de ceux-ci une intervention de pratique réflexive visant à améliorer leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Question de stage: Comment une IPR influencera-t-elle la perception des infirmières en GMF quant au développement de leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA²?

Myriam Bureau

3

Pertinence pour les sciences infirmières

- Contribue au renforcement d'une compétence relationnelle en sciences infirmières
- Mise à l'essai d'une IPR dans un GMF ce qui ne semble pas avoir été fait auparavant à la connaissance de l'infirmière stagiaire (novatrice)
- Intégrer des résultats probants sur l'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA² dans la pratique des infirmières en GMF
- Est cohérent avec la démarche de l'initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (Gouvernement du Québec, 2017)
- Favorise la participation active des apprenants contribuant à l'intégration des apprentissages (Lanier, 2000)
- Favorise la réflexion des infirmières sur leur pratique avec des collègues vivant des situations similaires (Dubé, 2012)

Myriam Bureau

4

Recension des écrits

Besoins des proches aidants	Besoins émotionnels, financiers, éducationnels et autres (Khanassov et Vedel, 2016; Novais et al., 2017)
Interventions auprès des proches aidants	Interventions éducatives = impact modéré sur fardeau des proches aidants (Jensen et al., 2015) Interventions psychoéducatives diminueront le fardeau des proches aidants (Kishita et al., 2018)
Compétence d'accompagnement et formation des infirmières en GMF	Infirmière doit reconnaître l'existence, l'expérience et l'expertise des proches aidants en plus de favoriser l'espoir (Duhamel, 2015) Accompagnement des proches aidants peu abordé dans la formation initiale des infirmières (Lee et al., 2013)
Compétence d'accompagnement et pratique réflexive	Se base sur les expériences antérieures (Bulman et Schutz, 2013) Favoriserait le développement d'habiletés relationnelles en sciences infirmières (Dubé et al., 2012)

Myriam Thomas

5

Contexte du stage

Milieu

Groupe de médecine familiale (GMF)

- Soins de première ligne
- Partenariat public-privé
- Autonomie de pratique variable (observation de l'infirmière stagiaire)

Déroulement

- 5 participantes
- 5 rencontres dans le milieu

Autre

- Intervention accréditée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Clientèle

• Infirmières cliniciennes

- Expérience variée auprès des proches aidants de personnes atteintes de la MA²
- Évaluation cognitive (MSSS, 2017)
- Intervenant pivot Alzheimer (Bergman et al, 2009)
- Premier rang pour intervenir auprès des proches aidants

Critères d'inclusion

- Être infirmière clinicienne
- Travailler en GMF
- Être employée par le CIUSSS
- Travailler auprès de proches aidants d'une clientèle âgée à risque de présenter une MA²
- Démontrer de l'intérêt pour l'IPR
- Être disponible tout au long de l'IPR

Myriam Thomas

6

Déroulement de l'intervention

<p>La proche aidance, il faut y réfléchir (Séance 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explication de l'intervention • Compétence d'accompagnement • Pratique réflexive • Signature des formulaires 	<p>Être proche aidant, mais à quel prix? (Séance 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proche aidance • Pratique réflexive de groupe (journal individuel) • Besoins des proches aidants • Planification de la prochaine séance 	<p>Le proche aidant, un expert de ses besoins (Séance 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les lectures • Pratique réflexive de groupe (intervention choisie) • Synthèse des séances 2 et 3 • Planification de la prochaine séance 	<p>Besoins des proches aidants: intervenir humainement (Séance 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratique réflexive de groupe (journal individuel) • Interventions thérapeutiques auprès des proches aidants • Planification de la prochaine séance 	<p>Le professionnel de la santé, un rôle de premier rang (Séance 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les lectures • Pratique réflexive de groupe (intervention choisie) • Synthèse des séances 4 et 5 • Distribution du questionnaire d'appréciation de l'intervention
---	---	---	---	--

Myriam Thomas

7

Retombées sur la compétence d'accompagnement

Thèmes ressortis lors des réflexions individuelles et de groupe en lien avec le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des proches aidants de personne atteinte de la MA²

- (1) Entrer en relation avec l'aidant;
- (2) Identifier les besoins de l'aidant;
- (3) Intervenir auprès de l'aidant;
- (4) Assurer un suivi auprès de l'aidant.

Myriam Thomas

8

Entrer en relation avec l'aidant

- Désir d'impliquer l'aidant dès le début de la relation professionnelle avec l'usager
- Volonté de comprendre leur situation
- Importance d'établir une relation avec le proche aidant sans jugement.

Certaines participantes ont mentionné que l'IFR aurait contribué à améliorer leur approche auprès des familles

« Comment vous sentez – vous de prendre soin de votre proche ? »
[traduction libre]

Mylène Boissau

9

Identifier les besoins de l'aidant

- Poser des questions ouvertes pour favoriser la réflexion de l'aidant et l'expression de leurs besoins
- Se centrer sur les besoins des aidants (divergence entre les besoins perçus par les infirmières, les aidants et les usagers)
- Utiliser des questions circulaires pour comprendre les différents points de vue d'une même situation
- Reconnaître l'expérience des aidants

L'écoute active favoriserait l'identification des besoins des proches aidants

« (Je dois) construire une relation avec le patient et le proche aidant. Les laisser verbaliser sur leurs besoins et ne pas assumer ce que devraient être leurs besoins. » [traduction libre]

« Si vous pourriez changer une chose, qu'est-ce que ce serait ? »

« Je vais poser des questions différentes et plus précises pour aller au cœur du problème. »
[traduction libre]

Mylène Boissau

10

Intervenir auprès de l'aidant

- Encourager les aidants à verbaliser (reconnaître l'expérience de l'aidant)
- Souligner les forces des aidants (reconnaître l'expertise de l'aidant).
- Respecter le rythme des proches aidants en plus de les accompagner dans leur décision
 - Reconnaître le pouvoir décisionnel de l'aidant
 - Ne pas stigmatiser ou juger le refus de services
- Respecter l'impact de la culture du proche aidant sur sa perception de son rôle et sur la façon dont il exprime ses besoins (par ex.: refus de services)

Mylène Boissau

11

Intervenir auprès de l'aidant (suite)

Précision au niveau du rôle de l'infirmière en GMF

- Rôle de personne-ressource et de soutien
 - Référer vers ressources professionnelles (GMF, CLSC, organismes communautaires, clinique de gérontologie ou de cognition)
 - Enseigner
- Rôle d'advocacy afin de faire connaître les besoins des aidants:
 - auprès des partenaires du réseau
 - auprès des médecins
 - Souligne l'importance d'un diagnostic précoce pour orienter l'aidant et l'usager vers les ressources appropriées (mal à l'aise de référer un aidant dont l'aide n'a pas de diagnostic à la société Alzheimer de Montréal)

L'IFR semble avoir...

- Informé les infirmières sur les façons d'intervenir rapidement et efficacement auprès des aidants
 - Poser des questions ouvertes
 - Écoute active
- Sensibilisé les infirmières aux besoins uniques des aidants contribuant à valoriser leur rôle en GMF auprès des aidants.

Mylène Boissau

12

Assurer la continuité des soins

IPR a fait ressortir des barrières organisationnelles compromettant la continuité des soins auprès des aidants:

- Absence d'un dossier proche aidant connecté au dossier de l'usager
- Enjeux de communication avec les partenaires (par ex.: CLSC)
- Pression pour effectuer rapidement certaines tâches
- Proches aidants qui ne sont pas clients du GMF

Participants ont suggéré des solutions pour favoriser le suivi auprès des aidants:

- Création d'un outil pour assurer le suivi des aidants
- Prise d'un rendez-vous séparé pour l'aidant (qu'il soit client ou non du GMF)
- Organisation en groupe de médecins (chaque infirmière travail avec le même groupe de médecins)

« J'ai une meilleure idée de comment faire une entrevue avec la famille et le patient dans le but de mieux intervenir et d'assurer un suivi. » [traduction libre]

Bref, l'intensité des interventions et du suivi auprès des aidants était variable d'une infirmière à l'autre, d'un GMF à l'autre.

Recommandations

- Pratique ...
 - Gestion ...
 - Formation ...
 - Recherche ...
- en sciences infirmières

Pratique

Recommandations	Raisons
Poursuite d'une IPR auprès d'infirmières en GMF	Semble avoir favorisé l'amélioration continue de la pratique des infirmières auprès des proches aidants
Rédaction d'un guide qui s'inspire des questions basées sur le modèle de réflexion structuré de Johns (2006) que les participantes ont identifiées comme étant les plus utiles	Pour favoriser la réflexion des infirmières en GMF sur des situations plus complexes vécues avec les proches aidants
Utilisation d'un outil existant d'accompagnement des proches aidants (par ex.: ESPA)	Faciliter le suivi des besoins des proches aidants de personnes atteintes de la MA ² par les infirmières en GMF
Mettre à l'essai une IPR auprès d'infirmières et de travailleurs sociaux	Contribuer à clarifier les rôles professionnels et de permettre des échanges intéressants entre les deux professionnels

Formation

Recommandations	Raisons
Créer des plus petits groupes (4 participantes) Avoir plusieurs séances pour un même thème	Gestion du temps difficile: * peu de temps pour approfondir toutes les situations des participantes
Garder un thème général (par ex.: accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA ²)	Sous-thème: out crée de la confusion
Insister pour que les situations présentées soient: ✓ circonscrites dans le temps ✓ Synthétisées ✓ Relationnelles Ajouter une consigne au journal de réflexion individuel pour aider les participantes à choisir la situation Donner un exemple concret durant la première séance	Situation présentée était complexe et très détaillée: Parfois difficile de cibler un aspect sur lequel approfondir la réflexion
Distribution et présentation des fiches-résumés dès la première séance Inclure des écrits qui ne font pas partie de lectures dans les fiches résumées	Utilisation limitée des fiches-résumés

Formation (suite)

Recommandations	Raisons
<p>Choisir l'intervention à mettre à l'essai avant la fin de la séance</p> <p>Compléter un court journal sur l'intervention mise à l'essai</p>	<p>Interventions à mettre à l'essai n'étaient pas toujours claires ou explicites</p>
<p>Avoir un animateur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expérience ou intérêt dans l'animation de pratique réflexive ✓ Intègre les principes du socio-constructivisme ✓ Fait preuve de respect, d'ouverture, d'authenticité ✓ Respecte la confidentialité 	<p>Animateur facilite les réflexions de groupe</p>
<p>Offrir l'IPR en personne et dans le milieu de travail</p>	<p>IPR nécessite un environnement favorable aux échanges, respectueux et authentique</p>

Myriam Bureau

17

Gestion

Recommandations	Raisons
<p>Obtenir l'approbation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la chef de programme en 1^{re} ligne ✓ la gestionnaire des infirmières en GMF 	<p>Favoriser la participation des infirmières</p>
<p>Faire une rencontre d'information pré-intervention</p>	<p>Favoriser le soutien des gestionnaires</p> <p>Favoriser l'engagement des infirmières participantes</p> <p>Clarifier certains concepts (pratique réflexive, compétence d'accompagnement)</p> <p>Préciser les attentes envers les participants</p>
<p>Mise en place de stratégies de communication</p>	<p>Favoriser la communication avec les partenaires du réseau de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication est souvent ressortie lors des réflexions de groupe comme un irritant limitant l'accompagnement des proches aidants par les infirmières en GMF

Myriam Bureau

18

Gestion (suite)

Recommandations	Raisons
<p>Ouverture de dossiers conjoints</p>	<p>Favoriser le suivi des besoins des proches aidants</p>
<p>Rédaction de lignes directrices sur l'étendue du rôle de l'infirmière en GMF auprès de l'aidant</p>	<p>Baliser la pratique infirmière tout en favorisant une autonomie de pratique auprès des aidants en GMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité sur la durée et la fréquence des rencontres • Flexibilité sur la modalité des rencontres <p>Encadrer la pratique de l'infirmière GMF auprès de l'aidant qui n'est pas un client du GMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ententes de services <p>Favoriser un suivi de l'aidant</p>

Myriam Bureau

19

Recherche

Recommandations	Raisons
<p>Possibilité de transférer l'IPR de Dubé (2012) à d'autres contextes</p>	<p>IPR semble avoir contribué au développement de la compétence d'accompagnement proches aidants par des infirmières en GMF</p>
<p>Adaptation de l'outil ESPA au contexte de GMF et évaluation dans le cadre d'une recherche</p>	<p>Favoriser le suivi des besoins des aidants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs participantes ont mentionné la pertinence d'avoir un outil pour assurer la continuité des soins
<p>Mettre à l'essai et évaluer l'IPR de Dubé (2012) lors d'un projet de recherche avec trois groupes contrôlés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Groupe d'infirmières en GMF ✓ Groupe de travailleurs sociaux en GMF ✓ Groupe mixte 	<p>Aider à clarifier l'apport de chaque profession dans l'accompagnement des proches aidants en GMF</p>

Myriam Bureau

20

Appréciation de l'IPR

- Permettrait ...
 - de partager les expériences des infirmières avec leurs collègues
 - d'être exposées à des situations de soins variées
 - d'avoir une meilleure idée de comment intervenir auprès de la famille
- Favoriserait la réflexion sur leur pratique infirmière
- Participantes mentionnent :
 - L'appréciation des discussions de groupe structurées et des lectures d'articles scientifiques ou cliniques
 - La pertinence de continuer l'IPR après la fin du stage

Mylène Bureau

21

Continuons la réflexion...

- Que pensez-vous des résultats présentés?
- Quelles recommandations pourraient être mises en place dans votre G&MF? Quels facteurs favoriseraient leurs mises en place?
- Avez-vous observé des changements dans votre pratique auprès des proches aidants depuis la mise en place de l'intervention de pratique réflexive?
- Concrètement, qu'est-ce qui pourrait vous aider à poursuivre ce projet?

Mylène Bureau

22

Travaux cités

- Bergman, H. & Vidé, I. (2015). *Plan Alzheimer Québec: le défi de l'implémentation*. Consulté le septembre 2016, sur Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs: <http://www.alzheimerquebec.ca/cha/dm/Publications/115mAlzheimer.pdf>
- Bergman et al. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées: Une vision centrée sur la personne, l'humainisme et l'équité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Bulman, C. et Schurz, S. (2015). *Reflexive practice in nursing* (9^e éd.). Wiley-Blackwell.
- Callwell, L. et Grisholm, C. C. (2015). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319.
- Carr, C., Gaudreault-Lepage, J., Lefebvre, H., Lévesque, D., Alderson, M., Laine, C., ... Girard, F. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*(2), 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020.
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'échelle et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières soignant auprès de personnes âgées hospitalisées* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal). Représenté à <https://proquest.lib.umontreal.ca/umontreal/1/866/8625>.
- Dubé, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Chaire Éducation. p. 71 - 101
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). *Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs: rapport rédigé par Caroline Gauthier et Genevieve Robitaille* (p. 1-101). Québec: INESSS
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Blackwell Pub
- Khanlou, V. et Vidé, I. (2016). Family physician-case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166-177. doi: 10.1370/afm.1898
- Kirklin, N., Hammond, L., Dierckx, C. M. et Michon, E. (2016). Which interventions work for dementia family carers? An updated systematic review of randomised controlled trials of care interventions. *International Psychogeriatrics*, 1-18. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610116000046>
- Koch, T. et Iliff, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*, 11(1), S2. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2268-11-S2>
- Lozier, P. (2000). *Relever le défi de la formation par compétences*. Montréal: Guerin.
- Lee, L., Weston, W.W. et Hillier, L. M. (2013). Developing Memory Clinics in Primary Care: An Evidence-Based Interprofessional Program of Continuing Professional Development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(1), 24-32.
- Novak, T., Daughnat, V., Kozlak-Salmon, P. et Mouchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Geriatrics*, 17(1), 86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0481-0>

Mylène Bureau

23

Appendice Q : Affiche pour le congrès de l'ACFAS 2019

Intervention de pratique réflexive auprès d'infirmières en groupe de médecine de famille afin de développer leur compétence d'accompagnement des proches aidants d'âinés

Myriam Bureau¹, Louise Francoeur², Véronique Dubé³ et Lynn Fournier⁴, Québec, Canada

1- Contexte actuel

- Maladie d'Alzheimer et les autres maladies apparentées (MA²) → Maladies dégénératives → Affectent l'autonomie fonctionnelle de l'aidé (1)
- Proche aidant contribue :
 - Au maintien à domicile (2)
 - Au maintien de l'autonomie de l'aidé (2)
- Impacts d'être proche aidant :
 - (-) Détresse (3)
 - (-) Anxiété(3)
 - (-) Sentiments dépressifs (3)
 - (+) Satisfaction face à leur rôle d'aidant (4-5)
- Proches aidants: experts de leur situation de santé (besoins uniques) (6)
- Infirmières en groupe de médecine de famille (GMF): rôle de premier rang pour intervenir auprès des proches aidants (7)

Peu de professionnels de la première ligne seraient adéquatement formés pour accompagner les proches aidants (2-7)

2- But du stage

Adapter et mettre à l'essai auprès d'infirmières en GMF une intervention de pratique réflexive (IPR) pour améliorer leur compétence d'accompagnement des proches aidants de personnes atteintes de la MA²

3- Clientèle et milieu



4- Définitions

Compétence d'accompagnement

Soin relationnel donné par un professionnel de la santé qui consiste à **informer**, à **conseiller** et à **intervenir** de façon unique pour répondre à des **besoins spécifiques** dans le but de **promouvoir les forces** et de développer les compétences du proche aidant (8-9).

Pratique réflexive

Méthode d'**introspection** par laquelle l'individu analyse et **s'interroge** sur une expérience qu'il a **vécue** afin de générer un **savoir contributif** à ses apprentissages ou à **changer sa perception** d'une situation (10-11-12-13).

5- Intervention de pratique réflexive

- 5 séances (1 x 60 minutes + 4 x 75 minutes)
- 2 thèmes: Identification des besoins des proches aidants
 - Démarche d'accompagnement dans l'identification des besoins des proches aidants
- Activités d'apprentissage: Journaux réflexifs, lectures empiriques, mises en pratique d'interventions infirmières
- Particularités: Adaptation de l'IPR proposée par Dubé (2012) (13); utilisation du modèle de réflexion structurée de Johns (2006) (14)

6- Déroulement des séances

La proche aidance, il faut y réfléchir (Séance 1)	Être proche aidant, mais à quel prix? (Séance 2)	Le proche aidant, un expert de ses besoins (Séance 3)	Besoins des proches aidants: intervenir humainement (Séance 4)	Le professionnel de la santé, un rôle de premier rang (Séance 5)
<ul style="list-style-type: none"> • Explication de l'intervention • Compétence d'accompagnement • Pratique réflexive 	<ul style="list-style-type: none"> • Proche aidance • Pratique réflexive de groupe (journal individuel) • Besoins des proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur lectures • Pratique réflexive de groupe (intervention choisie) • Synthèse: séances 2 et 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique réflexive de groupe (journal individuel) • Interventions d'accompagnement auprès des proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur lectures • Pratique réflexive de groupe (intervention choisie) • Synthèse: séances 4 et 5 • Questionnaire d'appréciation

Remerciements

Pour leur motivation, leur curiosité et leur ouverture, je remercie les infirmières participantes.

Pour information: myriam.bureau@umontreal.ca

7- Principales retombées

Perception du rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des proches aidants

a) Identification des besoins

- ✓ Évaluer les besoins des aidants
- ✓ Utiliser des **questions ouvertes**: favoriser la réflexion et l'expression des besoins des aidants
- ✓ Considérer l'influence **culturelle** dans la façon dont l'aidant vit son rôle et exprime ses besoins

b) Accompagnement dans l'identification des besoins

- ✓ Impliquer l'aidant dès la prise en charge de l'aidé
- ✓ Adopter une écoute active et une attitude **non stigmatisante**
- ✓ S'adapter au rythme et aux besoins uniques de l'aidant
- ✓ Reconnaître le **pouvoir décisionnel et l'expérience** de l'aidant
- ✓ Souligner les **forces** de l'aidants
- ✓ Assurer la communication avec les partenaires (rôle d'**advocacy**)
- ✓ Faire de l'enseignement sur la proche aidance en contexte de MA²
- ✓ Être une personne ressource et de soutien
- ✓ Référer vers des ressources professionnelles
- ✓ Assurer la continuité des soins

8- Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®])*. American Psychiatric Pub.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). *repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille*, (p. 1-101). Québec: INESSS.
- L'Appui pour les proches aidants d'âinés (L'Appui). (2016). *Portrait statistique des proches aidants de personnes de 65 ans et plus au Québec*, 2012 Montréal, Québec.
- Lloyd, J., Patterson, T. et Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*, 15(6), 1534-1561.
- Vidigal, F. C., Ferrari, R. F. R., Rodrigues, D. M. M. R., Marcon, S. S., Baldissera, V. D. A. et Carreira, L. (2014). Satisfaction in caring for older adults with Alzheimer's: perceptions of the family caregivers. *Cogitare Enferm.*, 19(4), 708-715.
- Lévesque, L., Ducharme, F. et Caron, C. (2010). L'ESPA... Pour mieux soutenir les aidants. *Perspective Infirmière*, 7(4), 42-46.
- Bergman, H. et al., (2009). Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées: Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2017). *Compétences en soins gérontologiques pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle*. Document inédit.
- Office québécois de la langue française. (2012). Fiche terminologique. Repéré le 23 décembre 2017 à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?id_Fiche=26534430
- Atkins, S. et Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.
- Boyd, E. M. et Fales, A. W. (1983). Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23(2), 99-117. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022167883232011>
- Schön, D. A. (1983). How professionals think in action (*The Reflective Practitioner*).
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. (Université de Montréal (Canada))
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Blackwell Pub.

¹ Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières option formation à l'Université de Montréal

² Directrice, Professeure agrégée de formation pratique à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

³ Codirectrice, Professeure adjointe à la Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal

⁴ Superviseure de stage, Conseillère en soins infirmiers à l'hôpital Sainte-Anne de CIUSSS Ouest-de-l'île-de-Montréal