

La Gérontoise

Volume 29, numéro 2 - Automne 2018

**Avenir des soins infirmiers
en gérontologie**

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Printemps 2018, vol. 29, no. 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Ginette Labbé

Rédaction

Conseillère clinique associée
Louise Francoeur

Révisseuse linguistique associée
France Collin

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaboratrices

Marie Beaulieu
Lawrence Fillion
Mylène Germain
Annie Grégoire
Diane Guay
Ginette Labbé
Marjolaine Landry
Elena Maftei
Annie Meslay
Nancy Ouellette
Julien Rougerie
Olivette Soucy
Lucie Tremblay
Sylvie Vallée
Karen-Joan Sharp

Dépôt légal
2^e trimestre 2018
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

La Gérotoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérontogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source et d'avoir une autorisation écrite de l'éditeur. Seuls les membres de l'AQIIG peuvent utiliser les articles sans autorisation, mais doivent citer la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique d'abonnement

La Gérotoise numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

Table des matières

4

Mot de la présidente

5

Entrevue avec Olivette Soucy, rédactrice en chef pendant 15 ans à La Gérontoise (2003 à 2018)

Comité de rédaction de la Gérontoise

9

Les soins infirmiers gériatriques : une expertise de pointe

Lucie Tremblay

10

Infirmière : se réinventer dans le partage des champs d'exercice professionnel

Marie Beaulieu

11

Dossier spécial : Les défis des soins infirmiers en gérontologie au Québec à l'horizon 2025

Conseil d'administration de l'AQIG

16

Le coaching : un soutien clinique individualisé pour les infirmières dans l'accompagnement des familles en CHSLD

Annie Grégoire et Diane Guay

Mot de la présidente



Bonjour !

Cet été fut chaud et humide pour tous. Les aînés vivant en résidences non climatisées ont trouvé difficile de garder la forme et de continuer leurs activités. Mais, l'automne est là et tous reprennent leurs activités.

Pour l'AQIIG, c'est aussi la reprise des travaux. Nous vous avons offert une belle journée scientifique en avril dernier *L'éthique dans les soins gériatriques*. Merci d'avoir été là. Grâce à la visioconférence, nous avons pu vous rejoindre chez vous, dans votre milieu. Nous en sommes très fiers. Nous voulons répéter l'exploit au printemps 2019. Surveillez les communiqués pour en savoir davantage. Le souper conférence de Québec, prévu pour cet automne, a dû, pour des raisons hors de notre contrôle, être reporté au printemps prochain. Nous vous informerons de la date sur le site de l'AQIIG.

La Gérotoise fait une réflexion sur son avenir en tant que revue gériatrique. Depuis sa création, les enjeux des soins gériatriques ont été modelés selon les besoins de chacune des décennies. Maintenant, il faut analyser les besoins actuels afin de répondre aux attentes. Vos commentaires et vos souhaits sont toujours appréciés.

L'AQIIG a participé au Plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* publié par le Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés. De plus, nous continuons à appuyer le Centre de recherche de l'Université de Montréal pour un projet sur les proches-aidants d'aînés souffrant de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées *Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)*.

Nous aimerions sensibiliser le personnel à la stigmatisation des personnes aînées LGBT (lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres) vivant de la solitude, du rejet, de la maltraitance. Même si la société est plus ouverte, les aînés ne comprennent pas toujours. De plus, la maltraitance des aînés demeure une préoccupation constante dans nos actions. En résumé, nous voulons collaborer à la promotion de la santé et à l'amélioration de la qualité de vie des aînés vivant tant dans la communauté qu'en milieu institutionnalisé.

Ensemble, soyons vigilants afin de donner des soins de qualité à nos aînés.

Le conseil d'administration aimerait implanter un comité de rédaction de *La Gérotoise*. La répartition de la tâche allègerait la préparation de la revue. Si vous avez de la facilité en français et désirez vous impliquer, nous serions heureux de vous accueillir. Avec l'utilisation des médias sociaux, le travail d'équipe est facilité même si vous demeurez en région.

Pour notre journée scientifique du 26 avril, inscrivez-vous en grand nombre. Nous avons hâte de vous rencontrer.

Je vous souhaite un bel été reposant.

Ginette Labbé
Présidente

Entrevue avec Olivette Soucy, rédactrice en chef pendant 15 ans à La Gérontoise (2003 à 2018)

Olivette Soucy a commencé sa carrière d'infirmière en 1961 à Québec dans le domaine de l'obstétrique. Elle obtient un Baccalauréat en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en 1980 et une Maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal (UdeM) en 1983. Pour ce dernier projet, elle développe un modèle innovateur d'intervention auprès des familles ayant un enfant souffrant de trisomie 21.

Après 18 ans de travail en obstétrique, elle débute, en 1986, une nouvelle carrière dans le secteur de la gériatrie à la Cité-de-la-Santé, Laval, en gérontopsychiatrie. Puis, en 1988, à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), elle occupe un poste d'infirmière clinicienne spécialisée en gérontologie. Elle devient alors une pionnière dans ce domaine. Elle se démarque par des innovations importantes, notamment sur le travail interdisciplinaire et dans le domaine des soins infirmiers ethnoculturels. De plus, la réalisation de fascicules *Origine ethnoculturelle et soins infirmiers gériatriques*¹ permet à l'IUGM de remporter, en 1996, le prix de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), le Prix *Pensée de la Fondation minorité inVISIBLE* en 2000.

À titre personnel, elle reçoit, en 2003, l'Insigne du mérite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le *Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec*.

À sa retraite, en 2003, elle devient, de façon autonome, consultante pour une dizaine de centres de santé de la province.



Rédaction de La Gérontoise : Comment a débuté votre carrière à l'IUGM?

Olivette Soucy : Après mon expérience à la Cité-de-la-santé, un poste d'infirmière clinicienne a été créé à l'IUGM. À l'époque, il y avait des infirmières cliniciennes seulement en pédiatrie, à l'Hôpital Sainte-Justine, mais aucune en gériatrie. Je suis restée à l'Institut pendant 15 ans. Un an après mes débuts dans ce milieu, Louise Francoeur, une collègue, a également obtenu un poste d'infirmière clinicienne et nous avons formé, elle et moi, une excellente équipe. On ne connaissait alors pas beaucoup les maladies liées au grand âge. Il fallait donc les faire connaître aux soignants pour ensuite aider les malades. J'ai adoré le milieu; il y avait beaucoup de possibilités. À mes débuts, nous, les infirmières cliniciennes spécialisées avons causé des bouleversements. Il fallait se faire accepter auprès des équipes de soins et interdisciplinaires et auprès des médecins, poliment, gentiment, mais il fallait le faire. Ensemble, nous avons relevé de nombreux défis!

RdLG : Quelle est l'origine de *La Gérontoise*?

OS : *La Gérontoise* est la revue de l'Association québécoise des infirmiers et infirmières en gérontologie (AQIIG). Ce mouvement a été fondé en 1984 par Germaine Céré, Thérèse Vir, Lorraine Beaudin et Monique Bissonnelle. *La Gérontoise*, a été fondée en 1989 mais n'a reçu son nom officiel qu'en 1990.

RdLG : Qu'est-ce qui vous a amenée vers *La Gérontoise*?

OS : Quand je suis arrivée à l'IUGM, j'ai appris à connaître davantage l'Association. Je connaissais déjà la revue et dans les années suivantes, en 1992, j'ai commencé à assister Lucie Berteau, qui était alors présidente de l'AQIIG. Mon implication a continué durant les années suivantes avec les autres présidentes de l'Association. En 2003, on a eu besoin de quelqu'un pour reprendre la revue. Comme j'aime écrire, ça a été naturel de m'impliquer davantage; je suis donc devenue la rédactrice en chef.

RdLG : Quel a été le plus grand défi à la rédaction de *La Gérontoise*?

OS : Le principal défi a toujours été de trouver des articles. Heureusement, ce qu'on voit à l'heure actuelle, c'est que beaucoup d'infirmières en recherche ou travaillant dans les milieux de soins rédigent des articles.

RdLG : Entre la première et la dernière revue que vous avez publiées, y a-t-il des éléments qui sont restés les mêmes, qui n'ont pas changé au fil des années?

OS : Je crois que *La Gérontoise* a constamment évolué au fil des années. Cependant, le désir de soigner des gens âgés en perte d'autonomie physique et/ou cognitive est resté le même.

RdLG : Qu'est-ce qui a changé en gérontologie au Québec pendant votre carrière?

OS : À mes débuts à l'Institut, la gériatrie était peu connue. Quand on voulait travailler dans le domaine, il fallait prouver sa compétence. Maintenant, la gériatrie est un domaine important, et elle est connue. Les soins ont beaucoup évolué, et je pense qu'à l'heure actuelle, nos collègues infirmiers et infirmières sont très compétents et ont beaucoup de connaissances.

RdLG : Avez-vous des craintes par rapport aux soins gérontologiques actuels?

OS : Non. Les infirmiers et infirmières, même s'ils sont très occupés se donnent corps et âme pour assurer des soins de qualité. Je pense, d'ailleurs, que les soins s'en trouvent améliorés. Au début, il y avait peu de personnes âgées dans nos milieux de soins, mais maintenant leur présence dans le Réseau est impressionnante! Ce n'est pas un travail facile de contenter tout le monde, malades et familles! La gériatrie est vraiment un milieu exigeant!

RdIG : Quelles ont été les petites révolutions dans les soins gériatriques qui ont eu lieu à travers les années?

OS : Il faut dire que les milieux de soins ont beaucoup évolué. Par exemple, les plans de soins n'existaient pas dans le temps. Aussi, on a implanté les réunions d'équipes interprofessionnelles. Avant de commencer toutes ces nouvelles activités, il a fallu faire de la formation pour préparer les équipes à ces nouveautés. Maintenant, il y a une connaissance approfondie de ces activités! On a aussi eu la chance d'avoir des directrices de soins extraordinaires. Elles ont été d'une aide incroyable pour l'amélioration des soins.

L'IUGM aussi nous donnait beaucoup de soutien. Par exemple, je me souviens d'avoir commencé à parler du nombre grandissant d'immigrants parmi la clientèle. On avait alors une quarantaine de personnes d'origines ethnoculturelles différentes et il y avait jusqu'à treize religions différentes. Un programme de formation *Soins infirmiers ethnoculturels en gériatrie*, destiné à sensibiliser davantage les infirmiers et infirmières à la réalité ethnoculturelle, a donc été créé. Des fascicules ethnoculturels permettaient de mieux comprendre la réalité culturelle de chaque groupe ethnique. Divisés en deux parties, ils présentaient d'abord les caractéristiques propres à chaque groupe culturel. Et, en deuxième partie, un plan de soins infirmiers adapté du modèle conceptuel de Virginia Henderson pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles. Pour les écrire, je m'associais toujours avec une personne du même groupe ethnique. Les soins en général, et surtout ceux en fin de vie sont culturellement différents selon le pays d'origine. Il fallait donc que les soignants le comprennent et s'adaptent. Ces fascicules *Origine ethnoculturelle et soins infirmiers gériatriques* ont été repris par de nombreux milieux de soins de la province.

Aussi, il faut se souvenir que l'avènement des histoires de vie des patients a créé, à leur implantation, une révolution dans les milieux de soins. Quand on connaissait mieux le parcours de vie des gens, c'était plus facile de les comprendre.

RdIG : Est-ce que *La Gérotoise* a permis de faire connaître les innovations en soins infirmiers et s'est-elle nourrie de ces changements?

OS : Oui. L'Association était membre du Comité des partenaires nationaux non-gouvernementaux-recherche et support aux pratiques. Elle a donc travaillé avec le Ministère de la Famille et des Aînés sur plusieurs dossiers, dont : La maltraitance et tout abus physique et psychologique envers la personne âgée. Elle a travaillé également sur le Plan d'action du ministère 2018-2023, *Vivre et vieillir ensemble*. Aussi, l'AQIIG collaborait étroitement avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour toute nouveauté dans les soins. La Gérotoise tenait régulièrement ses membres au courant de toutes ces activités.

RdLG : Comme mentionné, il y a eu plusieurs innovations en soins gérontologiques à travers les années, mais comment les voyez-vous évoluer dans la prochaine décennie?

OS : Il y a beaucoup de projets de recherche novateurs, qui sont en cours. Je pense notamment à l'aide à distance et le soutien à domicile. Également, je crois au potentiel du projet ministériel *Vieillir et vivre à domicile 2018-2022* qui souhaite que les gens restent à la maison le plus longtemps possible. Pour ça, il faut assurer des services! Il faut qu'il y ait du personnel pour répondre aux besoins.

Il y a aussi l'aide médicale à mourir qui se pratique de plus en plus en milieux de soins et à domicile. Il est aussi à espérer qu'on en apprenne plus sur la démence et, ainsi, l'identifier plus tôt. Je souhaite que la recherche continue à mieux comprendre comment satisfaire les besoins de bases des personnes âgées. L'important, c'est que les soins soient donnés avec bienveillance. Cette qualité est essentielle pour un soignant!

RdLG : Selon vous, qui seront les leaders en soins infirmiers gérontologiques de la prochaine décennie?

OS : Il se fait beaucoup de recherche actuellement dans le but d'améliorer les soins infirmiers. L'Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ) fait beaucoup dans ce domaine. Il y a également de beaux projets de recherche, dans les universités québécoises et dans toutes les expériences vécues par les soignants dans les milieux de soins et à domicile. Les soins ne peuvent que s'améliorer dans ce contexte.

RdLG : Avez-vous des exemples d'innovation qui se font attendre en soins infirmiers gérontologiques?

OS : Je n'ai pas d'exemples précis. Cependant, on pourrait, peut-être améliorer la place de la musique, dans nos milieux de soins. Il faut chanter avec les patients, mais chanter tranquillement. La musique que les gens aiment aide à les calmer. Les approches non pharmacologiques, c'est excellent. Il faut aussi continuer à travailler à la personnalisation des soins.   titre d'exemple, je me souviens d'une dame, d'un autre groupe ethnique, présentant une démence avanc e, qui

frappait tout le temps sur sa table. On avait découvert qu'elle se calmait s'il y avait, dans sa chambre, la diffusion d'un sermon religieux donné dans sa religion et dans sa langue, à l'aide d'un appareil et d'un disque fournis par sa famille. Cette activité la calmait. On pouvait voir le bonheur sur son visage!

RdIG : Merci beaucoup madame Soucy d'avoir pris le temps de nous rencontrer et de répondre à nos questions, et merci de votre contribution à *La Gérontoise*.

Les soins infirmiers gériatriques : une expertise de pointe

Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm.A., CHE, ASC

Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de 2012 à 2018

Les progrès de la médecine et les avancées en santé publique ont fait en sorte que non seulement les personnes âgées sont plus nombreuses, mais aussi elles survivent aujourd'hui à des pathologies qui les auraient emportées il y a quelques décennies. Devenus très complexes, les soins des aînés requièrent des compétences de pointe qui permettent une prestation de soins de qualité répondant à leurs besoins de santé spécifiques. Les personnes âgées sont souvent accablées par plusieurs pathologies causant une polypharmacie. Nous sommes appelés à intervenir auprès de cette clientèle à travers tout le continuum de soins, et non spécifiquement lors d'épisodes aigus.

Comme infirmières ou infirmiers, nous avons une posture unique permettant de développer un partenariat avec l'aîné et ses proches, afin d'évaluer sa condition physique et mentale et d'assurer un suivi optimal.

L'évaluation risque parfois de s'avérer plus complexe, car les signes et symptômes que présentent les aînés peuvent être atypiques. Certains se trouvent en situation de grande perte d'autonomie, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan cognitif. Les problèmes de santé étant souvent multiples, ils sont susceptibles de brouiller les cartes : problèmes ponctuels et aigus, problèmes de santé mentale, maladies chroniques, maladies neurodégénératives ou effets secondaires de médicaments. Il n'est pas rare par ailleurs que ces problèmes et leurs complications se côtoient.

Les infirmières et les infirmiers assurent une surveillance clinique rigoureuse, particulièrement en ce qui a trait à la pharmacothérapie. Nous procédons au dépistage, notamment du délirium, des risques de chutes, des plaies, des infections, de la dépression et des idéations suicidaires. Quel défi!

La vulnérabilité de plusieurs personnes fait en sorte que leur parcours de soins est ponctué d'instabilité, qui peut entraîner du déconditionnement. Le maintien des capacités des personnes âgées est un enjeu de taille pour les professionnels.

Les soins infirmiers occupent une place prépondérante pour répondre aux besoins des personnes âgées. Nous jouons donc un rôle incontournable qui contribue à améliorer considérablement leur qualité de vie et même à la préserver.



Lucie Tremblay

Avec plus de 33 ans d'expérience en soins infirmiers, Mme Tremblay a été présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) de 2012 à 2018, le plus important ordre professionnel, comprenant 75 000 membres. L'OIIQ est par définition un organisme délégataire de l'État chargé de protéger le public en s'assurant de la compétence et de l'intégrité des professionnels qui en font partie.

NOTES

1. Les projections les plus récentes montrent que les personnes âgées pourraient représenter près du quart de la population dès 2036. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009-2036, scénario croissance moyenne (M1), catalogue 91-520-X.

Infirmière : se réinventer dans le partage des champs d'exercice professionnel

Marie Beaulieu, infirmière clinicienne

Les fusions d'établissements dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et le nombre grandissant de ressources intermédiaires (RI) façonnent de nouveaux milieux de vie pour les aînés. Considérant le rôle prépondérant que doivent jouer les infirmières dans ce contexte, les leaders en soins infirmiers qui travaillent auprès d'une clientèle âgée sont bien positionnés afin de partager leur perspective quant aux futurs enjeux de la pratique infirmière.

Au Québec, le nombre de RI dédiées à une clientèle en perte d'autonomie reliée au vieillissement se situe à 44% selon l'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec (2018). Les infirmières œuvrant auprès des RI détiennent un rôle névralgique dans un contexte de vieillissement de la population qui n'a jamais été atteint de la sorte par le passé. Essentiellement, ce rôle se situe au niveau de l'encadrement et du soutien clinique auprès des équipes de préposés aux bénéficiaires (PAB) qui pratiquent des activités déléguées de la Loi 90.

L'infirmière en RI doit et devra exercer et assumer un leadership mobilisateur. Par une gestion de proximité auprès des équipes de PAB, elle s'assurera de mobiliser les ressources vers l'atteinte d'objectifs tout en assurant la qualité des soins et des services. L'infirmière en RI doit faire preuve d'écoute, d'ouverture, de créativité et de flexibilité à plusieurs niveaux. Toutefois, le processus de transfert des connaissances auprès du personnel apparaît comme étant primordial et synonyme de qualité.

Ainsi, par le développement continu de ses capacités d'analyse, l'infirmière en RI travaille toujours en recherche de solutions qui sont innovantes afin de répondre aux nombreux défis qui se présentent à elle; tant au niveaux clinique que administratif.



Marie Beaulieu

Mme Marie Beaulieu est infirmière clinicienne et elle est inscrite à la maîtrise en sciences infirmières avec mémoire à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Mme Beaulieu est directrice des soins à la Maison Mémoire du Cœur à Saint-Charles-Borromée, Joliette. La Maison Mémoire du Cœur est un milieu de vie participatif et familial adapté pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. On y retrouve trois maisons avec une architecture pensée et adaptée pour les personnes âgées atteintes de pertes cognitives. Un total de 36 résidents bénéficient de ce milieu de vie.

Mme Beaulieu œuvre à titre d'infirmière-gestionnaire et elle est responsable des activités cliniques de l'établissement ou elle doit relever des défis professionnels au sein d'une résidence privée pour aînés (RPA) et de autres deux maisons qui sont des ressources intermédiaires publiques.

Dossier spécial : Les défis des soins infirmiers en gérontologie au Québec à l'horizon 2025

Conseil d'administration de l'AQIIG

Pour ce numéro de transition suite au départ de notre rédactrice, les membres de votre conseil d'administration ont exploré les grands défis et les innovations à venir pour la profession infirmière en gérontologie dans la prochaine décennie. Nous espérons que vous aurez un plaisir à faire ce tour d'horizon avec nous.

Innovation clinique : Réalité virtuelle

Au Québec, plusieurs enjeux liés à l'utilisation des technologies limitent leur implantation dans les milieux de soins. Parmi ces technologies se trouve la réalité virtuelle.

La réalité virtuelle est définie par l'Office québécois de la langue française (2016) comme étant une « *technologie permettant une simulation interactive et en temps réel de la réalité, par la création par ordinateur, à l'aide d'images de synthèse, d'un environnement virtuel en 3D dans lequel on peut évoluer, et procurant la sensation d'une immersion dans un monde réel.* »

Elle peut donc servir d'outil permettant aux personnes de revisiter des lieux évocateurs de leur passé, de les immerger dans un environnement calme et apaisant, et même leur faire visiter des lieux inaccessibles en raison de leur état de santé (Roberts, Schutter, Franks, et Radina, 2018). Il est même possible de visiter ces lieux virtuels en groupe, favorisant la socialisation des personnes.

La réalité virtuelle peut aussi être utilisée pour favoriser l'exercice physique, que ce soit dans le cadre d'exercices de marche ou par l'intermédiaire d'un jeu. Des effets positifs sur l'équilibre et la mobilisation ont d'ailleurs été relevés auprès des personnes âgées (Neri, Cardoso, Cruz, Lima, de Oliveira, Iversen, et Carregaro, 2017).

Plusieurs autres effets bénéfiques tels qu'une amélioration de la qualité de vie, du bien-être (Lin, Lee, Lally, et Coughlin, 2018) et de l'humeur (Moyle, Jones, Dwan, et Petrovich, 2018), une diminution de la douleur (Wiederhold, Gao, Sulea, et Wiederhold, 2014), et même une réduction du risque de chute (Lord, 2016) ont également été documentés à la suite de l'utilisation de la réalité virtuelle. Bien sûr, il existe plusieurs barrières à l'utilisation de cette technologie, comme entre autres les coûts associés à l'utilisation de la technologie, la couverture de ces coûts par l'état et les compagnies d'assurance (Keller, Park, Cunningham, Fouladian, Chen, et Spiegel, 2017), et la perception des personnes âgées des nouvelles technologies (Roberts, et al., 2018).

Nonobstant les barrières associées à l'implantation de nouvelles technologiques, plusieurs projets de recherche au Québec explorent les applications possibles de la réalité virtuelle auprès de diverses clientèles et dans plusieurs milieux de soins. Par contre, peu d'entre eux s'attardent à son utilisation auprès des personnes âgées. Malgré un corpus de connaissances grandissant sur les bénéfices de la réalité virtuelle et une utilisation de plus en plus répandue ailleurs au Canada et dans le monde, son utilisation fait toujours défaut auprès des personnes âgées des divers milieux de soins québécois. Cette technologie en constante évolution gagne donc à être étudiée, et davantage mise à l'essai auprès des personnes âgées du Québec. D'ici 2025, elle pourrait révolutionner les soins aux personnes âgées, et surtout, leur qualité de vie et leur bien-être au quotidien.

Innovation recherche : Banque d'instruments de mesure du RRISIQ

Parmi les innovations d'aujourd'hui qui auront un impact important sur l'essor de la recherche en sciences infirmières au Québec au cours de la prochaine décennie, il est évident que la banque d'instruments développée par Réseau

de Recherche en Interventions en Sciences Infirmières du Québec (RRISIQ) fait partie des incontournables. Le May et al. (2017) explique avoir choisi le logiciel de gestion de référence Zotero pour développer la banque d'outils, tout simplement parce que ce logiciel est libre de droit et gratuit. Le développement de la banque a commencé en 2012, impliquant la participation pour son développement de chercheurs de plusieurs universités. La banque est classée en 3 domaines pour faciliter l'utilisation : l'administration des services infirmiers, la formation infirmière et l'intervention clinique. En 2017, le RRISIQ avait déjà référencé plus de 1400 instruments validés dans la banque, plusieurs outils sont en anglais, et les liens vers les versions françaises sont inclus lorsqu'ils sont disponibles. Le principal défi de l'équipe travaillant sur le développement de la banque est de mieux faire connaître le service auprès des chercheurs et des étudiants des cycles supérieurs. Il est possible de consulter des tutoriels sur le site du RRISIQ pour vous préparer avec les bons outils de recherches pour vos projets de la prochaine décennie!

Pour commencer votre visite : <https://rrisiq.com/fr/soutien-formation-recherche/banque-instruments>

Innovation clinico-administrative : Le logiciel SOFI développé par le Groupe Maurice

Alors que la population vieillit à la vitesse grand « V » et que les soins de santé demeurent un enjeu important au Québec, il est devenu essentiel de développer un logiciel du dossier clinique pour soutenir une prestation de services personnalisés à la hauteur des attentes de la clientèle en Résidence pour personnes âgées (RPA).

En 2013, le Groupe Maurice a créé, en collaboration avec Télémedic, le logiciel SOFI : **S**oins, **O**rganisation, **F**luidité, **I**nterdisciplinarité. Leur principal défi était de favoriser le partage d'informations entre les différents intervenants qui accompagnent le résident dans son parcours au Groupe Maurice. Éviter la double saisie de l'information était également un irritant majeur pour les infirmières. Plus de 4 ans suite à l'implantation de cette technologie, les avantages estimés qui résultent de son utilisation sont nombreux.

Mentionnons notamment que l'outil permet entre autres de répondre aux besoins spécifiques des infirmières en Résidences pour Personnes âgées

(RPA). Il améliore simultanément l'accessibilité des informations cliniques en temps opportun, une prise en charge globale et personnalisée du résident et un suivi de ses besoins de santé. L'harmonisation des processus de soins et l'accès aux indicateurs de performance et de qualité sont d'autres avantages qui ont été observés.

Les prochaines étapes de développement permettront d'intégrer SOFI à d'autres logiciels afin d'améliorer le circuit du médicament, de mettre de l'avant des alertes qui permettront aux infirmières d'évaluer en priorité certaines situations cliniques plus à risque.

Le Groupe Maurice qui compte environ 1900 employés, dont une quarantaine d'infirmières, 280 infirmières) auxiliaires, et plus de 430 préposés. Tous ces gens travaillent avec passion pour livrer la promesse client auprès de 10 000 résidents, dont plus de 650 en perte d'autonomie.

Une visite s'impose sur le site du Groupe : <https://www.legroupe Maurice.com/nouvelles/mieux-connaître-notre-client-grâce-sofi/>

Innovation clinique : RADAR

Le vieillissement de la population est une réalité à laquelle nous sommes déjà tous confrontés. Les statistiques le démontrent, d'ici 2025 la population québécoise de 65 ans et plus attendra environ 22% de la population totale (Institut du Québec, 2017). Voilà pourquoi il faut travailler dès maintenant à développer les outils mis à notre disposition.

Un outil très prometteur est RADAR (Repérage Actif Du Délirium Adapté à la Routine), développé par Philippe Voyer et son équipe. Cet outil facile à utiliser ne requiert qu'une dizaine de secondes à l'infirmière pour être réalisé contrairement à une moyenne de dix minutes pour un outil comme le CAM (*Confusion Assessment Method*). Il faut réfléchir à des pistes de solutions maintenant, car avec le vieillissement de la population viendra inévitablement une lourdeur accrue sur les unités de soins. Cette augmentation fera en sorte qu'il deviendra de plus en plus difficile de regrouper les personnes âgées sur des unités de soins dédiées à la gériatrie. Il faut donc s'assurer dès maintenant que les infirmières soient prêtes, et ce peu importe leurs spécialités. Il devient donc un enjeu primordial de commencer à utiliser un outil comme RADAR sur plus d'unités de soins, et ce dès maintenant.

Les études faites en 2012-2013 sur des unités de médecine, de cardiologie et coronariennes en plus d'unités de soins de longue durée ont démontré des résultats positifs. Il est donc temps de déployer cet outil à plus grande échelle afin d'assurer une transition efficace et d'assurer une prise en charge optimale de nos aînés lorsque le temps viendra. Cette réalité qui approche à grands pas nous affectera tous, il est donc de notre responsabilité collective de s'assurer que tous les intervenants soient prêts lorsque le temps viendra.

Innovation professionnelle : L'Autonomie des IPS et l'objectif de 2000 IPS au Québec en 2024-2025

À la fin mars 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Gaétan Barrette ainsi que Mme Hélène David, ancienne ministre responsable de l'Enseignement supérieur, annonçaient l'arrivée graduelle de 2000 IPS d'ici 2024-2025 pour ainsi offrir de meilleurs soins de santé à la population du Québec (QIIQ, 2017). Cette nouvelle a été accueillie avec enthousiasme auprès de la population, mais qu'en est-il des réels enjeux de cette croissance du nombre d'IPS en 7 ans?

L'enjeu majeur soulevé par Jean (2015) se situe au niveau de l'implantation des IPS dans les différents milieux de soins. Quelques facteurs d'influences, le soutien organisationnel, la syndicalisation, le soutien des milieux, collaboration dans l'équipe et une vision commune des rôles.

Il a été écrit et dit que l'implantation des IPS dans les milieux de soins augmenterait l'accessibilité à la population, diminuerait le nombre de patients sans médecin de famille mais pour que ces objectifs soient réalisés, il faut atteindre le nombre d'IPS à plus de 2000 d'ici les 7 prochaines années. Les équipes médicales doivent faire plus de place aux IPS et une volonté ministérielle doit être davantage mise de l'avant pour diminuer les facteurs d'influences qui briment l'implantation des IPS dans les différents milieux de soins et ce dès les stages en milieux cliniques. L'arrivée graduelle de ces 2000 IPS sera un souffle nouveau pour le Québec et viendra très certainement combler un manque dans la prise en charge médicale.

Défis humanistes : Le respect des personnes âgées LGBT (Lesbiennes, Gaies, Bisexuelles et Trans)¹

Les personnes âgées LGBT craignent de divulguer leur orientation sexuelle ou leur identité de genre principalement à cause de leur vécu. En effet, la plupart ont dû se cacher pour éviter la prison ou les thérapies de réorientation sexuelle. Presque toutes ont vécu des formes de rejet par leur famille, leur milieu de travail, leur communauté religieuse, etc.

Ces expériences d'exclusion ont laissé des traces et plusieurs études confirment que les personnes âgées LGBT constituent une population particulièrement vulnérable. De plus, malgré les récentes avancées juridiques, les préjugés persistent, notamment chez les aînés. Plusieurs personnes LGBT craignent de vieillir et de se retrouver isolées dans un milieu peu accueillant où elles seraient contraintes de « retourner dans le placard ».

Qu'elles désirent divulguer ou non leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, les personnes LGBT doivent pouvoir évoluer dans des milieux où elles se sentent acceptées. C'est sur ce point que les infirmières peuvent intervenir! Par rapport à la moyenne des aînés, les personnes âgées LGBT sont aussi plus susceptibles de vivre seules, célibataires, sans enfant et sans le support familial nécessaire pour faire face aux défis du vieillissement. Il en résulte qu'elles constituent une population particulièrement vulnérable aux actes de maltraitance, à l'intimidation et aux problèmes de santé mentale qui peuvent aller jusqu'aux idéations suicidaires.

Un des enjeux majeurs de la prochaine décennie et qui fait partie des préoccupations de l'AQIIG, est de sensibiliser le personnel infirmier à cette problématique de rejet des aînés par d'autres aînés, au malaise ressenti par le personnel soignant face à une personne LGBT. Comment éviter le rejet et la maltraitance des personnes LGBT?

Défis humanistes : Enjeux dans la gérance du vieillissement de la personne âgée immigrée

Le vieillissement en santé, partie intégrante des habitudes de vie saine a un effet important sur la santé des populations. Toutefois, dans une société multiethnique, les défis et les enjeux sont de taille. La compréhension et la gestion des connaissances sont essentielles pour rendre accessible les outils dont les personnes âgées ont besoin pour mieux connaître et mieux comprendre l'aide offerte dans la société québécoise aux aînés. Cette société est représentée, en outre par les infirmières spécialisées en gériatrie, surtout lorsqu'on parle d'une clientèle âgée immigrante. La question est de savoir si les infirmières seront outillées dans la prochaine décennie pour cet enjeu important.

Ici, nous parlons de deux profils d'immigrants, soit des personnes âgées ayant vieilli au Québec et celles qui ont immigré à un âge avancé, généralement parrainé dans le cadre de la politique de regroupement familial. Pour ces deux profils, le système actuel met l'accent sur l'aide offerte par leurs enfants dans le processus de gérance du vieillissement.

La sous-utilisation des services publics par les personnes âgées immigrantes dues à une certaine ignorance est bien connue (Runnels, 2017). Au Québec, le manque de connaissances à l'endroit du système de santé et de services sociaux, combiné à des difficultés de communication et de compréhension contribuent à cette sous-utilisation des services publics. Effectivement, les personnes âgées immigrantes ne maîtrisent pas toutes la langue officielle ou les coutumes ethniques québécoises. Selon les coutumes ethniques de la personne âgée, les enfants de certaines cultures ont la responsabilité de prendre en charge leurs parents immigrants en devenant des aidants naturels à temps plein.

Avant de se concentrer sur des programmes d'aide pour les personnes âgées immigrantes, une attention particulière durant la prochaine décennie doit être portée aux programmes d'aide pour les aidants naturels. Apprendre à mieux gérer leur stress dans leur quotidien partagé entre leur vie personnelle, leur vie professionnelle et leurs parents, les aideront davantage à composer avec ces trois réalités et de trouver des ressources et des outils pour les aider à garder leur intégrité psychologique et physique.

Toutefois, ces outils et ressources doivent prendre en considération les particularités culturelles, car il ne faut pas oublier que les aidants naturels sont aussi des personnes immigrées, souvent à la deuxième ou la troisième génération, avec leurs croyances et leurs coutumes.

Défis transhumaniste : Robots et gérontotechnologie

Vous pensez encore que les robots ne seront jamais capables de travailler en gériatrie, et bien nous avons une surprise; ils sont déjà au travail! À l'heure actuelle, des robots sont développés par des firmes de hautes technologies pour des raisons bien précises. Par exemple, Pepper est un robot vibrant d'émotion, et il adore tenir la conversation auprès des gens qui acceptent de s'attacher à lui. Le succès n'est pas encore au rendez-vous auprès de toutes les personnes âgées, mais ses développeurs espèrent bien qu'il deviendra le meilleur ami de nos résidents en centre d'hébergement. Palro est également un robot de socialisation et de gardiennage, et il fonctionne en centre d'hébergement et à domicile. Palro filme discrètement la personne âgée pour sa sécurité tout en prenant le temps nécessaire pour jaser, chanter des chansons avec la personne et même danser. Ce robot prévient même de ne pas oublier le parapluie si la météo s'annonce mauvaise. De plus, ses développeurs veulent lui apprendre à faire de la thérapie dans les prochaines années.

Outre les robots de socialisation, d'autres robots sont axés sur l'aide fonctionnelle directe. Par exemple Roméo est un aidant robotique pour maintenir l'indépendance fonctionnelle à domicile. Il est un véritable zélé pour trouver la meilleure façon de prêter assistance auprès de personnes âgées en perte d'autonomie; il retire les obstacles, aide à la marche, transporte les commissions et aide à se relever en cas de chute. Pour sa part, Nao est un technicien en loisirs destiné aux centres d'hébergement. Il travaille sans relâche pour rappeler l'importance de bouger et de faire des exercices. Il adore particulièrement expliquer des exercices adaptés pour les personnes avec une mobilité réduite, et il affectionne aussi la danse en groupe. Nao est particulièrement sophistiqué; s'il perçoit que la personne âgée devient inconfortable, il utilise l'humour et l'autodérision pour faciliter la relation. Selon Wrobel et al. (2014) la mise en place d'aides techniques, comme des robots, au domicile des personnes âgées, en combinaison avec de l'aide provenant d'humains, assure un maintien plus long à domicile en permettant de préserver leur autonomie et leur sécurité.

NOTES

1. Écrit en collaboration avec Julien Rougerie du Groupe Émergence

RÉFÉRENCES

- Giladi, N. (2017). Improved mobility and reduced fall risk in older adults after five weeks of virtual reality training. *Journal of Alternative Medicine Research*, 9(2), 171.
- Institut du Québec (2017). Le vieillissement de la population et l'économie du Québec. Repéré en ligne à : https://www.institutduquebec.ca/docs/default-source/recherche/9288_vieillissement-population_fr-br.pdf?sfvrsn=2
- Jean, E. (2015). Implantation d'une innovation au sein d'une région rurale éloignée au Québec: le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Thèse, doctorat en sciences infirmières. Université Laval.
- Keller, M. S., Park, H. J., Cunningham, M. E., Fouladian, J. E., Chen, M., & Spiegel, B. M. R. (2017). Public Perceptions Regarding Use of Virtual Reality in Health Care: A Social Media Content Analysis Using Facebook. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), e419. <http://doi.org/10.2196/jmir.7467>
- Le May, S. (2017). Banque d'instruments de mesure en recherche : Une innovation au service des membres chercheurs en sciences infirmières. *Journal of the Canadian Health Libraries Association / Journal De L'Association Des Bibliothèques De La Santé Du Canada*, 38(1). <https://doi.org/10.5596/c17-002>
- Lin, C. X., Lee, C., Lally, D., & Coughlin, J. F. (2018). Impact of Virtual Reality (VR) Experience on Older Adults' Well-Being. *Lecture Notes in Computer Science*, 89-100. doi:10.1007/978-3-319-92037-5_8
- Lord, S. R. (2016). Virtual reality and the prevention of falls in the real world. *The Lancet*, 388(10050), 1132-1134. doi:10.1016/s0140-6736(16)31347-2
- Moyle, W., Jones, C., Dwan, T., & Petrovich, T. (2018). Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia: A Mixed Methods Pilot Study. *Gerontologist*, 58(3), 478-487. doi:10.1093/geront/gnw270
- Neri, S. G., Cardoso, J. R., Cruz, L., Lima, R. M., de Oliveira, R. J., Iversen, M. D., & Carregaro, R. L. (2017). Do virtual reality games improve mobility skills and balance measurements in community-dwelling older adults? Systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*, 31(10), 1292-1304. doi:10.1177/0269215517694677
- OIIQ (2017). Actualité du 7 mars 2017, Repéré en ligne à : <https://www.oiiq.org/bientot-2000-ips-au-quebec>
- Roberts, A. R., Schutter, B., Franks, K., & Radina, M. E. (2018). Older Adults' Experiences with Audiovisual Virtual Reality: Perceived Usefulness and Other Factors Influencing Technology Acceptance. *Clin Gerontol*, 1-7. doi:10.1080/07317115.2018.1442380
- Runnels, V. (2017). Comprendre les besoins et les priorités en matière de soins de santé des personnes âgées immigrantes dans la région du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS). Un projet de recherche communautaire et participatif dans la région du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS) en Ontario. Ottawa: Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa et Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Savoie, M., Carmichael, P.H., Richard, H., Richard, S. (2015). RADAR : A measure of the sixth vital sign? *Clinical Nursing Research*, Sep 2. pii: 1054773815603346 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26337503>
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Savoie, M., Richard, S., Carmichael, P.H. (2015). *Recognizing Acute Delirium As part of your Routine [RADAR]: A validation study*. *BMC Nursing*, 14:19. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/14/19>
- Wiederhold, B. K., Gao, K., Sulea, C., & Wiederhold, M. D. (2014). Virtual reality as a distraction technique in chronic pain patients. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 17(6), 346-352. doi:10.1089/cyber.2014.0207
- Wrobel, J., Pino, M., Wargnier, P. et Rigaud, A. S. (2014). Robots et agents virtuels au service des personnes âgées : une revue de l'actualité en gérontechnologie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14(82), 184-193. doi: <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.02.007>

Le coaching : un soutien clinique individualisé pour les infirmières dans l'accompagnement des familles en CHSLD

Annie Grégoire et Diane Guay

Lorsqu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA) s'apprête à y vivre ses derniers moments, force est de constater que certaines familles ne sont pas prêtes à vivre la transition de la perte d'un être cher. Le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement de ces familles est central et reconnu tant dans la profession que dans les milieux. Toutefois, des difficultés dans l'actualisation de certaines facettes de celui-ci semblent perdurer. Peu d'études ont rigoureusement évalué des interventions réalisées afin de soutenir les infirmières à se développer professionnellement dans leur accompagnement auprès des familles et de ce que l'on constate, la formation à elle seule ne suffit pas. Dans la littérature scientifique, l'utilisation d'une approche réflexive et la présence d'une personne mentor démontre des pistes d'interventions intéressantes pour soutenir les infirmières dans l'actualisation de nouvelles pratiques. Dans le cadre d'un stage en pratique infirmière avancée, une intervention mettant de l'avant ces différentes stratégies de soutien a été réalisée et dresse le contour des défis et des forces associées.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, fin de vie, transition, coaching, famille.

Au Québec comme ailleurs au Canada, le rehaussement des pratiques en matière de fin de vie est une priorité endossée par les instances gouvernementales (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015) et juridiques (Gouvernement du Québec, 2016, 2018). Le cadre national « Aller de l'avant » propose d'ailleurs un plan d'action visant la diffusion de l'approche palliative intégrée pour toute clientèle souffrant de maladies chroniques, tout au long du continuum de soins, et ce, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin (Association canadienne de soins palliatifs [ACSP], 2015). Or, en dépit de la pertinence désormais incontestée de cette approche auprès de la clientèle atteinte de la

maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (MAMA), la méconnaissance de cette approche, le manque de formation et de ressources, les difficultés de communication ainsi que les caractéristiques individuelles des soignants comptent parmi les principales barrières freinant son déploiement en centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD) (Erel, Marcus et Dekeyser-Ganz, 2017; Harrison Denings, Greenish, Jones, Mandal et Sampson, 2012; Hill, Savundranayagam, Zecevic et Kloseck, 2018).

Du point de vue des familles¹ ayant un proche atteint de MAMA résidant en CHSLD, la transition menant à la fin de vie de l'être cher est caractérisée par un processus de détachement progressif particulièrement difficile (Peacock, 2013; Lethin, Rahm, Hallberg, Karlsson et Janlöv, 2016). Communément appelées le « deuil blanc », les particularités du deuil que vivent les familles d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer nécessitent un soutien et un accompagnement individualisé afin de transiger avec les multiples pertes qui inévitablement, accompagnent cette trajectoire (Benhaberou-Brun, 2014). Cette situation correspond précisément aux travaux menés par Meleis (2010) et ses collaborateurs, qui définissent le concept de transition comme :

« le passage d'une étape de vie, d'une condition ou d'un statut à un autre, un concept multiple embrassant les éléments de processus, de durée et de perception. [...] La transition renvoie à la fois au processus et au résultat des interactions complexes entre la personne et l'environnement. [...] C'est une période de changement entre deux états relativement stables qui s'associe à un certain degré d'auto-redéfinition (Chick et Meleis, 1986, p. 239-240, 253 [Traduction libre]).

Les principaux stades caractérisant la trajectoire de cette maladie sont relativement prévisibles et bien documentés (Reisberg, Ferris, De Leon et Crook, 1982). Ceux-ci sont ponctués de moments susceptibles d'offrir à l'infirmière de précieuses occasions de soutenir l'expérience singulière que devra vivre chacun des membres de la famille à travers cette ultime transition que sera la fin de vie (Rose et Palan Lopez, 2012). Or, si les difficultés liées à l'alimentation, l'anorexie et la récurrence des pneumonies d'aspiration figurent parmi les signes éloquentes témoignant du caractère évolutif de la maladie (Sakai, Masuda, et Miyanishi, 2016), ces épisodes sont fréquemment vécus comme des moments angoissants pour les familles. En effet, ces dernières sont généralement sollicitées pour participer au processus décisionnel, mais se disent insuffisamment soutenues et peu préparées à assumer ce rôle (Carter et al., 2018).

Cette situation est préoccupante puisque l'accompagnement individualisé, recommandé par l'approche palliative et réclamée par cette clientèle, constitue un défi bien réel pour les infirmières insuffisamment formées dans ce secteur d'activité (Chen, Lin, Hu, Chuang, Long, Chang et Liu, 2018; Jonhson et al., 2009; Roger, 2006). La pratique clinique actuelle en CHSLD révèle donc un important besoin de rehausser le soutien auprès des infirmières en matière d'accompagnement et de soutien à la famille lors de la transition vers la fin de vie de leur proche.

Bien que la formation soit considérée comme l'un des principaux moyens d'améliorer les soins de fin de vie dispensés par le personnel en centre d'hébergement (Beeber, Zimmerman, Fletcher, Mitchell et Gould, 2010), les auteurs s'entendent pour affirmer que la formation théorique à elle seule ne suffit pas (Anstey, Powell, Coles, Hale et Gould, 2016; Verreault et al., 2017). Notons que l'autoapprentissage dirigé (Pitman, 2013) ou l'apprentissage en ligne (Broglia, et Bookbinder, 2014) ne semblent pas avoir démontré des résultats significativement positifs. La simulation serait par ailleurs une stratégie d'apprentissage efficace, surtout lorsqu'elle est suivie d'une activité réflexive de débriefing animé par un mentor (Dufrene et Young, 2014 ; Hockley, 2014 ; Mazanec, Aslakson, Bodurtha et Smith, 2016 ; Smith et al., 2018). Soulignons enfin que la stratégie de jumeler les connaissances théoriques et la pratique, basée sur des cas réels et abordés sous forme de discussion de cas, figure parmi les stratégies éducatives répertoriées considérées les plus efficaces pour rehausser la pratique (Riesch, Meyer, Lehr et Severin, 2018). Ajoutons que les interventions éducatives proposant la contribution d'une ressource facilitatrice

dans le milieu et offrant un accompagnement individualisé basé sur les besoins des apprenants, rapportent des résultats prometteurs (Chen et al., 2018 ; Lockett et al., 2017 ; Moore et al., 2017; Roberts et Gaspard, 2013 ; Verreault et al., 2017). Ayant le potentiel d'améliorer l'implantation des programmes de formation dans la pratique, le recours à une ressource facilitatrice conduirait à l'amélioration de la satisfaction des familles et au confort des résidents. En agissant à titre de ressource, cette personne collabore à la conception, la réalisation et la prestation de la formation. Par son implication directe auprès des intervenants, elle favorise le développement des compétences professionnelles, offre un précieux soutien aux membres des équipes de soins et favorise la pérennité du changement de pratique. (Hockley, 2014; Mazanec, Alaskson, Bodurtha et Smith, 2016).

Nous retenons de cette recension que le rehaussement de la pratique nécessite de faire appel aux principes d'andragogie, lesquels recommandent de tenir compte des acquis professionnels déjà en place chez les individus et les moyens de les réinvestir comme fondation à toute autre construction. Un consensus se dresse ainsi quant à l'efficacité de recourir à une ressource détenant une expertise dans les milieux cliniques afin d'assurer la rétention de nouveaux apprentissages ainsi que la pérennité des interventions.

Objectif

Cette publication vise à présenter une intervention de coaching clinique réalisée dans le cadre d'un stage en pratique infirmière avancée conduite auprès de collègues œuvrant en CHSLD qui accompagnent des familles vivant la transition vers la fin de vie d'un proche atteint de MAMA.

Déroulement de l'intervention

L'intervention a été développée et mise en œuvre au sein de deux unités de soins d'un centre d'hébergement québécois affilié universitaire qui dessert une clientèle majoritairement âgée et atteinte de MAMA. Telle qu'illustrée à la figure 1, cette intervention est composée de deux principales phases et s'est déroulée dans le cadre d'un stage en pratique infirmière.

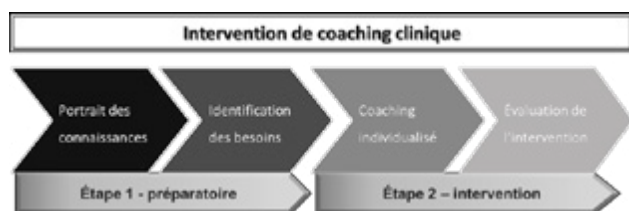


Figure 1. Les étapes de l'intervention

La première étape (préparatoire) se subdivise en deux sous-étapes et propose de dresser le portrait des connaissances théoriques à partir d'un questionnaire² suivi d'un entretien individuel semi-dirigé structuré par un guide préalablement élaboré par l'auteure principale³. Cette sous-étape visait l'exploration des besoins spécifiques de l'infirmière et proposait neuf questions ouvertes comme « *Que trouvez-vous le plus difficile dans l'accompagnement des proches ?* » ou « *Comment faites-vous pour savoir où se situe la famille par rapport à la maladie de leur proche?* » Le caractère complémentaire de ces deux stratégies permet ainsi de faire émerger les forces et besoins des infirmières relativement à l'accompagnement des familles lors de l'étape de transition menant à la fin de vie d'un proche atteint de MAMA en CHSLD.

La seconde étape (intervention) s'articule autour de séances de coaching clinique individualisées dispensées par une ressource clinique terrain (auteure principale) préalablement formée. Pendant les rencontres, les participantes étaient invitées à discuter d'une situation vécue (passée ou actuelle) présentant des défis pour elles en matière d'accompagnement à la famille en situation de fin de vie. La structure de St-Arnaud (2003) soutenu par une structure de coopération et non d'évaluation de la pratique de l'infirmière a été retenue pour réaliser le coaching. Par l'entremise du cadre conceptuel de transition de Meleis (2010) et de ses composantes, la stagiaire pouvait illustrer, lorsque la situation s'y prêtait, de quelle manière la situation discutée vécue par le membre de la famille était unique et explorait avec la participante les éléments pouvant en influencer la résolution. Les participantes étaient ensuite encouragées à simuler à haute voix ses

prochaines interactions auprès des membres de la famille. Au terme de l'intervention, le questionnaire le PCQN-F, bonifié de cinq questions à court développement sur la satisfaction de l'activité de coaching, a été distribué de nouveau aux participantes. Cette stratégie visait à évaluer l'influence de l'intervention sur l'apprentissage ainsi que l'appréciation des séances de coaching par les participantes.

Résultats : Étape préparatoire

Après avoir obtenu l'autorisation des chefs d'unité et de la coordonnatrice de services en milieu d'hébergement, les infirmières ont été informées du projet de stage par l'entremise d'une sollicitation en personne avec le soutien d'une lettre d'invitation sur laquelle figurait le but de l'intervention, le déroulement et les diverses modalités de collecte de données. Les personnes intéressées à participer étaient invitées à communiquer avec la stagiaire (auteure principale). Cette dernière était responsable de faire signer le formulaire de consentement, incluant l'enregistrement numérique de l'entretien et de distribuer le questionnaire sociodémographique ainsi que le questionnaire. Les entretiens, d'une durée de trente minutes, ont été réalisés au moment et à l'endroit choisis par les participantes. Au total, six infirmières ont complété l'intervention. Le tableau 1 dresse le portrait des participants.

| Nombre | n = 6 infirmiers (ères) | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Genre | 5 femmes 1 homme | |
| Âge | 20-30 ans = 2 30-40 ans = 0 | 40-50 ans = 3 50-60 ans = 1 |
| Années dans la profession | Moyenne = 18 ans | Étendue = 4 à 36 ans |
| Années en CHSLD | Moyenne = 18 ans | Étendue = 4 à 36 ans |
| Niveau de scolarité | DEC = 5 | BAC = 1 |
| Horaire de travail | Jour = 5 | Soir = 1 |
| Régime de travail | TC = 5 | TP = 1 |

Tableau 1. Portrait sociodémographique des participants

On remarque que la majorité des participants sont des femmes âgées de quarante à cinquante ans travaillant de jour détenteurs d'un diplôme d'études collégiales. Le nombre d'années dans la profession correspond exactement au nombre d'années d'exercice en CHSLD, ce qui suggère que les infirmières travaillant dans ce milieu y font carrière.

Les participantes ont en moyenne obtenu 67,5% de bonnes réponses au questionnaire. L'ensemble des participantes a répondu correctement à six questions sur vingt. Elles portaient sur la gestion des symptômes et le soulagement de la douleur. Certes, bien que les infirmières se disent relativement à l'aise dans la gestion de la douleur et des symptômes en fin de vie, les résultats obtenus démontrent que certaines notions demeurent moins maîtrisées et laissent place à de l'amélioration puisqu'au total, treize questions abordaient ces thèmes sur les vingt.

Plusieurs défis pour la pratique infirmière ont émergé des entretiens semi-dirigés réalisés auprès des participantes. D'une voix consensuelle, les participantes ont identifié la communication comme étant le plus grand défi dans l'accompagnement des familles. Parler de la mort, utiliser les bons mots, annoncer les mauvaises nouvelles, faire face au déni ou craindre de lever le voile sur des émotions bouleversantes en initiant une conversation avec les familles fait partie des sujets les plus difficiles à aborder pour les infirmières. Par moment, certaines d'entre elles se sentaient démunies ou désemparées pour accompagner des familles chez qui le processus de deuil n'était que très peu entamé; elles souhaitaient « qu'ils cheminent » dans ce processus sans pour autant bien cerner leur rôle et la façon de l'actualiser. De façon plus pointue, elles ont identifié la gestion des conflits, la gestion des émotions et les conflits de valeurs comme étant des aspects difficiles de leur pratique d'accompagnement. L'ambiguïté dans l'identification du bon moment comme étant la fin de vie imminente a également émergé comme un obstacle pouvant limiter les discussions avec les familles. De plus, ne pouvant elles-mêmes s'exprimer, le soulagement de la douleur des personnes atteintes de MAMA comporte un niveau de difficulté supplémentaire dans son évaluation et complexifie son soulagement. Parfois difficile à soulager ou ne sachant comment y arriver, un inconfort persiste face à la famille lorsque le soulagement de leur proche est complexe.

Résultats : Étape d'intervention

Les rencontres de coaching cliniques ont été réalisées par la stagiaire préalablement formée, pendant les heures de travail régulières, à un moment identifié en collaboration avec le gestionnaire et les équipes soignantes. Chaque rencontre de coaching, d'une durée de 30 minutes, a ensuite été analysée par la stagiaire et validée par l'experte. Au total, 17 rencontres de coaching ont été réalisées. Les participantes ont bénéficié en moyenne de 3 rencontres de coaching clinique

chacun, articulés autour de cas réels, choisi par les infirmières elles-mêmes. La situation familiale abordée à chacune des rencontres pouvait être en lien avec la séance précédente ou présenter un nouveau défi. Les participantes ont apprécié choisir les aspects de leur pratique sur lesquels elles souhaitaient porter un regard à travers les familles accompagnées. « *J'ai pu me souvenir de patients qui m'avaient touché et faire un retour sur ces situations avec quelqu'un d'expérience* » (participante no 1). Ainsi, la stagiaire et la participante se concertaient dans la poursuite d'un but commun où il y avait reconnaissance mutuelle des compétences et partage du pouvoir, c'est-à-dire que l'une comme l'autre pouvait exercer une influence sur l'autre (St-Arnaud, 2003). Différent d'une structure d'évaluation, mais aussi d'une approche de relation d'aide telle qu'enseignée dans la profession infirmière auprès des clients, cette intervention de coaching se voulait vraiment orientée sur les besoins individuels des infirmières, en fonction de leurs propres objectifs, évoluant dans une relation de coopération.

Alors que certaines ont exprimé craindre de se sentir jugée, critiquée ou n'étaient tout simplement pas disposées à explorer des zones plus difficiles de leur exercice, d'autres ont trouvé l'exercice réflexif très enrichissant « *Cela m'a permis de m'arrêter sur ma pratique, c'est rare qu'on puisse faire ça* » (participante no 6). D'autres ont dressé un bilan positif du coaching reçu « *J'ai pu affronter une réticence, une gêne. J'ai dû me forcer à surmonter cela et finalement, ce n'était pas si pire que ça!* » (participante no 5). Ces extraits témoignent que l'on ne peut contraindre une personne à s'impliquer dans un processus de coaching clinique. Considérant que l'intervention visait à soutenir l'infirmière dans le développement de sa pratique d'accompagnement auprès des familles lors des rencontres de coaching, l'utilisation de la pratique réflexive s'est imposée d'elle-même. Plusieurs ont d'ailleurs exprimé d'importants apprentissages. Par exemple, une participante a réalisé qu'elle accompagnait les proches avec sympathie plutôt qu'empathie, alors qu'une autre a été en mesure de discerner que sa responsabilité consistait à initier et à réaliser un accompagnement auprès des proches, mais que l'issue de celui-ci, même s'il ne correspondait pas à ses objectifs personnels, ne signifiait pas nécessairement un échec : « *Je suis là pour offrir aux familles une opportunité d'exprimer leurs émotions s'ils le souhaitent [...] Ce n'est pas parce qu'ils ne le font pas que l'intervention a échoué* » (participante no 5). Le soutien d'une personne-ressource a dans ce cas-ci, amené l'infirmière à porter une réflexion sur sa pratique et à mieux comprendre son rôle.

L'utilité de recourir au cadre théorique de transition de Meleis (2010) a clairement été démontrée lors d'une séance de coaching abordant une situation particulièrement difficile en lien avec la perception que les décisions prises par le fils d'une personne dont le profil clinique indiquait un stade terminal étaient déraisonnables aux yeux de l'infirmière « *C'est presque de l'acharnement* » (participante no 1). L'analyse de cette situation a d'abord permis d'identifier une incompréhension quant à l'expérience singulière que la perte peut susciter chez différents membres de la famille « *Je ne comprends pas. Pourtant, le fils d'une autre patiente que j'accompagne en fin de vie a une attitude complètement différente et il vit lui aussi la perte de sa mère* ». (participante no 1). L'intervention de coaching auprès de cette infirmière a également permis d'identifier que le déni chez le fils de cette résidente la confrontait avec ses propres valeurs, qu'elle se sentait impuissante et ne savait pas de quelle façon l'accompagner. Ce moment marqua un point déterminant de l'intervention, car le cadre théorique des transitions vint prendre tout son sens. Le cadre fut présenté à l'infirmière afin de lui faire voir que même si deux personnes vivent «le même type de transition», soit la perte d'un proche, celles-ci peuvent diverger en termes de patterns et de propriétés. De plus, les conditions facilitatrices ou contraignantes à la transition sont rarement les mêmes d'une personne à l'autre, chacun étant unique. Ces composantes du cadre théorique de la transition de Meleis ont permis à l'infirmière de reconnaître ces nuances d'un proche à l'autre et d'ajuster ses interventions en fonction de ses constats.

À la fin de l'intervention de stage, seulement trois participantes ont répondu au questionnaire PCQN-F (figure 2).

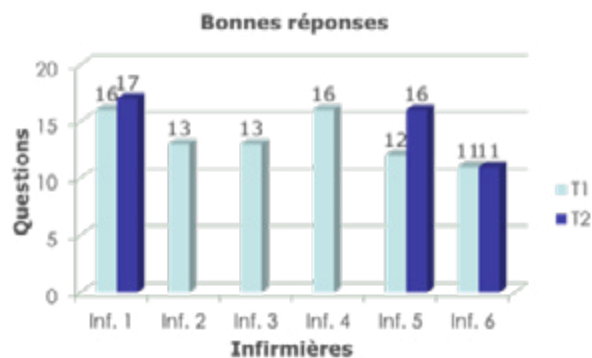


Figure 2. Résultats obtenus au PCQN-F avant et après l'intervention

Il faut noter que le stage se terminant, aucune relance n'a été amorcée contrairement au début de l'intervention. De façon générale, les résultats présentés à la figure 2 révèlent soit une stabilité ou une légère augmentation des connaissances comparativement aux résultats obtenus avant l'intervention.

Discussion

Bien que la taille de l'échantillon ne permette pas de tirer des conclusions généralisables, certains résultats nous semblent importants à discuter. Notons d'abord que les résultats obtenus dans le questionnaire se situent légèrement au-dessus de ceux rapportés dans le cadre d'études antérieures (Brazil, Brink, Kaasalainen, Kelly et McAiney, 2012; Ronaldson, Hayes, Carey et Aggar, 2008). Il faut reconnaître que l'échantillon n'était pas composé d'infirmières novices, mais plutôt d'infirmières comptant plusieurs années d'expérience dans le domaine. On ne peut ignorer que les résultats peuvent aussi être attribuables à facteurs externes à l'intervention réalisée dans le cadre du stage. De plus, puisque certains besoins soulevés correspondaient davantage aux soins palliatifs qu'à l'accompagnement des familles, des discussions tenues dans le cadre des rencontres de coaching ont pu permettre à certaines participantes de réaliser des apprentissages à ce niveau. En dépit de cela, la modeste amélioration notée peut aussi s'expliquer partiellement par le fait que le questionnaire n'abordait pas précisément l'accompagnement à la famille, sujet principal de l'intervention, mais plutôt la gestion des symptômes, la philosophie en fin de vie et certains aspects psychosociaux des soins.

Si une meilleure communication figure parmi les principaux besoins des familles vivant la transition vers la fin de vie d'un de leur proche (Reinhardt, Boerner et Downes, 2015; Thompson et Roger, 2014), l'expérience vécue dans le cadre de ce stage clinique rejoint les écrits antérieurs quant aux difficultés concernant le rôle-clé que l'infirmière pourrait exercer afin de répondre aux attentes de cette clientèle. Le malaise d'aborder le sujet de la mort concorde particulièrement avec les travaux de Carter (2018) et de Mcleod-Sordjan (2014). La communication avec les familles a été une difficulté soulevée pour l'ensemble des participantes lors de l'intervention. Ces résultats rejoignent ainsi les conclusions de nombreuses études rapportant que cette dimension est encore aujourd'hui qualifiée de sous-optimale et figure au sommet des principales sources d'insatisfaction (Chang et al., 2009; Malloy, Virani, Kelly et Munevar, 2010).

Notre expérience confirme également les propos de Vacher (2011), concernant l'importance que les participantes s'engagent dans le processus réflexif pour obtenir des résultats significatifs dans une telle intervention. Appuyés par la théorie en andragogie de Knowles, Cannon et Boswell (2012) précisent qu'un des moyens d'y parvenir consiste à impliquer l'apprenant dans son processus d'apprentissage afin de contribuer à le motiver. La notion d'implication de l'apprenant constitue d'ailleurs un élément jugé important mis en lumière dans la revue de littérature de Raymond, Warner, Davies et Iliffe (2014). En effet, que ce soit en identifiant eux-mêmes leurs besoins d'apprentissage, en formulant leurs objectifs ou les moyens d'évaluer leurs apprentissages, l'implication des apprenants dans leurs apprentissages fait définitivement partie des prémisses d'un apprentissage efficace. En choisissant elles-mêmes les situations familiales d'accompagnement dont elles souhaitaient discuter, les infirmières se sont activement impliquées dans leurs apprentissages.

Force est de constater que la démarche réflexive consiste de plus en plus en l'avenue privilégiée pour développer les compétences dans les sciences de la santé (Lafortune, 2012). Selon l'auteure Ballas-Chanel (2013), la pratique réflexive consiste à apprendre à partir d'expériences vécues, ce qui rejoint la pertinence d'utiliser des situations réelles proposées par les infirmières lors des rencontres de coaching. L'auteure nuance bien que le développement de cette pratique doit considérer plusieurs dimensions pour atteindre ces visées. Il s'agit d'un changement de posture important dans la pédagogie. Tant l'apprenant que le « formateur » doivent adopter une posture

réflexive, alors ne s'improvise pas coach qui veut! Il faut amener l'autre à prendre conscience de sa pratique, à en comprendre les effets et construire des savoirs transférables de façon concrète dans d'autres situations cliniques (Ballas-Chanel, 2013). Ce sont là les raisons justifiant la nécessité que la personne facilitatrice possède une expertise clinique et soit préalablement initiée au coaching. En effet, la façon de diriger la rencontre, d'émettre les rétroactions et de susciter chez l'infirmière le désir de mettre ses nouvelles connaissances à l'œuvre représente un défi, puisque cela exige de passer du modèle pédagogique « d'enseigner » à « apprendre à apprendre » (Ballas-Chanel, 2013). Une autre méthode utilisée pour réinvestir les apprentissages réalisés fut lorsque le stagiaire situait l'infirmière en contexte de rencontre future avec la famille, après la réflexion qu'elle avait faite sur sa pratique, et lui demandait de formuler à haute voix ce qu'elle leur dirait. Cet exercice mobilise l'infirmière dans une forme de simulation ou de scénario qui rejoint les résultats émergents de la revue systématique de Smith et al. (2018) démontrant leurs utilisations fructueuses pour le développement des compétences, lorsque suscité par un mentor (Mazanec et al., 2016). De plus en plus utilisée dans la formation générale des infirmières, cette approche réflexive est également appropriée pour la formation continue (Lavoie, Boyer, Pépin, Goudreau et Fima, 2017). Hormis le fait que l'approche réflexive favorise avec succès le développement professionnel (Lafortune, 2012), il est primordial d'en respecter les prémisses afin d'en assurer la réussite.

Forces et limites

Sur le plan théorique, l'utilisation du cadre théorique proposé par Meleis (2010) représente l'une des principales contributions au niveau de l'avancement des connaissances en sciences infirmières réalisé par cette intervention. Peu d'études ou d'interventions de ce type ont été actualisées auprès d'infirmières ou ont été soutenues par un tel cadre. Sur le plan clinique, le rehaussement des compétences en matière d'accompagnement peut également être attribuable, du moins en partie, à l'intervention. Concrètement, le coaching individualisé a permis à l'infirmière de se projeter dans l'action pour ensuite déployer ses nouveaux apprentissages rapidement auprès des familles. À cet égard, cette intervention offre un modèle de pratique clinique tangible et inspirant permettant de réduire l'écart entre la théorie et la pratique.

Certaines difficultés se sont posées quant au recrutement et à la rétention des participantes.

S'échelonnant du mois de février au mois d'août, plusieurs facteurs externes sont venus influencer la réalisation du stage. Parmi les principales embûches rencontrées, on peut compter l'affichage et la dotation des postes qui ont entraîné des mouvements de personnel, la pénurie de main-d'œuvre associée à la période estivale, la présence de départs à la retraite, des congés de maladie, la possibilité de percevoir la participation au coaching comme un surplus de travail et l'instabilité des résidents. Quoique le coaching et la pratique réflexive constituent des avenues plus que prometteuses pour permettre le développement des compétences en formation continue, leur actualisation dans les milieux de soin requiert beaucoup de flexibilité et comprend de nombreux défis.

Conclusion

Les efforts dans la diffusion d'une approche palliative intégrée présentent encore quelques écueils dans les milieux de soins malgré son incontestable nécessité. L'intervention de coaching clinique réalisée dans le cadre du stage en pratique infirmière avancée présentée dans cet article visait à soutenir le développement de la pratique infirmière dans le contexte où les besoins d'accompagnement à la famille sont grands. L'intervention se démarque également par le fait qu'elle a démontré qu'il était possible d'appliquer les éléments d'un cadre théorique, provenant d'une théorie intermédiaire en sciences infirmières, concrètement dans la pratique courante et de lui donner du sens. Malgré un échantillon restreint, les résultats semblent prometteurs quant à la valeur ajoutée des activités cliniques de coaching utilisant la pratique réflexive auprès des infirmières. La réplication de cette intervention à plus grande échelle présenterait un intérêt certain afin d'en apprécier davantage la portée. Il serait également intéressant d'aller plus loin que la rencontre et d'actualiser le coaching dans une situation où la personne agissant à titre de mentor pourrait le faire concrètement dans l'action en agissant comme modèle de rôle. Il s'agit là de pistes intéressantes à explorer.



Annie Grégoire

Annie Grégoire détient un microprogramme de 2e cycle en soins palliatifs et étudie actuellement à la maîtrise en sciences infirmières. Elle est conseillère en soins infirmiers au CIUSSSE-CHUS et travaille à titre de chargée de cours à l'École des sciences infirmières à la Faculté de médecine et des sciences de la santé à de l'université de Sherbrooke.



Diane Guay, inf. Ph.D.

Diane Guay est professeure à l'école des sciences infirmières de l'université de Sherbrooke. Le souci de former des professionnels humains et compétents en matière d'approche palliative figure définitivement au sommet de ses intérêts en enseignement. En plus de diriger le microprogramme de soins palliatifs et de fin de vie, elle encadre les travaux de nombreux étudiants aux cycles supérieurs, dont l'intérêt majeur porte sur la dimension relationnelle du soin.

Notes

1. Veuillez noter que l'utilisation du terme « famille » est considérée au sens large et inclus quiconque démontrant un intérêt particulier pour la personne.

2. La version française du questionnaire PCQN-F a été utilisée pour obtenir un portrait des connaissances des infirmières en soins palliatifs et de fin de vie. (Caroll, Prud'homme Brisson, Ross, M. et Labbé, 2005),

3. Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'un questionnaire sur les soins palliatifs en contexte de démence aux stades avancés (O'Long, sowell, Hess et Alonzo, 2012) et du rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des familles selon les normes de pratiques (OIIQ, 2015).

Références

Association canadienne de soins palliatifs [ACSP] (2015). Cadre national « Aller de l'avant » : Feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative. <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/60047/TWF-framework-doc-Fr-2015-final-April1.pdf>

Ballas-Chanel, A. (2013). *La Pratique réflexive : un outil de développement des compétences pour les infirmiers*. Paris, France: Elsevier Masson.

Benhaberou-Brun, D. (2014). La maladie d'Alzheimer et le deuil blanc - L'Alzheimer vu sous l'angle des aidants. *Perspective infirmière*, 11(5), 43-45.

Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M.L. et McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for dying in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 77-83.

Broglio, K. et Bookbinder, M. (2014). Pilot of an online introduction to palliative care for nurses. *Journal of Hospice et Palliative Nursing*, 16(7), 420-429.

Cannon, S. et Boswell, C. (2012). *Evidence-based teaching in nursing. A foundation for educators*. Ontario, Canada: Jones et Bartlett Learning.

Caroll, G., Prud'homme Brisson, D., Ross, M. et Labbé, R. (2005). The French version of the palliative care quiz for nursing (PCQN-F): Development and evaluation. *Journal of Palliative Care*, 21(1), 27-34.

Carter, G., McLaughlin, D., Kernohan, G., Hudson, P., Clarke, M., Froggatt, K., Passmore P. et Brazil, K. (2018). The experiences and preparedness of family carers for best interest decision-making of a relative living with advanced dementia: A qualitative study. *Journal of advanced Nursing*, 74, 1595-1604. doi:10.1111/jan.13576

Chang, E., Daly, J., Jonhson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Stewart, H., Noel, M., Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 41-47.

Chen I, Lin K, Hu SH, Chuang Y, Long CO, Chang C et Liu MF (2018). Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 848-858. doi:10.1111/jocn.14132

Erel, M., Marcus, E-L. et Dekeyser-Ganz, F. (2017). Barriers to palliative care for advanced dementia: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, 6(4), 365-379. doi:10.21037/apm.2017.06.13

Gouvernement du Canada (2016) Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14). <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amsr-adra/>

Gouvernement du Québec, (2018). Loi concernant les soins de fin de vie (loi s-32.0001). Publication Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>

Harrison Dening, K., Greenish, W., Jones, L., Mandal, U. et Sampson, L. (2012). Barriers to providing end-of-life care for people with dementia: a whole-system qualitative study. *BMJ Supportive et Palliative Care*, 2,103-107.

Hill, E., Savundranayagam, M., Zecevic, A., Kloseck, M. (2018). Staff Perspectives of Barriers to Access and Delivery of Palliative Care for Persons With Dementia in Long-Term Care. *American Journal of Alzheimer's Disease et Other Dementias*, 33(5), 284-291. doi: 10.1177/1533317518765124

Hockley, J. (2014). Learning, support and communication for staff in care homes: outcomes of reflective debriefing groups in two care homes to enhance end-of-life care. *International Journal of older people nursing*, 9, 118-130.

Jonhson, A., Chang, E., Harrison, K., Daly, J., Noel, M., Hancorck, K. et Easterbrook, S. (2009). The communication challenges faced in adopting a palliative approach in advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 467-474.

Lafortune, L. (2012). *Des stratégies réflexives-interactives pour le développement de compétences : la formation en éducation et en santé*. Québec. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Lavoie, P., Boyer, L., Pépin, J., Goudreau, J. et Fima, O. (2017). *Accompagner les infirmières et les étudiantes dans*

la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers. *Avancées en formation infirmière*, 3(1), 1-9. doi:10.17483/2368-6669.1100

Lethin, C., Rahm Hallberg, I., Karlsson, S. et Janlöv, I. (2016). Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 526-534. doi: 10.1111/scs.12275

Mazanec, P., A. Alaskson, R., Bodurtha, J. et J. Smith, T. (2016). Mentoring in palliative nursing. *Journal of Hospice et Palliative Nursing*, 18(6), 488-495. doi:10.1097/NJH.0000000000000297

Mcleod-Sordjan, R. (2014.) Death preparedness: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1008-1019. doi: 10.1111/jan.12252

Meleis AI. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], (2015). Soins palliatifs et de fin de vie : plan de développement 2015-2020. Gouvernement du Québec. Web : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-828-01W.pdf>

O'Long, C., Sowell, E., Hess, R., Alonzo, T. (2012). Development of the Questionnaire on Palliative Care for Advanced Dementia (qPAD). *American Journal of Alzheimer's Disease et Other Dementias*. 27(7), 537-543.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], (2015). Profil de compétences des infirmières en soins palliatifs et en soins de fin de vie. Adaptation du Plan directeur du

développement des compétences des intervenants en soins palliatifs - profil infirmière (avril 2008). Québec, Canada.

Peacock, S. (2013). The experience of providing end-of-life care to a relative with advanced dementia: An integrative literature review. *Palliative and Supportive Care*, 11: 155-168.

Pitman, S. (2013). Evaluating a self-directed palliative care learning package for rural aged care workers: a pilot study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(6), 290-294.

Raymond, M., Warner, A., Davies, N., Baishnab, E., Manthorpe, J. et Steve Iliffe for the IMPACT research team (2014). Evaluating educational initiatives to improve palliative care for people with dementia: A narrative review. *Dementia*, 13(3), 366-381. doi:10.1177/1471301212450538

Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092
www.aqiig.org
info@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2018

Ginette Labbé, présidente
presidente@aqiig.org

Sylvie Vallée, vice-présidente

Lawrence Fillion, trésorier

Mylène Germain, secrétaire

Marjolaine Landry, administratrice

Elena Maftei, administratrice

Annie Meslay, administratrice

Nancy Ouellette, administratrice

Marilyne Richard, administratrice

Karen-Joan Sharp, administratrice

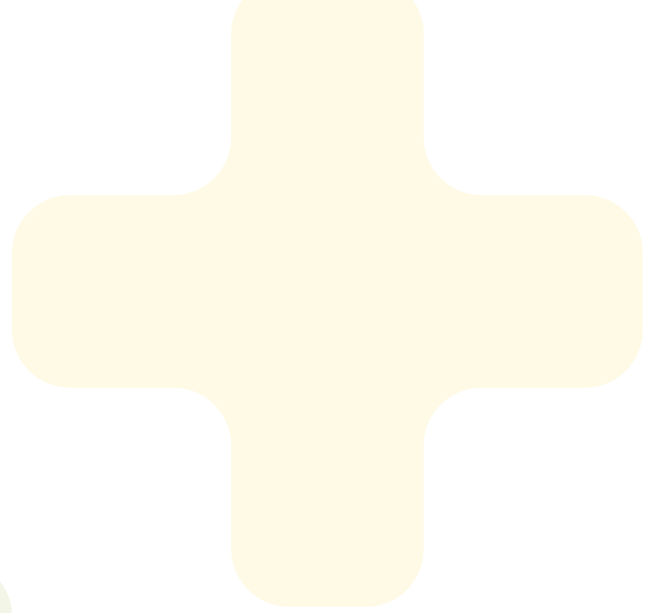
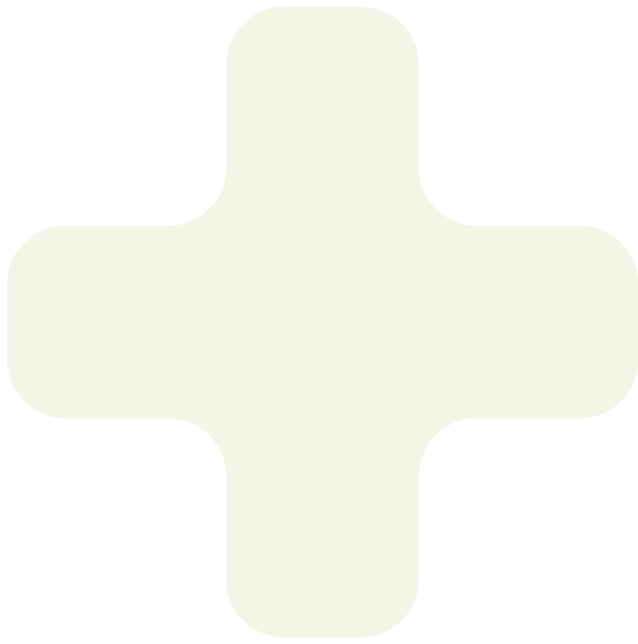
À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...
Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...
Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances

Courriel de l'Association : info@aqiig.org



AQiiG 

The logo graphic consists of a cluster of five small crosses in yellow, green, blue, purple, and red, arranged in a cross-like pattern.

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie