

**Activité de formation continue portant sur le délirium basée sur la pratique réflexive auprès d'infirmières en soins cardiologiques**

Name of authors:

Émilie CAPLETTE, RN, MSC 1

5000 Bélanger Street, H1T 1C8, Montreal, Quebec, Canada

t.mailhot@umontreal.ca

514-376-3330 #3184

Sylvie COSSETTE, RN, PhD 1, 2

s.cossette@umontreal.ca

France PATENAUDE, RN, MSC 1

Tanya MAILHOT, RN, PhD 1, 2

t.mailhot@umontreal.ca

1 Montreal Heart Institute Research Center, 5000 Bélanger Street, H1T 1C8, Montreal, Quebec, Canada

2 Faculty of Nursing, Université de Montréal, 2375 Côte Ste-Catherine Road, H3T 1A8, Montreal, Quebec, Canada

Acknowledgement: This manuscript was supported by funding via the Quebec Nursing Intervention Research Network, the Montreal Heart Institute and a postdoctoral fellowship grant from the Quebec Research Funds.

Conflict of Interest: None to declare.

## Résumé

Le délirium est d'origine multifactorielle, il fluctue dans le temps et est caractérisé par une apparition soudaine de perturbations de l'attention, de l'état de conscience et des fonctions cognitives (American Psychiatric Association [APA], 2013). Il peut atteindre jusqu'à 60 % des personnes âgées, hospitalisées sur une unité de soins aigus, mais jusqu'aux deux tiers des épisodes ne sont pas dépistés (Mittal et al., 2011; Voyer et al., 2015). Le projet visait à développer et mettre à l'essai une activité basée sur les principes de la pratique réflexive auprès d'infirmières afin d'identifier et d'expérimenter des activités de détection et de gestion du délirium chez la clientèle hospitalisée sur des unités de soins aigus d'un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie. Il a été développé selon un cadre de référence incluant deux modèles complémentaires: la trousse de « mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires », proposée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO] (2012) et le modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Le groupe participant à l'activité de réflexion était composé de huit infirmières. L'évaluation du projet incluait une discussion de groupe et un questionnaire d'évaluation portant sur le contenu, le format, la personne-ressource et l'appréciation de l'activité. La démarche réflexive engendrée par cette approche a favorisé le développement des compétences infirmières et les a soutenues dans l'identification et l'analyse rationnelle de leurs préoccupations liées au délirium, dans leur réflexion, la recherche de pistes de solution et la mise en application de ces dernières.

**Mots-clés :** délirium, cardiologie, pratique réflexive, sciences infirmières, développement professionnel.

## **Contexte**

Le délirium, qui atteint plus fréquemment les personnes âgées, est une complication clinique à laquelle les infirmières feront de plus en plus face dans leur pratique clinique (Flaherty, 2011). Le taux de prévalence peut atteindre jusqu'à 60 % des personnes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées sur une unité de soins aigus (Mittal et al., 2011). Toutefois, malgré la présence de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers concernant le délirium, sa détection et sa gestion restent sous-optimales (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). En général, jusqu'aux deux tiers des épisodes ne sont pas détectés sur les unités de soins aigus (Voyer et al., 2015). Cette sous-détection serait attribuée à la complexité et à la fluctuation des symptômes de cette complication clinique (Inouye et al., 2014).

## **Recension des écrits**

### **Le délirium**

Le délirium est une urgence clinique d'origine multifactorielle, caractérisé par une apparition soudaine et fluctuante de symptômes tels qu'une atteinte du niveau de conscience avec une incapacité à soutenir l'attention et une perturbation des fonctions cognitives qui ne sont pas reliées à une démence (American Psychiatric Association [APA], 2013). Il existe trois types de délirium : hyperactif (agitation, hypervigilance, hallucinations, etc.), hypoactif (léthargie, réponse motrice lente, etc.) et mixte (combinaison des symptômes du délirium hypoactif et hyperactif) (Mittal et al., 2011). À court terme, un patient vivant un épisode de délirium est plus à risque de chuter, de déconditionnement physique ou d'expérimenter d'autres conséquences augmentant la durée du séjour hospitalier et l'intensité des soins (Flagg, Cox, McDowell, Mwose, & Buelow, 2010). De plus, une durée plus longue de l'épisode de délirium rend le patient plus à risque de conserver des séquelles cognitives et physiques à long terme, pouvant ainsi engendrer une diminution de la capacité fonctionnelle (Inouye et al., 2014). De ce fait, le retour à domicile peut être retardé, voire devenir impossible, menant ainsi à un hébergement en soins de

longue durée (Inouye et al., 2014). Finalement, le délirium peut augmenter le risque de mortalité pendant l'hospitalisation, et ce, jusqu'à un an après celui-ci (Leslie & Inouye, 2011).

Le délirium a non seulement un impact majeur sur la condition de santé du patient et sur sa famille, mais également sur l'équipe de soins. Plusieurs études démontrent une diminution du sentiment de compétence professionnelle chez les infirmières en soins aigus qui travaillent auprès de patients atteints de délirium, vu l'intensité, la fluctuation et l'imprévisibilité de leurs comportements (Bélanger & Ducharme, 2011; Grégoire, Michaud, Proulx, & Laplante, 2012). Toutefois, grâce à leurs aptitudes et à leurs compétences, elles sont bien placées pour observer l'apparition et la fluctuation des symptômes (Rosenbloom & Fick, 2014). Il est donc primordial que les infirmières soient outillées afin d'optimiser la détection et la gestion de cette complication clinique (McCrow, Sullivan, & Beattie, 2014).

### **La pratique réflexive**

L'approche de pratique réflexive a été retenue afin de favoriser le développement des compétences infirmières reliées au délirium puisque les recherches soulignent l'efficacité de ces nouvelles méthodes d'enseignement davantage axées sur la réflexion que sur l'évaluation (Kinsella, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2012). La définition de la pratique réflexive demeure toutefois imprécise (Miraglia & Asselin, 2015). Elle est généralement définie comme un processus de développement professionnel actif et volontaire permettant d'acquérir des connaissances par l'évaluation critique de sa pratique clinique (Miraglia & Asselin, 2015). Il existe deux types de réflexion: celle dans l'action et celle sur l'action, qui réfèrent respectivement à la réflexion critique d'une situation pendant ou après qu'elle eut été vécue (Schön, 1983).

Cette approche favorise la résolution de problèmes, le développement de la réflexion critique et permet d'introduire de nouvelles connaissances tout en faisant une introspection sur les valeurs et les

attitudes impliquées dans la pratique clinique (Carter & Walker, 2013; Duffy, 2008). Cependant, cette approche diffère des formations magistrales en ce sens qu'elle est moins directive, c'est pourquoi certaines infirmières se sentent moins encadrées (Beam, O'Brien, & Neal., 2010) et peuvent craindre d'être jugées, ou avoir tendance à limiter le partage de leurs expériences par crainte que leurs propos soient rapportés à leurs supérieurs (Carter, 2013; Mann, Gordon, & MacLeod, 2009). Finalement, la présence de fortes personnalités peut inciter les personnes plus introverties à ne pas s'exprimer (Carter, 2013; Mann et al., 2009). Ces défis sont toutefois minimisés par la présence d'une facilitatrice qui guide et stimule la réflexion lors des groupes de pratique réflexive (Carter, 2013; Mann et al., 2009).

**Fonctionnement de la pratique réflexive.** La pratique réflexive se fait généralement soit individuellement par écrit ou en groupe oralement (Duffy, 2008). La méthode en groupe serait plus efficace puisqu'elle permet une rétroaction constructive et dynamique (Carter & Walker, 2013). Les points centraux de cette approche consistent à décrire une situation clinique complexe, à l'analyser et à formuler un plan d'action pour une situation semblable ultérieure (Edwards & Thomas, 2010). Il est recommandé qu'entre six et huit infirmières participent au groupe de pratique réflexive afin d'avoir des échanges riches, sans biaiser l'effet d'intimité du groupe (Bailey & Graham, 2007; McGrath & Higgins 2006). Il est également suggéré d'avoir des rencontres mensuelles, d'une durée moyenne de 150 minutes (Bailey & Graham, 2007) et qu'une facilitatrice s'assure du bon fonctionnement et de la stimulation de la réflexion durant la tenue du groupe de pratique réflexive (Duffy, 2008; Johns, 2006). Finalement, l'utilisation d'un modèle de réflexion est conseillée afin d'offrir une analyse guidée et structurée des situations cliniques présentées (Miraglia & Asselin, 2015).

**Modèle de réflexion structurée de Johns (2006).** Le modèle de réflexion structurée a été retenu afin d'encadrer l'activité principale du projet clinique. Il s'agit d'un modèle de réflexion, fondé sur les différentes sources du savoir infirmier comme les savoirs empirique (évidences scientifiques), esthétique

(l'art infirmier : compréhension par l'infirmière du sens d'une situation), éthique (moral et éthique) et personnel (connaissances développées lors de ses propres expériences professionnelles) proposés par Carper (1978), qui sont nécessaires à une pratique infirmière optimale. Johns a ajouté la réflexivité au modèle proposé par Carper, qui réfère aux connaissances tacites manifestées lors d'une réflexion sur des expériences antérieures. Ce modèle, qui est approprié tant pour les infirmières novices qu'expertes dans la pratique réflexive, consiste en une série de questions ouvertes (Tableau 1) qui permet une analyse guidée et structurée d'une situation problématique survenue dans la pratique clinique, permettant ainsi aux infirmières de cheminer dans leurs réflexions (Duffy, 2008). Dans le cadre de ce projet clinique, chacune des questions du modèle de Johns (2006) a été utilisée afin d'encadrer les activités basées sur la pratique réflexive.

### **But**

Le but du projet clinique d'amélioration de la qualité de soins visait à développer et à mettre à l'essai une activité basée sur les principes de la pratique réflexive auprès d'infirmières afin d'identifier et d'expérimenter des activités de détection et de gestion du délirium chez la clientèle hospitalisée sur des unités de soins aigus d'un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie.

### **Réalisation de l'activité basée sur les principes de la pratique réflexive**

Nous avons utilisé la démarche de « mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires » (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2012) pour planifier, développer, implanter et évaluer le projet. Cette démarche en six étapes a été développée spécialement pour les infirmières, afin de les soutenir dans l'implantation de lignes directrices pour la pratique clinique (AIIAO, 2012).

## **Composition du groupe**

Le groupe était constitué de huit infirmières ayant démontré un intérêt pour le projet et travaillant sur le quart de travail de soir, afin d'augmenter la faisabilité de celui-ci en uniformisant le moment des rencontres. Elles avaient entre une et six années d'expérience. Afin de tenir compte de la disponibilité des participantes, cinq rencontres d'une durée de 60 minutes chacune, à trois semaines d'intervalle, se sont déroulées avant le début du quart de travail régulier. Chacune était invitée aux cinq séances prévues, mais elle pouvait s'absenter ou se retirer du groupe sans justification. La durée totale du projet a été de 15 semaines. La responsable du projet a agi en tant que facilitatrice en orientant, en stimulant et en encadrant la réflexion durant les cinq rencontres de l'activité (Miraglia & Asselin, 2015).

## **Milieu**

Le projet de stage s'est déroulé sur deux unités de soins de médecine cardiaque (dont une de soins intensifs) d'un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie. Ces unités reçoivent des patients majoritairement âgés, admis pour des pathologies telles qu'une insuffisance cardiaque décompensée, de l'arythmie, l'installation de cardiostimulateur/défibrillateur ou une coronarographie.

Le projet clinique a été approuvé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM). La direction des soins infirmiers du centre hospitalier, les gestionnaires des unités de soins et une conseillère en qualité des soins ont été parties prenantes du projet depuis son début.

## **Confidentialité**

Comme il s'agissait d'un projet clinique visant l'amélioration de la qualité des soins, la participation des infirmières s'est faite sur une base volontaire. Elles ont signé une entente de confidentialité qui stipule que les discussions tenues lors des rencontres soient confidentielles, mais qu'elles visaient à servir d'outils de réflexion.

## **Thèmes abordés et déroulement des cinq rencontres de l'activité**

Au début de chaque rencontre, une courte présentation théorique sur la thématique principale choisie en collaboration avec les infirmières participantes a été faite à leur demande. Par la suite, une discussion, sous forme de réflexion de groupe sur la thématique principale, était entamée. Finalement, à la fin de chacune des rencontres, une réflexion composée de questions ouvertes, tirée du modèle de réflexion structurée de Johns (2006) (Tableau 2), portant sur la thématique de la rencontre subséquente, a été proposée aux participantes en guise de préparation.

### **1<sup>ère</sup> rencontre**

La première rencontre était différente des autres puisque les objectifs de celle-ci étaient de présenter le projet clinique et l'approche de pratique réflexive. Les infirmières participantes ont ensuite exprimé leurs attentes et leurs préoccupations par rapport aux rencontres et au délirium afin de choisir les thématiques pour les rencontres subséquentes. Il est ressorti de cette première rencontre le désir de mettre à jour leurs connaissances sur le délirium, de partager leurs expériences cliniques et de pouvoir mieux intervenir auprès d'un patient qui en est atteint. Elles désiraient également un outil de travail pour les soutenir dans la détection et la gestion du délirium.

### **2<sup>e</sup> rencontre**

La thématique principale de cette seconde rencontre était la détection du délirium. La partie théorique réalisée visait à présenter un outil servant à repérer le délirium. Il existe plusieurs outils, mais aussi plusieurs barrières quant à leur utilisation dont: le manque de temps et de formation sur l'utilisation des outils ainsi que le besoin de collecter des données auprès de patients atteints de délirium, ce qui n'est pas toujours possible vu leur état (Wei, Fearing, Sternberg, & Inouye, 2008). Nous avons choisi de retenir l'outil R.A.D.A.R. (repérage actif du délirium adapté à la routine), développé par Philippe Voyer, qui tient compte de toutes ces barrières (Voyer et al., 2015). Il a été validé sur les unités de médecine, de

cardiologie et les unités coronariennes, auprès de patients âgés de plus de 65 ans, avec ou sans démence (Voyer et al., 2015). Il permet le repérage des symptômes du délirium, basé sur les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) (APA, 2000), qui permet de détecter tant le délirium hypoactif qu'hyperactif (Voyer et al., 2015). Cet outil est disponible sur le web tant en français qu'en anglais (Voyer, 2014a). Si l'outil R.A.D.A.R. est positif, il est important d'utiliser le CAM pour confirmer la présence d'un délirium. Sa courte durée d'administration (sept secondes) permet de faire plusieurs évaluations dans une journée, ce qui est primordial vu la nature fluctuante du délirium et l'infirmière n'a pas besoin d'interagir directement avec le patient ou autre personne pour le compléter (Voyer et al., 2015). L'outil R.A.D.A.R. présente une sensibilité de 73% et une spécificité de 67 % chez la clientèle où ce dernier a été validé, s'il est utilisé de trois à quatre fois par jour (Voyer et al., 2015).

Pour la deuxième partie de cette rencontre, les questions suivantes avaient été proposées aux participantes, à la fin de la rencontre précédente, afin de favoriser la réflexion de groupe : « Comment je me suis sentie lorsque j'ai eu un patient atteint de délirium ? », « Sur quels éléments je me suis basée pour dire que la personne était en délirium ? » et « Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la détection du délirium ? ». La réflexion de groupe de cette rencontre a mis en lumière l'inconfort des infirmières à détecter le délirium vu la complexité et la fluctuation des symptômes. Elles reconnaissaient les symptômes les plus connus soit l'agitation et la confusion du patient, mais ont reconnu éprouver de la difficulté à détecter les symptômes du délirium hypoactif.

Par la suite, des vidéos disponibles sur le web, distinguant les trois types de délirium, ont été visionnées (Voyer, 2014b). Une carte aide-mémoire développée en collaboration avec l'équipe du projet fut remise aux participantes. Sur un côté de la carte, se retrouvent les trois questions proposées dans l'outil de détection R.A.D.A.R., avec l'autorisation de l'auteur (Voyer et al., 2015). De l'autre côté, des interventions non pharmacologiques étaient proposées (Figure 1). Cet outil fut utilisé par la suite, par les

infirmières du projet pour guider leur pratique en regard au délirium. Cette rencontre a donc permis une sensibilisation à l'importance d'une détection rapide du délirium, de clarifier et d'actualiser les connaissances quant aux différents types, et surtout, ce fut un espace pour discuter et mettre en contexte des expériences marquantes de leur pratique clinique.

### **3<sup>e</sup> rencontre**

La thématique principale de cette rencontre fut la gestion pharmacologique du délirium. La partie théorique de la rencontre visait l'utilisation de la médication dans un contexte de délirium. Les questions suivantes avaient été proposées aux participantes, à la fin de la rencontre précédente, afin de favoriser la réflexion de groupe : « Qu'est-ce que j'ai fait qui semble avoir été le plus ou le moins aidant lorsque j'ai eu un patient atteint de délirium ? », « Qu'est-ce que je pourrais faire pour agir de façon plus efficace ? » et « Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la gestion pharmacologique du délirium ? ». Lors de cette rencontre, les infirmières participantes ont rapporté être moins familiarisées avec la médication utilisée dans un contexte de délirium, puisqu'elle est moins souvent utilisée que la médication cardiaque, dans le milieu où s'est déroulé le projet. Il fut également mentionné qu'il y avait des différences dans la pratique clinique en lien au délirium : certaines privilégient des approches non pharmacologiques, alors que d'autres optent davantage pour la médication qui est prescrite au besoin (prn). Selon les participantes, cette fluctuation de pratique est due aux croyances et connaissances différentes de chaque professionnel de la santé quant à la gestion du délirium et à l'utilisation de la médication dans ce contexte, ce qui rend plus difficile la continuité de soins. Au terme de cette rencontre, elles ont rapporté comprendre davantage l'indication de la médication dans un contexte de délirium, c'est-à-dire qu'elle doit être utilisée judicieusement en conjonction avec des interventions non pharmacologiques et qu'elle ne guérit pas le délirium, mais en atténue les symptômes.

### **4<sup>e</sup> rencontre**

La thématique principale de la quatrième rencontre fut la gestion non pharmacologique du délirium. La partie théorique de la rencontre portait sur les interventions non pharmacologiques à utiliser en contexte de délirium, qui se retrouvent sur le verso de la carte aide-mémoire offerte lors de la deuxième rencontre (Figure 1). Les questions suivantes avaient été proposées aux participantes afin de favoriser la réflexion de groupe : « Est-ce que j'ai été capable de prévenir l'apparition du délirium ou de le gérer une fois installé ? », « Est-ce qu'il y a des éléments que je n'ai pas vus sur le moment qui auraient dû m'alerter? » et « Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la gestion non pharmacologique du délirium ? ». Les infirmières ont constaté qu'elles réalisaient déjà des interventions adaptées à une clientèle atteinte de délirium dans leur pratique clinique, incluant une approche calme, le respect de l'environnement du patient, l'utilisation d'une consigne à la fois, etc. Toutefois, elles ont rapporté qu'elles ne savaient pas jusqu'à quel point ces interventions étaient efficaces dans la gestion du délirium. La discussion a mis en lumière l'importance d'individualiser les soins et de les adapter selon chaque situation, particulièrement dans un contexte de délirium. Finalement, l'évaluation clinique rigoureuse des différentes sphères de la personne (élimination, sommeil, alimentation, mobilisation, douleur, etc.) est ressortie comme essentielle dans la détection et la gestion du délirium.

## **5<sup>e</sup> rencontre**

L'objectif principal de cette rencontre était de réfléchir avec les infirmières participantes sur leur cheminement personnel et professionnel depuis le début du projet quant à leur pratique clinique reliée au délirium. Lors de cette rencontre, il n'y a eu aucune partie théorique. Les questions suivantes leur avaient été proposées, à la fin de la rencontre précédente, afin de favoriser la réflexion de groupe : « Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport au délirium ? », « Est-ce que je me sens capable de faire face au délirium dans ma pratique professionnelle et d'aider les autres lorsqu'ils auront à faire face au délirium ? » et « Comment est-ce que les rencontres ont influencé ma pratique professionnelle ? ». Les infirmières

participantes ont rapporté que l'activité a répondu à un désir de mettre à jour leurs connaissances sur le délirium, de partager leurs expériences cliniques et de pouvoir mieux intervenir avec un patient qui en est atteint. Elles ont mentionné être désormais plus attentives aux signes du délirium et comprendre davantage son urgence clinique. Elles ont également rapporté discuter davantage entre elles et mieux communiquer avec les autres professionnels de la santé ou la famille du patient. À la fin de la rencontre, elles ont été invitées à remplir un questionnaire d'évaluation des activités de formation continue dans le milieu, portant sur le contenu, le format, la facilitatrice et l'appréciation de l'activité. Six des huit infirmières participantes ont remis l'évaluation du projet. Les réponses au questionnaire indiquent que la formule de l'activité était pertinente et qu'elle leur a permis d'approfondir leurs réflexions et leurs connaissances sur le délirium (Tableau 3). Elles ont également rapporté apprécier la carte aide-mémoire. Toutefois, elles ont mentionné qu'elles auraient préféré que la durée des rencontres soit plus longue, afin de s'exprimer davantage sur chacune des thématiques.

## **Discussion**

Le projet visait à développer et à mettre à l'essai une activité basée sur les principes de la pratique réflexive auprès d'infirmières afin d'identifier et d'expérimenter des activités de détection et de gestion du délirium chez la clientèle hospitalisée sur des unités de soins aigus d'un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie. La démarche réflexive engendrée par cette approche a favorisé le développement des compétences infirmières et a soutenu les participantes dans l'identification et l'analyse rationnelle de leurs préoccupations liées au délirium, dans leur réflexion, la recherche de pistes de solution et la mise en application de ces dernières.

## **L'approche de pratique réflexive : une stratégie de développement professionnel**

La pratique réflexive est une approche de plus en plus utilisée pour soutenir le développement professionnel des infirmières, tant novices qu'expertes (OIIQ, 2012). Suite à l'activité du projet, les infirmières participantes ont constaté une amélioration de la communication entre elles et avec les autres professionnels de la santé ou la famille du patient. Elles ont grandement apprécié l'espace de discussion, puisqu'elles pouvaient discuter de cas cliniques survenus dans leur pratique professionnelle, prendre un temps de réflexion à propos de ceux-ci, recevoir de la rétroaction de la part de leurs collègues et préparer un plan d'action pour une situation éventuelle semblable. Le temps accordé à la réflexion et à la discussion est précieux puisque dans la pratique clinique, il est difficile de s'arrêter et de discuter d'une situation complexe, vu les contraintes de temps et organisationnelles. Ainsi, une activité basée sur les principes de la pratique réflexive semble répondre au besoin de discussion des infirmières. En effet, le partage de connaissances, d'expertise et d'expériences entre pairs renforce les liens des membres de l'équipe de soins (Asselin, Schwartz-Barcott, & Osterman, 2013). Par ailleurs, Curry, Middleton et Brown (2009) ont démontré que la pratique réflexive peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, augmenter les connaissances cliniques ainsi que la confiance et la motivation des infirmières dans leur rôle. Dans les groupes du projet, l'activité semble avoir amélioré la confiance des infirmières dans leur rôle professionnel relié au délirium puisqu'elles ont affirmé posséder de meilleures connaissances cliniques, une meilleure compréhension de ce qu'est le délirium et par le fait même, être plus confiantes face à cette complication clinique.

Dans le présent projet, les participantes semblent avoir développé rapidement la confiance nécessaire pour partager leurs expériences cliniques avec leurs collègues. Le petit nombre de participantes et l'absence de supérieurs hiérarchiques semblent avoir favorisé l'intimité du groupe et le partage d'expériences cliniques. Également, selon les participantes, la présence de la facilitatrice a contribué au développement d'un environnement rassurant et sécuritaire, nécessaire à leur engagement dans la

réflexion, car elle a permis de stimuler et de recadrer la discussion, sans toutefois imposer une structure rigide. Nous n'avons pas observé de malaises, comme rapportés dans la littérature (par exemple, se sentir intimidée ou craindre d'être jugée) (Carter, 2013; Mann et al., 2009).

Également, étant méconnu, le délirium est souvent associé à une atteinte cognitive, dont la démence chez la personne âgée (Bélanger, 2013). Cette activité de réflexion a donc permis d'ébranler certaines croyances, de faire une introspection sur les valeurs et les attitudes impliquées dans la pratique clinique grâce à l'approfondissement et à la mise à jour des connaissances quant à cette complication clinique. La pratique réflexive est donc une approche idéale pour réfléchir à ces aspects importants, puisqu'elle favorise la réflexion critique et l'auto-évaluation (Asselin & Fain, 2013; Mann et al., 2009).

La pratique réflexive est considérée comme une approche de résolution de problèmes promouvant la pensée critique chez les infirmières (Carter & Walker, 2013; Edwards & Thomas, 2010). La démarche réflexive engendrée par l'activité réflexive a permis d'aborder diverses thématiques concernant le délirium et d'encourager la mise à jour des compétences infirmières permettant ainsi de mieux comprendre ce qui le cause et comment il est possible d'intervenir, sans utiliser la médication.

Les parties théoriques, qui étaient présentées à chaque début de rencontre, semblent avoir été appréciées par les participantes puisque cette courte formation interactive a permis de répondre à un besoin de formation exprimé par les infirmières lors de la première rencontre. Celles qui semblent avoir été les plus appréciées sont celles concernant le dépistage et les interventions pharmacologiques dans un contexte de délirium, car elles ont permis d'aborder des thématiques moins connues selon elles.

En somme, grâce à une activité basée sur les principes de la pratique réflexive, les participantes peuvent partager des expériences complexes dans un environnement sécuritaire et confidentiel, tout en recevant des rétroactions de la part des autres participantes.

## **Recommandations pour la pratique infirmière**

L'activité basée sur les principes de la pratique réflexive fut appréciée dans un contexte clinique. Toutefois, un des défis fut de trouver un espace et du temps pour tenir les rencontres hors des heures de travail régulières afin de maximiser la concentration et la participation des infirmières. Pour diminuer les embûches d'horaire, nous avons constitué un groupe homogène d'infirmières qui travaillaient sur le quart de travail de soir, permettant ainsi d'augmenter la faisabilité du projet en uniformisant le moment des rencontres, avant le début de leur travail régulier. Toutefois, dans un futur projet, il serait pertinent qu'il soit offert au personnel de tous les quarts de travail, ce qui pourrait également contribuer à renforcer la cohésion d'équipe et à promouvoir la continuité de soins.

Selon nos observations et les commentaires des participantes, ce serait un avantage d'avoir des rencontres d'une durée minimum de 75 minutes afin de permettre à chacune de s'exprimer davantage. Par contre, l'intervalle de trois semaines entre les rencontres, sans être trop long, ce qui aurait pu diminuer l'intérêt des participantes, a plutôt favorisé la mise en application des apprentissages dans la pratique clinique.

## **Conclusion**

Le but du projet clinique visait à développer et à mettre à l'essai une activité basée sur les principes de la pratique réflexive auprès d'infirmières afin d'identifier et d'expérimenter des activités de détection et de gestion du délirium chez la clientèle hospitalisée sur des unités de soins aigus d'un centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie. Toutes les observations au cours du projet suggèrent que cette activité ait permis de réfléchir sur le délirium et sur de meilleures pratiques en faisant ressortir les mythes associés aux manifestations du délirium et en bonifiant les connaissances le concernant. Cette activité a permis d'identifier les défis associés à la mise en place de meilleures pratiques pour la détection et la gestion du

délirium en soins aigus. L'approche de pratique réflexive est donc une stratégie d'amélioration des pratiques cliniques appréciée par les infirmières pour les soutenir dans leur pratique professionnelle.

### Remerciements

Nous aimerions remercier la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec et le centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal pour leur soutien financier. Un remerciement spécial à toutes les infirmières qui ont participé au projet ainsi qu'à toutes les personnes impliquées dans ce projet.

### Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (text revision)* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Asselin, M. E., & 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, 111-119. doi:10.1097/NND.0b013e318291c0cc
- Asselin, M. E., Schwartz-Barcott, D., & Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 905-914. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06082.x
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires*. Repéré à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit\\_2ed\\_French\\_with\\_App.E.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf).
- Bailey, M. E., & Graham, M. M. (2007). Introducing guided group reflective practice in an Irish palliative care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 555-560.
- Beam, R. J., O'Brien, R. A., & Neal, M. (2010). Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public Health Nursing*, 27, 131-139. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00836.x
- Bélanger, 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.* (Thèse de doctorat inédite). Repérée à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10114>

- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care, 16*, 303-315. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances Nursing Sciences, 1*, 13-24.
- Carter, B. (2013). Reflecting in groups. Dans C. Bulman & S. Schutz (Éds.), *Reflective practice in nursing*. (5<sup>e</sup> éd.; pp.93-120). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Carter, B., & Walker, E. (2013). Using group approaches to underpin reflection, supervision and learning. Dans C. Bulman, & S. Schutz (Éds), *Reflective practice in nursing* (pp. 248). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Curry, C., Middleton, H., & Brown, B. (2009). Practice development proved effective in changing culture and practice in end of life care in two nursing homes. *Nursing Older People, 21*, 18-23.
- 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* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Duffy, A. (2008). Guided reflection: A discussion of the essential components. *British Journal of Nursing, 17*, 334-339.
- Edwards, G., & Thomas, G. (2010). Can reflective practice be taught? *Educational Studies, 36*, 403-414. doi:10.1080/03055690903424790
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist, 24*, 260-266. doi:10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Flaherty, J. H. (2011). The evaluation and management of delirium among older persons. *Medical Clinics of North America, 95*, 555-577. doi:10.1016/j.mcna.2011.02.005
- Grégoire, M., Michaud, C., Proulx, M., & Laplante, P. (2012). Amélioration du sentiment de compétence des infirmières pour le dépistage du délirium en médecine générale : une étude quasi-expérimentale. *Recherche en soins infirmiers, 111*, 36-43. doi:10.3917/rsi.111.0036
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet, 383*, 911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1

- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice : A narrative approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Kinsella, E. A. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing philosophy, 11*, 3-14. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x
- Leslie, D. L., & Inouye, S. K. (2011). The importance of delirium: Economic and societal costs. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*, 241-243. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education, 14*, 595-621.
- McCrow, J., Sullivan, K. A., & Beattie, E. R. (2014). Delirium knowledge and recognition: A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses. *Nurse Education Today, 34*, 912-917. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.006.
- McGrath, D., & Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse Education in Practice, 6*, 175-181. doi:10.1016/j.nepr.2005.10.003
- Miraglia, R., & Asselin, M. E. (2015). Reflection as an educational strategy in nursing professional development : An integrative review. *Journal for Nurses in Professional Development, 31*(2), 62-72. doi:10.1097/NND.0000000000000151.
- Mittal, V., Muralee, S., Williamson, D., McEnerney, N., Thomas, J., Cash, M., & Tampi, R. R. (2011). Delirium in the elderly: A comprehensive review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 26*, 97-109. doi:10.1177/1533317510397331
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). Amélioration continue de sa compétence professionnelle – En quatre étapes. Récupéré le 15 novembre 2015 de: <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/amelioration-continue-de-sa-competence-professionnelle-en-quatre-etapes>.
- Rosenbloom, D. A., & Fick, D. M. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing, 35*, 175-181. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.12.004
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY : Basic Books.
- Voyer, P. (2014a). **R.A.D.A.R. – English section** [Vidéo en ligne].  
Repéré à [http://radar.fsi.ulaval.ca/?page\\_id=54](http://radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=54)
- Voyer, P. (2014b). **Vidéo de formation sur l'utilisation de la grille RADAR** [Vidéo en ligne].  
Repéré à [http://radar.fsi.ulaval.ca/?page\\_id=12](http://radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=12)

Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., ... Carmichael, P-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine (RADAR): a validation study. *BMC Nursing*, 14, 1-13. doi:10.1186/s12912-015-0070-1

Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The confusion assessment method: a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 823-830. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x.

*Tableau 1.* Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) et modes de savoir infirmier selon Carper (1978) – Traduction libre de Dubé (2012)

Questions pour soulever la réflexion	Savoir infirmier utilisé
Décrire une expérience professionnelle qui me semble significative.	Esthétique
Quels aspects de cette expérience me semblent significatifs pour que j'y porte attention ?	Esthétique
Quels sont les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi ?	Esthétique
Comment me suis-je sentie et pourquoi me suis-je sentie ainsi ?	Personnel
Qu'est-ce que j'essayais d'atteindre et est-ce que j'ai répondu efficacement ?	Esthétique
Quelles étaient les conséquences de mes actions sur le patient, les personnes impliquées et moi-même ?	Esthétique
Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) influencent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La façon dont je me suis sentie ?</li> <li>• La manière dont j'ai pensé ?</li> <li>• La façon dont j'ai répondu à la situation ?</li> </ul>	Personnel
Quelles connaissances m'ont aidée ou auraient pu m'aider ?	Empirique
Jusqu'à quel point ai-je agi de la meilleure façon et en accord avec mes valeurs ?	Ethique
Comment cette situation peut être reliée à d'autres expériences passées ?	Personnel
Si la situation se reproduisait, comment pourrais-je agir de façon plus efficace ?	Réflexivité
Quelles seraient les conséquences d'agir de façon différente pour le patient, pour les autres personnes impliquées, pour moi-même ?	Réflexivité
Quels facteurs m'empêchent d'agir différemment ?	Personnel
Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport à cette expérience ?	Personnel
Est-ce que je me sens capable de faire face à des expériences comparables ?	Réflexivité
Est-ce que je me sens capable d'aider les autres à faire face à des expériences comparables ?	Réflexivité
Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette réflexion ?	Réflexivité
Est-ce que je me suis rapprochée de mon idéal de pratique ?	Personnel

Tableau 2. Synthèse de la structure des rencontres.

	Thème de la rencontre	Éléments théoriques	Questions discutées lors de l'activité réflexive	Éléments-clés ressortis par les participantes
--	-----------------------	---------------------	--	---

<b>Semaine 1 : rencontre 1 (60 min)</b>	Présentation du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition du délirium</li> <li>• Types de délirium</li> <li>• Causes du délirium</li> <li>• Conséquences du délirium</li> <li>• Défis associés au délirium</li> </ul>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aimerais mettre à jour leurs connaissances sur le délirium</li> <li>• Aimerais partager leurs expériences cliniques</li> <li>• Aimerais pouvoir mieux intervenir en contexte de délirium</li> <li>• Aimerais avoir un outil de travail pour les soutenir dans la détection et la gestion du délirium</li> </ul>
<b>Semaine 4 : rencontre 2 (60 min)</b>	Détection du délirium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de l'outil R.A.D.A.R.</li> <li>• Détecter le délirium selon les différents types</li> <li>• Présentation de vidéos portant sur des histoires de cas</li> <li>• Remise de la carte aide-mémoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment je me suis sentie lorsque j'ai eu un patient atteint de délirium ?</li> <li>• Sur quels éléments je me suis basée pour dire que la personne était en délirium ?</li> <li>• Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la détection du délirium ?</li> </ul>	<p><b><u>Au début de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconfort à détecter le délirium (complexité et fluctuation des symptômes)</li> <li>• Agitation et confusion : symptômes les plus reconnus</li> <li>• Délirium hypoactif plus difficile à détecter</li> </ul> <p><b><u>À la fin de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation à la détection</li> <li>• Reconnaissance des divers types de délirium</li> <li>• Mise en contexte d'expériences marquantes dans la pratique clinique</li> </ul>
<b>Semaine 9 : rencontre 3 (60 min)</b>	Gestion pharmacologique du délirium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médication utilisée lors d'un délirium</li> <li>• Utilisation des « PRN » lors d'un délirium</li> <li>• Effets de la médication utilisée lors d'un délirium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce que j'ai fait qui semble avoir été le plus ou le moins aidant lorsque j'ai eu un patient atteint de délirium ?</li> <li>• Qu'est-ce que je pourrais faire pour agir de façon plus efficace ?</li> <li>• Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la gestion pharmacologique du délirium ?</li> </ul>	<p><b><u>Au début de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins familiarisées avec la médication en contexte de délirium</li> <li>• Différences importantes dans la pratique clinique en lien au délirium</li> </ul> <p><b><u>À la fin de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure compréhension de l'indication de la médication lors d'un délirium</li> <li>• Médication ne guérit pas le délirium, mais en atténue les symptômes</li> </ul>
<b>Semaine 12 : rencontre 4 (60 min)</b>	Gestion non pharmacologique du délirium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions non pharmacologiques selon les différentes sphères de la personne (élimination, sommeil, alimentation, mobilisation, douleur, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que j'ai été capable de prévenir l'apparition du délirium ou de le gérer une fois installé ?</li> <li>• Est-ce qu'il y a des éléments que je n'ai pas vus sur le moment qui auraient dû m'alerter ?</li> <li>• Qu'est-ce que j'aimerais savoir sur la gestion non pharmacologique du délirium ?</li> </ul>	<p><b><u>Au début de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité des interventions non pharmacologiques non reconnue</li> <li>• Quoi faire lors d'un délirium ?</li> </ul> <p><b><u>À la fin de la rencontre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance d'individualiser et d'adapter les soins selon chaque situation.</li> <li>• L'évaluation clinique rigoureuse des différentes sphères de la personne est essentielle</li> </ul>
<b>Semaine 15 : rencontre 5 (60 min)</b>	Réflexion sur le cheminement personnel et professionnel lors du projet clinique	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport au délirium ?</li> <li>• Est-ce que je me sens capable de faire face au délirium dans ma pratique professionnelle et d'aider les autres lorsqu'ils auront à faire face au délirium ?</li> <li>• Comment est-ce que les rencontres ont influencé ma pratique professionnelle ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour des connaissances sur le délirium</li> <li>• Avantages de partager et réfléchir sur des expériences cliniques</li> <li>• Augmentation de la confiance en soi pour détecter et gérer un patient atteint de délirium</li> <li>• Plus attentives aux signes et symptômes du délirium</li> <li>• Meilleure compréhension de l'urgence clinique du délirium</li> </ul>

Tableau 3. Résultats au questionnaire d'évaluation de l'activité de pratique réflexive

<b>Enoncé de réponse</b>	<b>Totalement en accord (n)</b>	<b>Plutôt en accord (n)</b>
1. Objectifs pertinents	6	
2. Carte aide-mémoire utile dans ma pratique professionnelle	6	
3. Contenu pertinent	6	
4. Approfondissement de mes réflexions et connaissances sur le délirium	6	
5. Réflexions entre les rencontres pertinentes	1	5
6. Formule pertinente pour ce type de formation	6	
7. Temps alloué suffisant	3	3
8. Aspects audiovisuels aidants	5	1
9. Nombre de rencontres suffisant	4	2
10. Rencontre suffisamment espacées	5	1
11. Environnement favorable à l'apprentissage	6	
12. Personne-ressource stimulante	6	
13. Activité adaptée aux besoins des participantes	6	
14. Réponses satisfaisantes aux questions des participantes	6	
15. Discussions entre collègues aidantes	5	1
16. Dans l'ensemble, satisfaite des rencontres	6	
17. Intéressée à participer à nouveau à une activité semblable	6	

*Figure 1* : Recto et verso de la carte aide-mémoire

## Aide-mémoire pour le dépistage du délirium

Lorsque vous lui administrez ses médicaments :

Le patient était-il somnolent ?

Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes ?

Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti ?

Carte aide-mémoire réalisée par [Émilie Caplette](#),  
France Patenaude et Sylvie Cossette (2016)

Tiré de [www.radar.fsi.ulbval.ca](http://www.radar.fsi.ulbval.ca) par Philippe Moyer

## Délirium : interventions non pharmacologiques

### MOBILISATION

- Évaluer :
  - Capacité de mobilisation
  - Risque de chute
- Mobiliser QID

### SOMMEIL/REPOS

- Évaluer l'état d'éveil/sommeil
- Établir une routine éveil/sommeil
  - 2h max de repos/jour
- Réduire les stimuli sonores et visuels
- Regrouper les soins

### APPROCHE DE BASE

- Rentrer calmement dans la chambre
  - Appeler la personne par son nom
- Utiliser des phrases courtes et simples
- Expliquer toutes les interventions
  - Donner une consigne à la fois
- Éviter l'argumentation/confrontation
  - Respecter l'espace du patient

### INTERVENTIONS DE BASE

- S'assurer du port des appareils auditifs/visuels
- Favoriser les repères : horloge, routine, etc.
  - Réorienter dans les 3 sphères
  - Converser avec le patient
- Demander au patient ce qui le préoccupe le + actuellement
  - Impliquer et soutenir la famille
  - Évaluer si présence de douleur
  - Rapprocher le patient du poste
  - Éviter les changements de chambre

### ÉLIMINATION

- Évaluer :
  - Si miction/élimination régulière (absence de globe vésical et de constipation)
  - Perméabilité de la sonde urinaire
- S'assurer que l'urinal est à portée de main
- Accompagner à la salle de bain

### ALIMENTATION HYDRATATION

- Stimuler l'alimentation et l'hydratation
- Favoriser la présence de la famille aux repas

Carte aide-mémoire réalisée par  
[Émilie Caplette](#),  
France Patenaude et Sylvie Cossette  
(2016)

Tiré du RMO (2004) et du suivi standard délirium de l'Institut de cardiologie de Montréal