

Université de Montréal

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

par

Louise Bélanger

Faculté des Sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières

Juillet 2013

© Louise Bélanger, 2013

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

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

présentée par :

Louise Bélanger

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Caroline Larue  
Présidente rapporteuse

Francine Ducharme  
Directrice de thèse

Johanne Goudreau  
Codirectrice de thèse

Alain Legault  
Membre du jury

Cécile Michaud  
Examinatrice externe

Julie Carrier  
Représentante du doyen de la FESP

## Résumé

Les personnes âgées occupent une proportion importante des lits dans les centres hospitaliers de soins de courte durée québécois et leur présence est en augmentation. Parmi ces personnes, plusieurs présentent un état confusionnel aigu (ÉCA), voire un délirium, au cours de leur hospitalisation. Les soins infirmiers qu'elles requièrent sont complexes et les études portant sur la formation continue des infirmières tiennent peu compte de cette réalité. Les approches utilisées dans les études sont surtout centrées sur l'acquisition de connaissances et d'habiletés techniques et négligent les aspects créatifs, relationnels, critiques, réflexifs et éthiques essentiels à une prestation de soins infirmiers de qualité. On y retrouve également peu d'informations sur la conception de l'intervention éducative et sur son évaluation. C'est dans cette perspective que le but de l'étude était de mettre à l'essai et d'évaluer qualitativement le processus et les résultats d'une intervention éducative auprès d'infirmières soignant des personnes âgées hospitalisées en ÉCA. Plus particulièrement, ce sont les conditions facilitant et contraignant l'intervention, les aspects les plus utiles pour la pratique, les différents savoirs exprimés et les résultats de soins perçus par les participantes qui étaient recherchés. C'est en s'inspirant de la pédagogie narrative de Diekelmann (2001) et des savoirs infirmiers de Chinn et Kramer (2008) que l'intervention a été conçue et évaluée. La description d'expériences de soins vécues par les infirmières et la création d'un environnement d'apprentissage favorisant l'interprétation, en groupe, de ces expériences à l'aide d'informations théoriques et empiriques caractérisent la pédagogie narrative à la base de cette intervention.

Pour atteindre le but, une étude de cas a été retenue. La stratégie d'échantillonnage par choix raisonné a permis de sélectionner des participantes travaillant sur les trois quarts de travail, ayant différents niveaux de formation et une expérience comme infirmière variant de huit mois à 36 ans, dont l'âge variait de 23 à 64 ans. L'échantillon, composé de 15 infirmières soignant fréquemment des personnes en ÉCA et travaillant sur des unités de soins chirurgicaux cardiologiques et orthopédiques, était réparti dans trois groupes égaux de cinq participantes.

L'intervention éducative comprenait quatre journées de formation offertes à intervalle de trois semaines pour une durée totale de 12 semaines. Au cours de chacune de ces journées, les participantes devaient effectuer un travail écrit réflexif concernant une situation de soins vécue avec une personne en ÉCA et, par la suite, partager, interpréter et s'interroger sur ces situations en faisant des liens avec des informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA dans le cadre d'un atelier de groupe. Une triangulation de méthodes de collecte de données, incluant des notes de terrain de l'investigatrice, les travaux réflexifs des participantes, des questionnaires complétés par les participantes après chaque journée de formation et une entrevue individuelle avec chaque participante réalisée par une intervieweuse externe à la fin de l'intervention, a permis de décrire la mise à l'essai de l'intervention et d'évaluer qualitativement son processus et ses résultats. Une analyse de contenu des données qualitatives intra et inter participante a été effectuée.

La mise à l'essai de l'intervention a mis en évidence l'importance de tenir compte des besoins variés des participantes et d'ajuster l'intervention éducative d'un groupe à l'autre, notamment eu égard aux contenus théoriques et empiriques sur l'ÉCA. L'évaluation du processus souligne que l'intervention a été facilitée par les attitudes et la diversité des expériences des participantes, ainsi que par l'utilisation de situations de soins réelles permettant d'intégrer la théorie dans la pratique. L'accès à de nouveaux outils d'évaluation des personnes en ÉCA a été perçu particulièrement utile par les participantes. Quant à l'évaluation des résultats, elle a permis de rendre visibles de nombreux savoirs empiriques, éthiques et esthétiques et certains savoirs personnels et émancipatoires exprimés par les participantes. Les participantes ont, entre autres, réalisé des évaluations plus approfondies des personnes en ÉCA, ont réduit ou évité les mesures de contrôle physiques des personnes atteintes et ont impliqué davantage les familles dans les soins. L'évaluation a aussi permis de décrire certains résultats perçus par les participantes sur le bien-être physique et psychologique des personnes soignées et sur les familles. Les personnes en ÉCA étaient, entre autres, rassurées, plus calmes et soulagées et les familles moins inquiètes et davantage impliquées dans les soins.

Les résultats de l'étude mettent en évidence l'applicabilité d'une intervention éducative narrative basée sur un cadre de référence en sciences infirmières et son utilité pour la formation continue dans les milieux de soins. L'étude ouvre la porte à des possibilités de transfert de l'intervention à d'autres populations d'infirmières soignant des clientèles ayant des besoins complexes, notamment en gériatrie, en oncologie ou en soins palliatifs. Des études visant à évaluer l'intervention auprès d'un échantillon plus important et à explorer ses effets sur les personnes soignées et leurs familles sont proposées.

Mots clés : Pédagogie narrative, savoirs infirmiers, état confusionnel aigu, délirium, infirmières, personnes âgées.

## **Asbtract**

Older persons occupy a growing proportion of the beds in Quebec short-stay hospitals. Many of these persons present acute confusional state (ACS), or delirium, in the course of their hospitalization. The nursing care that they require is complex but studies show that continuing nursing education takes scant account of this reality. The approaches used in these studies have focused above all on the acquisition of knowledge and technical skills and have neglected the creative, relational, critical, reflexive and ethical aspects essential to delivering quality nursing care. In addition, these studies contain little information relative to the design of pedagogical interventions and their evaluation. Against this background, a study was undertaken aimed at field-testing and qualitatively evaluating the process and results of a pedagogical intervention for nurses who care for hospitalized older persons with ACS. The focus was more specifically on identifying the facilitating and constraining conditions to learning, the aspects most useful to practice, the different types of knowledge expressed, and the care outcomes perceived by participants. Inspiration for the design and evaluation of the intervention was drawn from the narrative pedagogy approach developed by Diekelmann (2001) and the various patterns of knowing knowledge defined by Chinn and Kramer (2008). The narrative pedagogy at the root of this intervention consists essentially of describing the lived care experiences of nurses and creating a learning environment conducive to group interpretation of these experiences based on theoretical and empirical data.

To achieve the objectives, a case study design was used. Purposive sampling allowed selecting participants working all three work shifts, possessing different levels of training, boasting nursing experience ranging from eight months to 36 years, varying in age from 23 to 64 years. The sample, composed of 15 nurses who worked on cardiac and orthopedic surgery units and who often cared for persons with ACS, was divided into three equal groups of five. The pedagogical intervention comprised four days of training offered at an interval of three weeks for a total duration of 12 weeks. On each of these days, participants had to complete a written reflexive exercise regarding a lived care situation involving a person with ACS and then, in the context

of a group discussion, share, interpret and question these situations by drawing connections with available theoretical and empirical data on ACS. A triangulation of data collection methods, including the investigator's field notes, the participants' written reflexive exercises, questionnaires completed by the participants after each day of training, and individual interview with each participant carried out by an outside interviewer at the end of the intervention, allowed describing the field-testing of the intervention and qualitatively evaluating its process and results. The qualitative intra and inter-participant data was then subjected to content analysis.

Field-testing of the intervention highlighted the importance of taking account of the varied needs of the participants and to adjust the pedagogical intervention from one group to the next, particularly with respect to the theoretical and empirical content on ACS. Process evaluation underscored that the intervention was facilitated by the attitudes and the diversity of experiences of the participants, as well as by the use of real care situations, which allowed integrating theory in practice. Access to new tools for assessing persons with ACS was perceived to be particularly useful by the participants. As for the results evaluation, it allowed revealing various types of knowledge, including of the empirical, ethical and esthetic sort, but also some personal and emancipatory knowledge expressed by the participants. Moreover, the participants performed more in-depth assessments of persons with ACS, reduced or avoided the use of physical control measures on these persons, and involved families more in care. The evaluation also allowed documenting some of the effects perceived by the participants on the physical and psychological well-being of care recipients and their families. Persons with ACS were reassured, calmer and soothed, among other things, while families were less worried and more involved in care.

The study's results evidence the applicability of a narrative pedagogy intervention based on a nursing frame of reference and its utility in continuing education in the field of care. The study opens up the possibility of transferring the intervention to other populations of nurses who tend to clientele with complex needs, particularly in geriatric, oncological and palliative care. It is proposed that future

studies evaluate the intervention on a larger sample and explore its effects on the persons cared for and their families.

Key words: narrative pedagogy, nursing knowledge, acute confusional state, delirium, nurses, older persons



## Table des matières

RÉSUMÉ.....	III
ASBTRACT.....	VI
TABLE DES MATIERES.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	XIV
LISTE DES FIGURES.....	XV
DEDICACE.....	XVI
REMERCIEMENTS.....	XVII
CHAPITRE 1 PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE.....	1
But de l'étude.....	8
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	10
L'état confusionnel aigu (ÉCA).....	11
Perspective biomédicale de l'ÉCA.....	12
Perspective expérientielle de l'ÉCA des personnes ayant vécu ce syndrome.....	18
Perspective expérientielle de l'ÉCA des infirmières.....	24
Les savoirs infirmiers et leur développement.....	28
Savoirs empiriques.....	29
Savoirs éthiques.....	30
Savoirs esthétiques.....	33
Savoirs personnels.....	35
Savoirs émancipatoires.....	36

Pédagogies interprétatives .....	40
Pédagogie narrative .....	42
Cadre de référence .....	51
Pédagogie narrative de Diekelmann .....	52
Savoirs infirmiers de Chinn et Kramer .....	53
<b>CHAPITRE 3 MÉTHODE .....</b>	<b>55</b>
Devis de recherche.....	56
Bref historique de l'étude de cas .....	56
Description de l'étude de cas.....	57
Liens entre l'étude de cas et le cadre de référence utilisé .....	57
Milieu de l'étude .....	58
Cas étudié et contexte.....	58
Échantillon et stratégie de recrutement .....	58
Population et critères de sélection de l'échantillon .....	58
Recrutement.....	59
Description de l'intervention éducative.....	61
Travail réflexif .....	66
Atelier de groupe .....	68
Collecte de données .....	70
Questionnaire sociodémographique .....	70
Notes de terrain .....	71
Travail réflexif.....	71
Questionnaire.....	72
Entrevue individuelle semi structurée .....	73
Analyse des données.....	76

Questionnaire sociodémographique .....	76
Notes de terrain .....	76
Travail réflexif .....	77
Questionnaire.....	78
Entrevue individuelle semi-structurée .....	79
Analyse intra participante.....	79
Analyse inter participante.....	80
Considérations éthiques.....	80
CHAPITRE 4 RÉSULTATS .....	82
Caractéristiques des participantes et des groupes.....	83
Description de la mise à l'essai de l'intervention éducative .....	85
Déroulement de l'intervention éducative .....	85
Contenus théoriques et empiriques s'ajoutant tout au long de l'intervention .....	92
Contexte organisationnel entourant la survenue de l'ÉCA.....	93
Ajustements apportés à l'intervention éducative.....	94
Ressources requises pour réaliser l'intervention éducative .....	104
Synthèse de la mise à l'essai de l'intervention éducative.....	105
Évaluation qualitative du processus de l'intervention éducative.....	105
Conditions facilitant le déroulement de l'intervention éducative.....	105
Conditions contraignant le déroulement de l'intervention éducative .....	107
Aspects utiles pour la pratique auprès des personnes en ÉCA .....	108
Aspects moins utiles pour la pratique auprès des personnes en ÉCA .....	109
Synthèse de l'évaluation qualitative du processus de l'intervention éducative.....	109
Évaluation qualitative des résultats de l'intervention éducative .....	110
Les savoirs des participantes .....	110
La perception des participantes quant aux résultats des soins offerts .....	118
Synthèse de l'évaluation qualitative des résultats de l'intervention éducative.....	120

Synthèse globale des résultats de l'étude .....	120
CHAPITRE 5 DISCUSSION .....	122
Considérations théoriques.....	123
Considérations méthodologiques.....	126
Devis de recherche.....	126
Échantillon.....	126
Critères de scientificité .....	127
Limites de l'étude .....	129
Description de la mise à l'essai de l'intervention éducative .....	131
Déroulement de l'intervention éducative .....	131
Contexte organisationnel entourant la survenue de l'ÉCA.....	132
Ajustements apportés à l'intervention éducative .....	133
Évaluation du processus de l'intervention éducative.....	133
Conditions facilitant le déroulement de l'intervention éducative.....	133
Conditions contraignant le déroulement de l'intervention éducative.....	134
Utilité de l'intervention éducative pour la pratique.....	135
Évaluation des résultats de l'intervention éducative .....	135
Savoirs exprimés par les participantes.....	135
Perceptions des résultats des soins offerts .....	139
Contributions au développement des connaissances en sciences infirmières .....	141
Réflexion critique sur la pédagogie narrative.....	143
Implications pour la pratique clinique.....	144
Implications pour la gestion .....	146
Implications pour la formation continue .....	147

Implications pour la recherche .....	149
RÉFÉRENCES.....	151
Appendice A : Formulaire d'information et de consentement .....	171
Appendice B: Fiches d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA .....	177
Appendice C: Horaire type d'une journée de formation .....	189
Appendice D: Guide du travail réflexif pour les participantes.....	191
Appendice E: Exemples de travaux réflexifs réalisés par une participante.....	194
Appendice F: Guide du déroulement de l'atelier de groupe pour les participantes...	199
Appendice G: Exemple d'un tableau synthèse complété lors des ateliers de groupe .....	202
Appendice H: Questionnaire sociodémographique pour les participantes .....	205
Appendice I: Lettre et questionnaire remis aux participantes après chaque journée de formation .....	207
Appendice J: Guide d'entrevue individuelle semi-structurée avec les participantes après l'intervention éducative.....	214
Appendice K: Dossier d'analyse intra participante .....	217
Appendice L: Fiches d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA après ajustements .....	225
Appendice M: Guide du déroulement de l'atelier de groupe pour les participantes après ajustements.....	232

## Liste des tableaux

Tableau 1: Stratégies éducatives favorisant le développement des savoirs infirmiers.....	39
Tableau 2: Pratiques pour l'étude, l'apprentissage et l'enseignement en sciences infirmières selon Diekelmann et Diekelmann (2009).....	52
Tableau 3: Questions critiques et expressions intégrées dans la pratique des savoirs infirmiers selon Chinn et Kramer (2008).....	54
Tableau 4: Description des éléments composant l'intervention éducative.....	63
Tableau 5: Méthodes de collecte de données selon les différentes questions de recherche.....	75
Tableau 6: Exemples de sous-thèmes et de thèmes en lien avec les conditions facilitant l'intervention éducative .....	80
Tableau 7: Caractéristiques sociodémographiques selon les groupes de participantes.....	84
Tableau 8: Présence des participantes lors des journées de formation.....	86
Tableau 9: Questionnaires complétés par groupe de participantes et par journée de formation.....	97
Tableau 10: L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai.....	98
Tableau 11: Savoirs exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative.....	118

## Liste des figures

Figure 1: Chronogramme de la mise à l'essai de l'intervention éducative .....	61
---	----

Aux infirmières confrontées  
à des situations de soins complexes  
qui cherchent  
continuellement  
à améliorer leur pratique.  
Vous me donnez le goût de me dépasser.



## Remerciements

Une formation doctorale est une démarche longue et exigeante demandant un soutien continu et varié. Je souhaite remercier les personnes et les organismes qui m'ont accompagnée et aidée au cours de cette période d'apprentissage et de découverte intense.

Je voudrais, notamment, remercier la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRÉSIQ), le ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports du Québec (MELS), le Groupe de recherche interuniversitaire en intervention en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ), le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV), l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG), le Fonds Gagnon Thibaudeau, le Fonds Renaud, ainsi que la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien financier. Grâce à eux, j'ai pu consacrer le temps que requièrent des études doctorales productives et satisfaisantes.

Je désire aussi offrir mes chaleureux remerciements aux infirmières qui ont participé à l'étude. Leur persévérance, ainsi que la qualité de leur participation, m'a encouragée et motivée tout au long de l'étude. Leur expérience clinique et leurs propos ont été pour moi une source continue d'apprentissage. La direction des soins infirmiers de l'établissement et les gestionnaires des unités de soins méritent aussi ma gratitude pour avoir accueilli ce projet de recherche dans leur milieu. Sans eux, ce projet n'aurait pu être possible.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance et ma gratitude à madame Francine Ducharme qui, la première, m'a permis d'envisager des études de troisième cycle et m'a accompagnée à travers les différentes étapes de ce projet. Sa grande expérience du monde de la recherche, la pertinence de ses commentaires et de ses suggestions, ainsi que sa disponibilité ont assurément contribué à mes apprentissages et à mon développement. Comme directrice de thèse, elle est un modèle à suivre. Je

voudrais aussi remercier madame Johanne Goudreau qui, comme codirectrice de thèse, a suivi de près mes travaux et m'a toujours fait des suggestions pertinentes. Nos échanges ont été inspirants.

Je dois aussi souligner la satisfaction que j'ai eue à participer aux activités de formation continue organisées par le GRIISIQ, maintenant le Réseau de recherche interuniversitaire en intervention en sciences infirmières du Québec (RRIISIQ), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et le centre de recherche de l'Institut de gériatrie de Montréal (CRIUGM) qui m'ont ouvert au monde de la recherche et aux différentes possibilités qu'il offre. Les infrastructures de l'établissement où je travaillais alors comme conseillère en soins spécialisés, soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM), de l'Institut de gériatrie de Montréal (IUGM), du CRIUGM et de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, notamment les services audiovisuel, documentaire, informatique et administratif, ont aussi été une aide indispensable dans mon parcours doctoral. Je souhaite remercier particulièrement Louise Aubut, Dominique Beaulieu, Danièle Chénier, Claire de Grandpré, Johanne Landry, Diane Saulnier, Léa Scaini, Marcello Sequiera et Doris Tétreault pour leurs réponses diligentes à mes demandes.

Je voudrais dire également merci à mes amis et mes collègues de travail et d'études qui m'ont accompagnée, écoutée et encouragée tout au long de mon parcours doctoral. Les rires et les sujets plus sérieux que nous avons partagés m'ont permis de rester sereine devant les défis et les obstacles accompagnant nécessairement ce type d'études. Je voudrais remercier précisément Anne, Caroline, Dominique, Francine, Jérôme, Josée, Lyne, Renée, Véronique et Sylvain.

Pour terminer, je veux exprimer ma profonde gratitude à Gérard, mon conjoint. Son écoute, son ouverture et son souci de mon bien-être ont été pour moi une source de réconfort et de motivation qui m'ont aidée à persévérer et à réussir. Mes deux enfants (maintenant des adultes autonomes), Pierre-Luc et Sophie, méritent aussi mes remerciements pour leur affection et leur esprit critique. Nos échanges animés m'ont permis, à certains moments, de m'évader de ma thèse et d'y revenir plus forte.

**Chapitre 1**  
**Phénomène à l'étude**

L'évolution des connaissances médicales et des technologies, ainsi que le vieillissement de la population que l'on observe depuis les dernières décennies, ont modifié passablement les caractéristiques des personnes qui utilisent les services de santé et le type de soins qu'elles requièrent. Au Canada et au Québec, le volume de personnes très âgées est en croissance dans les centres hospitaliers de soins de courte durée (Institut canadien de l'information sur la santé, 2013; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2012) et, parce qu'elles ont moins de réserve et une capacité de récupération réduite, ces personnes sont souvent très affectées par un séjour hospitalier (Fletcher, 2007).

Un des effets pouvant être induits par l'hospitalisation et fréquemment observés chez les personnes âgées est l'état confusionnel aigu (ÉCA). L'ÉCA est un prodrome, plus particulièrement une perturbation soudaine et fluctuante de l'attention, de la conscience et du discours, combinée à une difficulté à répondre à des questions directes, à enregistrer ce qui se passe et à penser clairement, rapidement et avec cohérence. Il est aussi possible qu'une perturbation du sommeil, de la mémoire, de l'activité psychomotrice et des perceptions soit présente (Arcand & Hébert, 2007; Rapp et al., 2000 ; Ropper & Brown, 2005; Sendelbach et Guthrie, 2009). L'ÉCA est souvent un indice précoce de délirium (Rapp et al., 2000) mais peut aussi indiquer la présence d'un désordre psychiatrique ou neurologique (Lipowski, 1991; Rolfson, 2002) demandant une investigation approfondie visant à établir un diagnostic. Dans la pratique, ce sont habituellement les infirmières<sup>1</sup> qui constatent l'apparition de l'ÉCA et doivent évaluer la personne qui en présente les signes et intervenir rapidement pour diminuer les conséquences de ce syndrome sur la personne soignée, et ce, de jour, de soir ou de nuit. Ce sont principalement les infirmières travaillant en chirurgie, aux soins intensifs et sur les unités de soins palliatifs qui sont confrontées à ce problème de soins (Bruce, Ritchie, Blizard, Lai, & Raven, 2007; Bucht, Gustafson, & Sandberg, 1999; Sockalingam et al., 2005).

---

<sup>1</sup> Étant donné que la majorité des personnes qui soignent, enseignent, étudient, gèrent ou mènent des recherches en sciences infirmières sont des femmes, dans ce document, le féminin est utilisé pour désigner les personnes œuvrant dans cette discipline. Ce choix a été fait dans le but de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Outre le fait que l'ÉCA est un syndrome complexe qui influence les capacités cognitives et fonctionnelles des personnes âgées hospitalisées, la durée de leur séjour hospitalier et le pronostic (Ely et al., 2004; Inouye, Rushing, Foreman, Palmer, & Pompei, 1998; McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau, & Belzile, 2002; McCusker, Cole, Dendukuri, & Belzile, 2003), on observe fréquemment, dans la pratique clinique, que lorsque l'ÉCA s'installe, l'expérience des membres de l'équipe de soins et celle de la personne âgée hospitalisée, dans la relation de soins qui les réunit, sont perturbées.

La rupture dans la communication entre l'infirmière et la personne âgée en ÉCA a été soulignée pour la première fois, en 1993, dans une étude de cas réalisée par Andersson, Knutsson, Hallberg et Norberg (1993). Après la publication de cette première étude, quelques chercheuses ont réalisé des études qualitatives visant à explorer et à comprendre l'expérience des personnes ayant vécu un ÉCA et aussi celle d'infirmières prenant soin régulièrement de ces personnes. Les résultats d'études faites auprès des personnes hospitalisées (Andersson, Hallberg, Norberg, & Edberg, 2002; Fagerberg & Jonhagen, 2002; McCurren & Cronin, 2003; Stenwall, Jonhagen, Sandberg, & Fagerberg, 2008) soulignent que, lorsque ce syndrome survient, les personnes atteintes sont plongées dans un environnement fluctuant, incompréhensible et souvent effrayant, rempli de fausses perceptions, de craintes et de pertes de contrôle qui seraient renforcées par l'incompréhension et le manque de reconnaissance et de soutien des personnes qu'elles côtoient. Dans cet état d'esprit, elles cherchent à se protéger en camouflant leur confusion, en luttant contre la menace perçue ou en fuyant cette dernière (Bélanger & Ducharme, 2011).

Par ailleurs, les résultats obtenus dans les études effectuées auprès des infirmières qui soignent des personnes âgées présentant des signes d'ÉCA (Andersson, Hallberg, & Edberg, 2003; Stenwall, Sandberg, Jönhagen, & Fagerberg, 2007), les participantes ont indiqué que, lorsque ce syndrome apparaît, elles ne comprennent plus les personnes soignées qui présentent des comportements imprévisibles et fluctuants et semblent être dans un monde inaccessible. Cette situation devient alors une source de

sentiments inconfortables pour les infirmières qui ne savent plus quoi faire, ont peur pour leur sécurité et doutent même de leur compétence (Bélanger & Ducharme, 2011).

À ces difficultés relationnelles qu'expérimentent les personnes en ÉCA et les infirmières qui les soignent, quelques études font également ressortir des éléments contextuels qui influenceraient les relations de soins entre ces deux acteurs. À ce sujet, le discours des professionnels axé sur le risque, la surveillance et le contrôle (Schofield, Tolson, & Fleming, 2011) et souvent teinté d'âgisme (Neville, 2008), les perceptions des infirmières concernant le vieillissement et la confusion (McCarthy, 2003a), ainsi que le stress, la rapidité des soins et le manque de ressources (McCarthy, 2003b) ont été identifiés.

En somme, ces études soulignent que les personnes qui présentent des signes d'ÉCA et les infirmières qui les soignent trouvent difficile d'entrer en relation les unes avec les autres, expérimentent des sentiments d'inconfort et d'insécurité et évoluent dans un contexte qui n'est pas toujours optimal. Une intervention qui permettrait d'agir sur cette réalité serait pertinente. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au développement et à l'évaluation d'une telle intervention.

Dans les études effectuées auprès des personnes hospitalisées, les chercheurs ont surtout testé des interventions et évalué leurs effets sur des variables telles l'incidence, la durée et l'intensité de l'ÉCA, ainsi que sur l'état fonctionnel et cognitif, la durée du séjour hospitalier et la mortalité de la personne atteinte (Milisen, Lemiengre, Braes, & Foreman, 2005). Les interventions que les chercheurs ont expérimentées dans le cadre de ces études concernent principalement les facteurs pouvant précipiter un délirium, notamment l'immobilité, la déshydratation, la malnutrition, la douleur, le déséquilibre sommeil-veille, les difficultés de vision et d'audition, les effets secondaires de certains médicaments et les complications survenant après la chirurgie.

Dans quelques études, les chercheurs ont aussi expérimenté et évalué les effets de protocoles de soins appliqués par les infirmières et visant à prévenir ou traiter le

délirium (Bogardus et al., 2003; Inouye et al., 1999; Milisen et al., 2001; Wanich, Sullivan-Marx, Gottlieb, & Johnson, 1992). Toutefois, dans ces études, peu d'informations sont disponibles sur les stratégies éducatives utilisées auprès des infirmières. Dans certains cas, les chercheurs expliquent qu'ils ont formé les infirmières sur les aspects essentiels du délirium à l'aide d'affiches, de présentations théoriques ou de discussions informelles (Milisen et al., 2001; Wanich et al., 1992); dans d'autres cas, ils disent s'être assurés de l'adhérence des infirmières aux protocoles à l'aide de listes de vérification (*check-lists*) (Inouye et al., 1999). Dans trois études répertoriées (Devlin et al., 2008; Pun et al., 2005; Soja et al., 2008) dont les objectifs étaient de former les infirmières à l'utilisation d'un instrument de dépistage du délirium, les chercheurs ont expérimenté et évalué les effets d'interventions éducatives variées. Des séances de groupe, des scénarios cliniques, des démonstrations pratiques, des évaluations aléatoires sont les stratégies éducatives que les chercheurs ont utilisées dans ces études.

Pour certains chercheurs et théoriciens en sciences infirmières et en pédagogie, les stratégies éducatives utilisées dans le cadre de ces études sont inappropriées pour le développement d'une pratique de soins de qualité. En effet, Benner (2000), Benner, Tanner, & Chesla (1996) et Kavanagh (2003) considèrent que les enseignantes ou cliniciennes qui utilisent des stratégies éducatives orientées vers la transmission de protocoles et de techniques de soins standardisés ont tendance à négliger les aspects créatifs, relationnels, critiques, réflexifs et éthiques essentiels à la pratique du soin infirmier. Ironside (2003a, 2005) ajoute que de telles approches obscurcissent les situations où la pratique du soin est plus difficile et ambiguë et amènent l'infirmière à croire, à tort, que le soin infirmier peut être compris d'une manière logique et prévisible. Pour Schön (1983), ces façons techniques et rationnelles d'utiliser des connaissances spécialisées ne sont pas suffisantes dans des situations de soins complexes, instables et incertaines, qui évoluent rapidement et qui exigent une capacité d'adaptation de la part du professionnel.

Selon Benner, Stuphen, Leonard et Day (2010), c'est en utilisant de façon appropriée les connaissances empiriques, en démontrant des habiletés techniques et relationnelles et en communiquant avec la personne soignée, sa famille et les autres membres de l'équipe de soins que l'infirmière offre des soins de qualité. Pour Chinn et Kramer (2008), les savoirs que l'infirmière utilise dans sa pratique clinique sont empiriques, mais aussi éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires. Selon Chinn et Kramer (2008), ces savoirs composent les bases du corps de connaissances de l'infirmière, et sont tous nécessaires à une prestation de soins infirmiers de qualité. Ils permettent à l'infirmière d'entrer dans un processus de résolution de problème et de raisonnement logique en tenant compte des connaissances scientifiques existantes; de s'interroger sur ce qui est juste et responsable à faire dans une situation spécifique et d'agir en cohérence avec ce qu'elle pense; d'apprécier la signification profonde que la personne soignée, ou sa famille, donne à son expérience et d'utiliser des moyens créatifs pour la transformer; de se servir de son moi de façon thérapeutique pour créer des relations significatives avec la personne soignée; et enfin de reconnaître les iniquités d'une situation, de clarifier les valeurs et les croyances culturelles requises pour que celle-ci soit juste et équitable et d'agir pour la transformer.

Pour développer ces différents savoirs, les stratégies éducatives suggérées par Chinn et Kramer (2008) sont diversifiées, mais visent toutes, d'une certaine manière, le questionnement et la réflexion de l'infirmière au sujet des connaissances théoriques qui orientent sa pratique, des actions qu'elle pose, des valeurs qui influencent ses décisions et de diverses possibilités permettant d'aider la personne soignée. Pour ces auteures, c'est en se posant, de façon consciente et délibérée, des questions critiques concernant une situation clinique que l'infirmière peut augmenter ses savoirs et améliorer sa pratique.

Ainsi, pour concevoir une intervention éducative qui permettrait de développer les savoirs des infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA, nous nous sommes demandé si les approches interprétatives en pédagogie étaient des options prometteuses. Ces approches s'intéressent à la nature des connaissances, mais aussi



aux réflexions et aux comportements des participants dans les situations d'enseignement-apprentissage et à la manière dont ceux-ci lisent et interprètent ce qui est enseigné et appris (Ironsides, 2001).

Parmi les écrits répertoriés au sujet de telles approches, la pédagogie narrative (Diekelmann, 2001; Diekelmann & Diekelmann, 2009) est apparue appropriée pour concevoir une intervention éducative auprès des infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA. La pédagogie narrative est une approche éducative au cours de laquelle des personnes partagent en groupe des narrations d'expériences vécues afin d'apprendre ensemble (Diekelmann & Diekelmann, 2009). Elle découle de diverses recherches phénoménologiques interprétatives et s'inspirent des fondements de l'herméneutique dans son application. Dans la pratique, on reconnaît une formation s'inspirant de la pédagogie narrative lorsque l'enseignante et les étudiantes se rencontrent, s'arrêtent, écoutent, interprètent et s'interrogent sur des expériences vécues provenant des étudiantes, mais aussi des cliniciennes, des personnes vivant avec un problème de santé ou des proches de ces personnes. Cette approche engendre ainsi une communauté d'apprentissage, rend visible la signification des expériences pour les personnes qui les vivent et crée une ouverture à diverses possibilités de soins (Diekelmann & Diekelmann, 2009). Somme toute, le questionnement et l'interprétation d'expériences vécues, ainsi que la recherche d'autres possibilités de soins utilisées par l'enseignante qui s'inspire de la pédagogie narrative, sont des stratégies cohérentes avec celles proposées par Chinn et Kramer (2008) pour développer les savoirs infirmiers.

Selon Diekelmann (2001), les pratiques découlant de la pédagogie narrative sont transférables à différentes situations, mais les stratégies d'enseignement-apprentissage utilisées doivent être adaptées au contexte dans lequel se déroule l'intervention éducative. Au cours de la dernière décennie, plusieurs études qualitatives, la plupart phénoménologiques interprétatives, ont permis de comprendre l'expérience des enseignantes et des étudiantes en sciences infirmières participant à une intervention éducative basée sur la pédagogie narrative (Andrews et al., 2001;

Ironside, 2006; Ironside, 2004, 2005; Scheckel & Ironside, 2006; Swenson & Sims, 2003). Les interventions pédagogiques décrites dans ces études se sont déroulées, pour la plupart, dans des milieux d'enseignement universitaire et les résultats ont fait ressortir l'utilité de la pédagogie narrative pour la formation des étudiantes en soins infirmiers. Toutefois, les auteures ont peu décrit les caractéristiques des participantes, le contexte dans lequel elles évoluaient, le processus de l'intervention éducative ainsi que son influence sur la pratique et sur les résultats des soins offerts.

À l'instar de Barlow (2004), une démarche d'évaluation qualitative dans laquelle le chercheur effectue une évaluation du processus et des résultats d'une intervention est utile pour identifier ce qui fonctionne adéquatement et ce qui peut être amélioré, ainsi que pour juger de la valeur et de l'importance de cette intervention. Plus précisément, l'évaluation du processus renseigne sur le déroulement d'une intervention, sur son utilité et sur les ressources requises pour la mettre en œuvre, alors que l'évaluation des résultats permet de comprendre son influence.

### **But de l'étude**

Pour donner suite aux considérations précédentes et étant donné qu'à notre connaissance aucune intervention éducative destinée à des infirmières soignant des personnes en ÉCA n'a fait l'objet de recherche à ce jour, le but de la présente étude était de mettre à l'essai et d'évaluer qualitativement le processus et les résultats d'une intervention éducative basée sur la pédagogie narrative destinée à des infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA hospitalisées. Les réponses aux questions suivantes étaient plus précisément recherchées :

1. Quelles sont les conditions qui facilitent le déroulement de l'intervention éducative?
2. Quelles sont les conditions qui contraignent le déroulement de l'intervention éducative?

3. Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent utiles pour leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?
4. Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent moins utiles pour leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?
5. Quels sont les savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative?
6. Quelles sont les perceptions des participantes des résultats des soins qu'elles ont offerts aux personnes âgées en ÉCA et à leurs familles au cours de l'intervention éducative?

**Chapitre 2**  
**Recension des écrits**

Dans ce chapitre, un regard critique sur les écrits concernant l'ÉCA, les savoirs infirmiers et les approches éducatives favorisant leur développement est posé et les ancrages théoriques qui inspirent la présente étude sont définis. Dans la première section, l'état des connaissances au sujet de l'ÉCA selon diverses perspectives est présenté. Dans les deuxième et troisième sections, ce sont les écrits concernant les différents savoirs infirmiers et les approches éducatives interprétatives qui sont explorés. Enfin, dans la dernière section, les théories qui composent le cadre de référence de l'étude sont exposées.

### **L'état confusionnel aigu (ÉCA)**

Pour plusieurs cliniciens, l'ÉCA, qui est souvent considéré comme un synonyme de délirium dans les écrits (Arend & Christensen, 2009), est vu comme une altération soudaine, fluctuante et temporaire de l'attention, de la conscience et du discours d'une personne, combinée à une difficulté à répondre à des questions directes, à enregistrer ce qui se passe et à penser clairement, rapidement et avec cohérence. Une perturbation du sommeil, de la mémoire, de l'activité psychomotrice et des perceptions peut aussi être observée (Arcand & Hébert, 2007; Ropper & Brown, 2005). Toutefois, certaines auteures en sciences infirmières différencient l'ÉCA du délirium. Tel que mentionné, l'ÉCA est un ensemble de symptômes soudain comprenant, entre autres, de l'agitation ou de l'anxiété diffuse que l'infirmière observe chez la personne qu'elle soigne (Rapp et al., 2000; Sendelbach et Guthrie, 2009), alors que le délirium est un diagnostic médical découlant de critères provenant du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* (American Psychiatric Association, 2003). À l'instar de ces auteurs, l'ÉCA serait un indice précoce du délirium ou, dans certains cas, d'un autre problème de santé. Dans la pratique clinique, l'ÉCA reflète le changement soudain dans les comportements et les propos de la personne soignée que l'infirmière observe, mais aussi la nécessité d'une évaluation rigoureuse soutenant le processus visant à établir un diagnostic précis. Ces constats justifient pourquoi nous retenons l'expression ÉCA dans la présente étude en sciences infirmières.

Dans la revue des écrits concernant l'ÉCA, nous avons constaté que la façon de concevoir ce syndrome varie selon la perspective des personnes qui s'expriment. Ainsi, nous présentons l'état des connaissances concernant l'ÉCA selon la perspective biomédicale provenant des cliniciens et des chercheurs, la plus commune, et selon deux perspectives expérientielles en émergence, l'une provenant des personnes ayant expérimenté un ÉCA et l'autre provenant des infirmières qui soignent fréquemment ces personnes.

### **Perspective biomédicale de l'ÉCA**

Parce que la majorité des chercheurs en médecine s'intéressent au délirium, les études répertoriées concernent principalement ce syndrome, qui est le type le plus fréquent d'ÉCA. Dans les faits, peu d'études empiriques traitent spécifiquement de l'ÉCA. On retrouve ainsi dans cette section des informations sur le processus diagnostique du délirium, son incidence, son pronostic, son étiologie, ainsi que sur les raisons qui expliquent les difficultés qu'ont les infirmières à le reconnaître. Les traitements préventifs et curatifs du délirium, le rôle des infirmières dans l'administration de ces traitements et la formation offerte à ces professionnelles sont aussi présentés.

**Bref historique du délirium.** C'est à Lipowski (1980; 1990) que l'on doit la version moderne du délirium. En fait, c'est à la suite des travaux de recherche de ce psychiatre que le concept de délirium a été développé et que des critères diagnostiques de ce syndrome ont été établis. Cependant, même avec ces critères, l'identification du délirium demeure complexe. Ceux-ci sont insuffisants pour reconnaître certains types de confusion découlant de désordres psychiatriques provoqués par la dépression, la manie ou l'anxiété (Lipowski, 1991). Le délirium peut également être confondu avec la démence, voire avec un problème neurologique survenant abruptement (Arcand et Hébert, 2007; Rolfson, 2002). À cet égard, quelques articles dans lesquels sont expliquées les différences entre le délirium, la dépression et la démence (Arnold, 2005; Insel & Badger, 2002; Milisen, Braes, Fick, & Foreman, 2006) et un guide de pratiques exemplaires fournissant des indices permettant de différencier ces différents

problèmes de santé (Registered Nurses Association of Ontario, 2010) ont été publiés dans les dernières années. Également, un grand nombre d'instruments conçus pour dépister le délirium ont été développés au cours des deux dernières décennies (Foreman & Vermeersch, 2004; Rapp et al., 2000; Schuurmans, Deschamps, Markham, Shortridge-Baggett, & Duursma, 2003; Smith, Breitbart & Platt, 1995; Trzepacz, 1994).

**Incidence et conséquences du délirium.** Plusieurs études visant à connaître l'incidence du délirium indiquent qu'entre 10 et 31 % des personnes âgées présenteraient des signes de ce syndrome à leur admission en centre hospitalier alors qu'entre 3 et 29 % des personnes âgées hospitalisées le développeraient durant leur séjour hospitalier (Siddiqi, House, & Holmes, 2006). L'incidence du délirium peut augmenter à plus de 50 % chez les personnes hospitalisées subissant une chirurgie majeure et urgente (Bruce, Ritchie, Blizard, Lai, & Raven, 2007; Bucht, Gustafson, & Sandberg, 1999; Sockalingam et al., 2005) et à 88 % chez les personnes hospitalisées aux soins intensifs (McNicoll et al., 2003; Van Rompaey, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2008) ou étant dans une phase avancée de cancer (Lawlor et al., 2000). Le délirium influencerait la capacité cognitive et fonctionnelle, la durée du séjour hospitalier, ainsi que le pronostic (Ely et al., 2004; Inouye et al., 1998; McCusker et al., 2002; McCusker et al., 2003).

**Causes du délirium.** Les causes d'un délirium sont multifactorielles. Un nombre important d'études rétrospectives et prospectives ont permis de documenter les facteurs de risque de ce syndrome et illustrent sa complexité (Arend & Christensen, 2009; Dasgupta & Dumbrell, 2006; Van Rompaey et al., 2008). On retient de ces études que l'âge, la démence, les maladies sévères, les troubles cognitifs antérieurs, l'hypertension, la consommation d'alcool, une déficience auditive et visuelle et l'utilisation de psychotropes prédisposent la personne à développer un délirium et que ce syndrome peut être précipité par l'utilisation de certains médicaments, entre autres, des narcotiques, des benzodiazépines ou des anti-inflammatoires, par la douleur, la privation de sommeil, la fièvre, la malnutrition, l'infection, l'hypotension, les

déséquilibres électrolytiques et métaboliques, les chirurgies retardées, l'immobilité, la consommation de plus de trois médicaments ou l'arrêt abrupt d'un traitement pharmacologique prolongé. L'absence d'horloge ou de montre, l'absence de lunettes de vision, les changements de chambre, la présence de mesures de contrôle ou de contraintes médicales (présence de cathéters divers, oxygénothérapie) ont aussi été identifiés dans une étude prospective de McCusker et al. (2001) comme des facteurs précipitant le délirium mais nécessiteraient des études plus robustes pour être confirmés (Van Rompaey et al. 2008).

**Évaluation de la personne présentant des signes de délirium.** Étant donné la variété de causes pouvant induire un délirium, l'apparition de signes suggérant ce syndrome incite l'infirmière à faire une évaluation rigoureuse de la personne soignée. Toutefois, des chercheurs font ressortir des problèmes concernant cette activité. Certains indiquent que les infirmières ont de la difficulté à reconnaître la présence d'un délirium (Agar et al., 2012; Inouye, Foreman, Mion, Katz, & Cooney, 2001; Steis & Fick, 2008). Leurs connaissances à ce sujet seraient insuffisantes (Hare, Wynaden, McGowan, Landsborough, & Speed, 2008). À cet égard, McCarthy (2003a, 2003b) suggère que ce sont les croyances de l'infirmière concernant la vieillesse et la confusion, ainsi que le contexte de travail, qui influenceraient le raisonnement clinique de l'infirmière devant une personne âgée présentant des signes de confusion. Dans une étude visant à comprendre les facteurs expliquant pourquoi les infirmières ne reconnaissent pas l'ÉCA et à développer une théorie au sujet du raisonnement clinique des infirmières qui soignent des personnes âgées présentant des signes de ce syndrome, McCarthy (2003a) a effectué des observations durant quatre mois et interviewé des infirmières (n = 28) travaillant dans différents milieux de soins. À l'aide d'une analyse dimensionnelle s'inspirant de la méthode de théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967), cette auteure a identifié trois groupes d'infirmières, ayant des perspectives différentes au sujet de la santé et dont le raisonnement clinique face à la personne âgée présentant des signes de confusion variait en fonction de ces perspectives. Dans le premier groupe, les infirmières croyaient que des troubles cognitifs chez la personne âgée étaient inévitables. Elles ne différenciaient pas l'ÉCA de la démence et



intervenaienent en cherchant à contrôler la personne soignée seulement si celle-ci était agitée et interférait sur le travail de l'équipe de soins. Dans le deuxième groupe, les infirmières croyaient que les troubles cognitifs étaient fréquents et réguliers chez les personnes âgées. Elles intervenaienent si le contexte le permettait; sinon, elles concluaient facilement que c'était à cause de la vieillesse et qu'il n'y avait rien à faire. Dans le troisième groupe, les infirmières connaissaient le processus de vieillissement normal et différencaient l'ÉCA de la démence. Elles savaient que l'ÉCA n'est pas un état normal chez la personne même si elle est âgée, que c'est une situation d'urgence et qu'il faut réagir rapidement.

Dans une seconde étude de McCarthy (2003b), visant à explorer l'influence de l'environnement de travail sur le raisonnement clinique des infirmières (n = 30) concernant l'ÉCA, l'auteure a constaté que, contrairement aux infirmières travaillant dans des établissements de soins de longue durée ou à domicile, celles travaillant dans des centres hospitaliers de soins de courte durée avaient de la difficulté à interpréter les informations cliniques et discernaient peu l'ÉCA de la démence. Selon l'auteure, le stress, la vitesse des soins et le manque de ressources influenceraient cette réalité.

Aussi, dans l'étude de cas d'Eden et Foreman (1996), effectuée auprès d'une personne de 69 ans hospitalisée aux soins intensifs après une chirurgie rénale et visant à documenter les problèmes associés à la sous reconnaissance du délirium, les auteurs font ressortir des problèmes concernant l'évaluation cognitive de la personne à l'admission et au cours du séjour hospitalier, la recherche des causes potentielles du délirium et la communication entre les infirmières et les médecins. Ces difficultés relationnelles entre les infirmières et les médecins ressortent également des résultats d'autres études réalisées auprès d'infirmières travaillant aux soins intensifs (Law et al., 2012; Pun et al., 2005; Soja et al., 2008).

**Interventions suggérées face au délirium.** Outre la reconnaissance du délirium, les interventions requises lorsque ce syndrome apparaît sont multifactorielles et visent principalement l'identification des causes et, si possible, leur élimination, le contrôle des comportements de la personne atteinte avec des moyens non

pharmacologiques et pharmacologiques, ainsi que le soutien et la restauration des besoins fonctionnels de cette personne (Marcantonio, 2002; Rolfson, 2002). À cet égard, plusieurs études dont le but était d'implanter un programme comprenant des interventions multiples préventives et curatives destinées aux personnes âgées hospitalisées ont été réalisées au cours des deux dernières décennies (Bogardus et al., 2003; Cole et al., 2002; Cole et al., 1994; Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Marcantonio, Flacker, Wright, & Resnick, 2001; Milisen et al., 2001; Pitkala et al., 2008; Pitkala, Laurila, Strandberg, & Tilvis, 2006; Wanich et al., 1992). Dans une revue systématique des écrits dont l'objectif était de déterminer les caractéristiques et l'efficacité de ce type de programme (Milisen et al., 2005), les auteurs ont constaté que c'est avec la création d'un environnement de soutien physique, sensoriel et interpersonnel visant l'équilibre physiologique, le confort et la sécurité que l'on peut diminuer l'incidence, la durée et la sévérité du délirium et améliorer l'état fonctionnel de la personne soignée. Milisen et al. (2005) soulignent également que les infirmières occupent un rôle majeur auprès de cette clientèle. Leur contribution serait requise, entre autres, pour la détection du délirium, l'implantation de protocoles standardisés de prévention et de traitement, ainsi que pour l'éducation et la liaison.

**Formation des infirmières sur le délirium.** Quelques études sur le délirium traitant, entre autres, de la formation des infirmières ont été répertoriées dans les écrits empiriques. Dans des études expérimentales contrôlées réalisées auprès de personnes âgées hospitalisées, le personnel infirmier a été formé pour mettre en œuvre différentes interventions composées de protocoles de soins visant à prévenir, évaluer et gérer le délirium (Bogardus et al., 2003; Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Milisen et al., 2001; Tabet et al., 2005; Wanich et al., 1992). Les effets de ces interventions sur la reconnaissance du délirium et sur l'évolution de ce syndrome (incidence, durée, sévérité), de même que sur les personnes âgées hospitalisées (durée du séjour hospitalier, état fonctionnel et cognitif et mortalité), ont été évalués. Toutefois, aucune information sur les caractéristiques des infirmières formées, sur leur participation aux activités de formation et sur leurs perceptions de ces activités sont fournies. De plus, les stratégies éducatives utilisées sont peu détaillées. Des périodes de formation variant

d'une heure à deux jours, la présentation d'affiches concernant le délirium, la démence et la dépression, des rencontres de suivi individuelles ou en groupe, mensuelles ou au besoin, dont la durée, la fréquence et les objectifs sont imprécis, sont les stratégies éducatives décrites dans ces études.

Dans d'autres études réalisées auprès d'infirmières travaillant aux soins intensifs, les chercheurs ont exploré les effets d'interventions éducatives dont le but était d'augmenter les habiletés des infirmières à utiliser un instrument de dépistage du délirium et à reconnaître ce syndrome (Devlin et al., 2008; Pun et al., 2005; Soja et al., 2008). Dans ces études, les auteurs ont formé les participantes (respectivement n = 50, 64 et 42) sur les critères diagnostiques du délirium et sur un instrument de dépistage et ont documenté la fiabilité des évaluations réalisées par les participantes. Les activités de formation se sont déroulées dans le cadre de séances de groupe variant de 20 à 45 minutes, combinées avec des scénarios cliniques, des démonstrations pratiques, des évaluations aléatoires imprévues ou des séances hebdomadaires. Les résultats de ces études indiquent qu'avec une formation, quelquefois minimale, les infirmières sont capables d'utiliser adéquatement un instrument de dépistage du délirium.

En résumé, les écrits empiriques consultés soulignent que, selon la perspective biomédicale des cliniciens et des chercheurs, le délirium est vu comme un syndrome soudain, fluctuant et temporaire, fréquent chez les personnes hospitalisées, difficile à reconnaître, dont les causes sont multifactorielles et qui requiert des interventions multiples visant l'équilibre physiologique, le confort et la sécurité. Malgré la reconnaissance de la contribution des infirmières dans le processus de soin des personnes en délirium, peu d'études concernent spécifiquement la formation de ce groupe de professionnelles. Celles qui ont été identifiées visent surtout à transmettre aux infirmières des connaissances sur les critères diagnostiques du délirium et à développer leurs habiletés techniques pour utiliser des instruments de dépistage de ce syndrome ou appliquer des protocoles de soins standardisés.

Les informations théoriques et les études empiriques répertoriées jusqu'à maintenant, en majorité quantitatives, concernent surtout les caractéristiques du

délirium, son incidence, son étiologie, son pronostic, ainsi que les différentes interventions requises pour l'éviter ou diminuer ses effets objectifs sur les personnes atteintes. Pour compléter ces connaissances et pour identifier d'autres pistes d'intervention, il serait utile de tenir compte de ce que les personnes ayant expérimenté un ÉCA expriment au sujet de l'expérience qu'elles ont vécue, objet de la prochaine section.

### **Perspective expérientielle de l'ÉCA des personnes ayant vécu ce syndrome**

Quelques études qualitatives dans lesquelles les chercheurs voulaient comprendre l'expérience des personnes ayant déjà vécu un ÉCA, quelquefois appelé délirium ou confusion aiguë (Andersson et al., 2002; Cohen, Pace, Kaur, & Bruera, 2009; Duppils & Wikblad, 2007; Fagerberg & Jonhagen, 2002; Granberg, Engberg, & Lundberg, 1998, 1999; Laitinen, 1996; McCurren & Cronin, 2003; Schofield, 1997; Stenwall et al., 2008), ont été répertoriées. Selon Bélanger et Ducharme (2011), trois thèmes ressortent des résultats de ces études : l'incompréhension et autres sentiments inconfortables ; garder ses distances et se protéger ; et des interventions diminuant la souffrance. Des détails sur chacun de ces thèmes sont présentés.

**Incompréhension et autres sentiments inconfortables.** À la lecture des études d'Andersson et al. (2002), on comprend que lorsque l'ÉCA survient, les participants se retrouvent soudainement dans un monde incompréhensible et fluctuant. Plus précisément, dans cette étude phénoménologique interprétative réalisée auprès de personnes âgées ayant expérimenté un ÉCA (n = 50), les participants ont fourni des informations concernant l'expérience qu'ils ont vécue. Les personnes interviewées ont fait ressortir que lorsqu'elles étaient en ÉCA, elles étaient subitement plongées dans un monde qui fluctuait entre la réalité et l'imaginaire, la conscience et l'inconscience, la lucidité et la confusion, le passé et le présent. Elles percevaient aussi de la distance entre elles et les individus qui les entouraient et avaient de la difficulté à comprendre ce qui leur arrivait. De plus, elles se sentaient incapables d'influencer ou de contrôler ce qui se déroulait autour d'elles. Devant cette réalité, les personnes interviewées ont eu des réactions différentes. Certaines savaient que les choses étaient seulement

inhabituelles et acceptaient ce qui leur arrivait alors que d'autres se croyaient emprisonnées et ignorées.

Ce sentiment de danger a aussi été décrit par les participants de l'étude de Fagerberg et Jonhagen (2002). Dans cette étude phénoménologique descriptive, les chercheurs voulaient comprendre, à travers une perspective infirmière, comment les personnes âgées avaient expérimenté l'ÉCA et comment elles expliquaient cette expérience. Les personnes incluses dans cette étude (n = 5) avaient été diagnostiquées et traitées pour un ÉCA dans les 12 derniers mois et avaient retrouvé leur lucidité. Les résultats qui ressortent de cette étude indiquent que les personnes âgées ont ressenti de la terreur, de l'isolement et de l'incompréhension lorsqu'elles étaient en ÉCA et qu'elles considéraient cette expérience dangereuse pour elles-mêmes, leurs proches, voire pour leurs valeurs et leurs intérêts vitaux.

Des sentiments de détresse sont également ressortis des propos des personnes qui ont été interviewées dans le cadre des études phénoménologiques interprétatives de Cohen et al. (2009), Granberg et al. (1998, 1999) et Laitinen (1996). Entre autres, dans l'étude de Laitinen (1996), des personnes (n = 10) ayant expérimenté un ÉCA après une chirurgie cardiaque ont été interviewées entre le quatrième et le huitième jour suivant la chirurgie. Les résultats de cette étude alertent sur le fait que les difficultés perceptuelles, telles des hallucinations ou des illusions, peuvent être à l'origine de sentiments comme l'anxiété, l'oppression et la peur. Les personnes interviewées ont décrit un état émotionnel désagréable qui était intense, entre autres, lors de leur séjour aux soins intensifs où les stimuli étaient multiples. Lorsqu'elles étaient en ÉCA, elles ont dit être hypersensibles à ce qui se passait dans leur environnement immédiat où chaque stimulus pouvait prendre une signification surprenante. Entre autres, une des personnes interviewées s'est dite effrayée lorsqu'elle a confondu les cheveux d'un intervenant se penchant à côté de son lit avec un chien et, simultanément, entendu un autre patient demander à un médecin de l'aider à sortir de son lit.

Dans l'étude de Granberg et al. (1998, 1999), réalisée auprès de personnes (n = 19) ayant séjourné au moins 36 heures aux soins intensifs et ayant expérimenté un

épisode de confusion aiguë, de la désorientation, des rêves et des expériences irréelles durant et après leur séjour aux soins intensifs, les personnes rencontrées ont indiqué que la qualité de leurs échanges avec le personnel ou leurs proches, les conversations et les traitements qu'ils ont entendus et observés chez leurs voisins de chambre, ainsi que les équipements médicaux pouvaient être également des sources de peur et de tension. Des résultats similaires découlent de l'étude phénoménologique descriptive de McCurren et Cronin (2003). Dans cette étude, des personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine et chirurgie (n = 14) et ayant expérimenté un délirium, ont décrit l'expérience qu'elles ont vécue et la signification que celle-ci avait pour elles. Les entrevues se sont déroulées au moment où les personnes âgées étaient redevenues lucides, à l'hôpital ou à leur domicile. Des résultats de cette étude, on retient que lorsque le délirium est apparu, les personnes âgées ont dit se retrouver dans un monde effrayant de fausses perceptions, d'hallucinations, de paranoïa, de frustrations et de perte de contrôle. Par exemple, l'une d'entre elles a expliqué qu'elle croyait qu'il y avait une conspiration entre le personnel de l'hôpital, alors qu'une autre voyait des photographes qui tentaient de la prendre en photo.

En résumé, l'ÉCA plonge les personnes dans un environnement fluctuant qu'elles ne comprennent plus et qui leur fait vivre des émotions inconfortables telles la peur et l'insécurité, pouvant être provoquées par des difficultés perceptuelles et de l'hypersensibilité. Des études consultées, on apprend aussi que, lorsqu'elles expérimentent ces sentiments inconfortables, les personnes âgées cherchent à se protéger par différents moyens qui sont décrits dans la prochaine section.

**Garder ses distances et se protéger.** Dans les résultats qui ressortent des études de Duppils et Wikblad (2007), Fagerberg et al. (2002), Laitinen (1996) et Stenwall et al. (2008), les chercheurs rendent visibles la signification des comportements des personnes âgées en ÉCA. Ils soulignent que, quelquefois, ces personnes veulent garder leur distance, alors que d'autres fois elles se comportent comme si elles devaient lutter pour leur vie. Plus précisément, dans l'étude qualitative de Stenwall et al. (2008), des personnes âgées ayant été traitées par une équipe de

gériatrie dans une urgence hospitalière (n = 7) ont été interviewées après avoir expérimenté un ÉCA et retrouvé leur lucidité. Dans cette étude, les auteures cherchaient à comprendre l'expérience des personnes âgées en ÉCA lorsqu'elles rencontraient leurs proches ou un soignant. Dans leurs résultats, les chercheuses soulignent que les sentiments inconfortables expérimentés par les personnes âgées durant l'ÉCA, telles l'insécurité et l'impression d'être en prison, étaient provoqués par le fait que les professionnels ne tenaient pas compte de ce qu'elles disaient et ne cherchaient pas à comprendre ce qu'elles vivaient. À ce sujet, les personnes interviewées ont indiqué que lorsqu'elles n'avaient pas confiance dans les individus qu'elles rencontraient et ne sentaient pas que ceux-ci comprenaient l'expérience qu'elles vivaient et voulaient les aider, elles pouvaient choisir de garder leur distance en ne prenant pas l'initiative de la communication et en répondant brièvement aux questions qui leur étaient adressées. Ainsi, les personnes qui sentaient une diminution de leur acuité mentale répondaient de façon socialement acceptable et cachaient leur état.

Par ailleurs, les personnes âgées interviewées par Fagerberg et al. (2002) et Laitinen (1996) ont décrit que lorsqu'elles avaient des hallucinations ou des illusions, elles se sentaient menacées et cherchaient à se protéger en voulant fuir ou en luttant contre les personnes qui, selon elles, voulaient les agresser. Dans cet état d'esprit, certaines personnes ont réagi avec agressivité devant les interventions trop directives ou invasives des infirmières et ont éprouvé le besoin de s'évader de leur lit.

Duppils et Wikblad (2007) ont obtenu des résultats semblables dans leur étude réalisée auprès de personnes hospitalisées pour une fracture de la hanche et ayant expérimenté un délirium (n = 15). Dans cette étude, les auteures se sont intéressées à ce que les personnes se rappelaient de leur expérience et à leurs pensées et sentiments en regard de l'expérience vécue et des soins offerts par les infirmières. Les personnes interviewées ont indiqué que lorsqu'elles étaient en délirium, elles expérimentaient des contradictions fréquentes au sujet de la réalité, elles voyaient des scènes dramatiques qu'elles voulaient fuir et ressentaient des sentiments très forts telles la colère, la peur,

l'insécurité, l'horreur et la panique. Par ailleurs, quoique les méthodes de recrutement des sujets et de collecte et d'analyse des données apparaissent rigoureuses, il n'est pas évident que l'état cognitif des personnes qui ont participé à l'étude était intact. En fait, le score de 11 et plus mesuré avec le *Mini Mental State Examination* (MMSE), utilisé comme critère d'inclusion des sujets dans l'étude, est discutable. Selon les auteurs de ce test psychométrique, un score variant entre 11 et 20 indiquerait une perturbation modérée de l'état cognitif d'une personne (Folstein, Folstein, Mchugh, & Fanjiang, 2001; Lopez, Charter, Mostafavi, Nibut, & Smith, 2005). Ce critère de sélection incite donc à nuancer les résultats qui découlent de cette étude.

On retient des résultats de ces études que la crainte d'une menace et le manque de compréhension des personnes qu'elles côtoient pousseraient les personnes en ÉCA à vouloir éviter d'exposer leur confusion, à lutter contre les personnes qui tentent de les approcher ou à fuir. Dans plusieurs de ces études, des informations sur les moyens aidant à passer au travers de l'ÉCA sont suggérées par les personnes interviewées. Ces moyens font l'objet de la prochaine section.

**Attitudes et interventions diminuant la souffrance.** Quelques indices sur les attitudes et les interventions qui aident les personnes à passer au travers de l'ÉCA ressortent des résultats des études de Cohen et al. (2009), Laitinen (1996), McCurren et Cronin (2003) et Stenwall et al. (2008). Dans l'étude de Stenwall et al. (2008), les personnes ont dit que lorsqu'on les comprenait, les soutenait et les croyait, elles se sentaient en sécurité et confortables, et ce, même si elles ne savaient pas toujours qui elles rencontraient et n'étaient pas aptes à confirmer verbalement ce qu'elles ressentaient. Une d'entre elles a décrit comment son impression d'être en dehors de la réalité a diminué lors de la visite de ses proches, avec qui elle a ri et senti qu'on prenait soin d'elle. Les personnes interviewées par Laitinen (1996) ont révélé que la présence physique et les attitudes des personnes auprès d'elles augmentaient leur sentiment de sécurité. Elles ont précisé que la façon de parler, de toucher, d'agir ou d'être silencieuse de ces personnes leur donnait des indices sur la qualité de leur présence. Dans l'étude de McCurren et Cronin (2003), les personnes rencontrées ont indiqué



qu'elles se sentaient bien lorsqu'elles étaient en contact avec leurs proches, qu'elles recevaient des explications sur ce qui leur arrivait et qu'elles étaient rassurées fréquemment. Enfin, les personnes ayant participé à l'étude de Cohen et al. (2009), hospitalisées pour un cancer avancé et ayant vécu un délirium (n = 34), souhaitent connaître les causes de ce syndrome.

Dans la plupart des études répertoriées, les personnes expriment le besoin de comprendre ce qui est arrivé et de trouver une signification à leur expérience. C'est Schofield (1997) qui, à notre connaissance, est la première à avoir fait ressortir, dans une étude effectuée auprès de personnes âgées ayant vécu un délirium et ayant recouvré leur lucidité (n = 19), l'embarras que cette expérience provoque chez les personnes qui l'ont vécue. Dans cette étude, l'auteure a voulu explorer les perceptions des personnes interviewées avec l'aide d'une théorisation ancrée. Malgré certaines faiblesses méthodologiques quant aux questions de recherche apparaissant fermées (p.ex. Croyez-vous que l'expérience que vous avez vécue peut être le début d'une démence? (p.944)), cette étude ouvre une porte inexplorée en sciences infirmières concernant les soins relationnels auprès d'une personne en ÉCA et l'importance de s'occuper des effets de ce syndrome même lorsque celui-ci a disparu. À la suite de Schofield (1997), Andersson et al. (2002), McCurren et Cronin (2003) et Stenwall et al. (2008) ont rendu visible, dans les résultats de leurs études, que le besoin de réfléchir et de comprendre ce qui est arrivé et de trouver une signification à l'expérience de l'ÉCA était important pour les personnes ayant vécu ce syndrome. Plus précisément, dans l'étude d'Andersson et al. (2002), même si les personnes interviewées hésitaient, étaient surprises et n'étaient pas certaines de vouloir se rappeler, elles voulaient tout de même comprendre ce qui leur était arrivé. Elles ont été en mesure de s'expliquer l'expérience et d'y trouver un sens lorsqu'elles ont raconté ce qu'elles avaient vécu. Les personnes interviewées par McCurren et Cronin (2003) ont dit que, pour s'adapter à l'expérience vécue, elles avaient besoin de réfléchir sur celle-ci. Enfin, celles qui ont participé à l'étude de Stenwall et al. (2008) ont ajouté qu'à cause des difficultés qu'elles expérimentaient pour reconnaître et comprendre les personnes qu'elles rencontraient, elles avaient besoin de temps pour y arriver. Des résultats de ces études,

il ressort que la présence d'une personne à leur côté, qui les croit, les comprend et les soutient, des explications concernant l'ÉCA et sur ce qui l'a provoqué, ainsi que la possibilité de parler de ce qu'elles vivent, sont des interventions aidantes pour les personnes qui expérimentent un ÉCA.

Quoique ces études concernant l'expérience des personnes ayant vécu un ÉCA soient peu nombreuses et que certaines présentent des limites méthodologiques, la crédibilité, l'authenticité et l'intégrité de la majorité des résultats qui en découlent incitent à en tenir compte pour la pratique des infirmières. Il apparaît important de retenir de ces résultats, que les personnes expérimentant un ÉCA peuvent ressentir de l'incompréhension et d'autres sentiments inconfortables tels l'anxiété, la détresse, l'isolement, la peur et la frustration. De plus, lorsqu'elles sont dans cet état d'esprit, certaines personnes cherchent à se protéger en camouflant leur confusion, en luttant contre une menace perçue ou en fuyant cette menace. Enfin, la croyance dans ce que les personnes expérimentent, les explications sur la situation, la compréhension, le soutien, la présence des proches, ainsi que la possibilité d'expliquer ce qu'elles vivent aident les personnes à passer plus facilement au travers de l'ÉCA.

Parce que l'ÉCA est un syndrome soudain, fluctuant, temporaire et fréquent chez les personnes hospitalisées, ayant des effets importants sur l'évolution du séjour hospitalier ainsi que sur la condition physique, cognitive et émotionnelle des personnes atteintes, il représente un défi pour les infirmières qui soignent ces personnes. À cet égard, pour mieux comprendre ce phénomène et l'environnement dans lequel il survient, il est pertinent de tenir compte également de ce que les infirmières, ayant soigné des personnes en ÉCA, expriment au sujet de l'expérience qu'elles ont vécue. Dans la prochaine section, c'est la perspective de l'ÉCA provenant des infirmières qui est abordée.

### **Perspective expérientielle de l'ÉCA des infirmières**

Des études qualitatives ont été répertoriées et nous fournissent des informations au sujet de l'expérience que vivent les infirmières soignant des personnes en ÉCA,

quelquefois appelé délirium ou confusion aiguë (Andersson, et al., 2003; Brajtman, Higuchi, & McPherson, 2006; Dahlke & Phinney, 2008; Lou & Dai, 2002; Rogers & Gibson, 2002; Stenwall, et al., 2007). Il ressort de ces études que lorsque l'ÉCA survient, l'infirmière vit de l'incompréhension et d'autres sentiments inconfortables mais tente, malgré tout, d'agir en effectuant des interventions variant en fonction de sa culture et de ses valeurs (Bélanger & Ducharme, 2011).

**Incompréhension et autres sentiments inconfortables.** Les études qualitatives d'Andersson et al. (2003), de Brajtman et al. (2006), de Rogers et Gibson (2002) et de Stenwall et al. (2007), soulignent l'incompréhension, l'insécurité, l'ambivalence, le doute et la détresse qu'expérimente l'infirmière devant une personne en ÉCA. Plus précisément, dans l'étude d'Andersson et al. (2003), les chercheuses ont effectué 88 entrevues non structurées dans lesquelles elles ont exploré l'expérience vécue des infirmières (n = 48) lorsqu'elles soignaient des personnes âgées en ÉCA. Les thèmes qui sont ressortis de cette étude indiquent que lorsque l'ÉCA apparaissait, les infirmières ne saisissaient pas la signification des comportements de la personne soignée et n'étaient pas en mesure de lui faire confiance et d'interpréter ses besoins. Les personnes en ÉCA semblaient être dans un autre monde et avaient des réactions imprévisibles. Quelquefois, elles ne saisissaient pas ce qu'on leur disait, oubliaient, hésitaient, étaient désorientées, irritées, voire agressives et, d'autres fois, elles comprenaient les explications données.

Dans l'étude de Stenwall et al. (2007), les chercheuses ont utilisé une approche de théorisation ancrée pour comprendre ce que les professionnelles travaillant sur une unité de gériatrie (cinq infirmières et cinq infirmières auxiliaires) vivaient lorsqu'elles rencontraient une personne âgée en ÉCA. Les résultats de cette étude soulignent que, pour les participantes, soigner une personne âgée en ÉCA signifiait prendre soin d'une personne étrangère qu'elles ne comprenaient pas et à qui elles ne pouvaient faire confiance. Pour elles, cette situation de soin était pénible parce qu'elles devaient tenir compte de diverses contraintes qui rendaient le processus décisionnel difficile. Devant les comportements imprévisibles, risqués et non fiables des personnes soignées, elles

ne savaient pas toujours comment réagir et doutaient de leur capacité à assurer la sécurité de ces personnes.

Pour les infirmières travaillant en soins palliatifs soignant des personnes en délirium terminal (n = 9) et ayant participé à l'étude qualitative de Brajtman et al. (2006), l'inconfort ressenti lorsque le délirium survenait était surtout causé par leur détresse devant l'expérience vécue par les personnes atteintes et leurs familles. Par ailleurs, les thèmes qui ressortent de l'étude de Rogers et Gibson (2002), réalisée auprès d'infirmières travaillant sur une unité de soins orthopédiques (n = 10), et dans laquelle les chercheurs ont voulu savoir, entre autres, comment la confusion aiguë affectait les infirmières, indiquent que ce syndrome augmente la charge de travail, insécurise, affecte l'estime personnelle et provoque des conflits mentaux.

Dahkle et Phinney (2008) rendent également visibles, dans leur étude, les sentiments de culpabilité, d'irritation et de frustration des infirmières soignant des personnes âgées en délirium. Les chercheurs ont interviewé des infirmières travaillant en médecine et chirurgie (n = 12) afin de connaître les moyens qu'elles utilisaient pour évaluer, prévenir et traiter le délirium chez une personne âgée hospitalisée, ainsi que les défis et les obstacles auxquels elles étaient confrontées. Les infirmières interviewées ont indiqué qu'elles se sentaient coupables parce qu'elles n'étaient pas disponibles pour répondre aux besoins des autres personnes qui étaient sous leur responsabilité. Elles ont dit être dans un environnement où les demandes de soins étaient en compétition : d'un côté, des personnes ayant besoin de soins aigus (p.ex. un suivi postopératoire) et, de l'autre côté, des personnes âgées présentant des signes de délirium ayant besoin d'être calmées et contrôlées pour éviter les blessures. Certaines participantes ont ajouté qu'elles étaient irritées par la présence de personnes en délirium qui, selon elles, étaient un obstacle pour les soins à offrir aux personnes plus jeunes. En dépit de ces constats, les résultats des études consultées indiquent que, devant une personne en ÉCA, les infirmières transcendent les sentiments inconfortables que provoque ce syndrome et tentent d'évaluer la personne âgée et de mettre en place diverses interventions.

**Interventions variant en fonction de la culture et des valeurs.** Dans plusieurs des études répertoriées, les infirmières donnent des informations sur les interventions qu'elles mettent en œuvre devant une personne en ÉCA. On constate que ces interventions varient selon la culture et les valeurs des participantes. Dans l'étude suédoise d'Andersson et al. (2003), les infirmières interviewées (n = 48), travaillant sur une unité de soins orthopédiques, ont décrit des interventions visant à orienter, à établir un contact, à calmer et à protéger. Elles ont précisé que lorsqu'une personne âgée se retrouvait dans un ÉCA, elles essayaient de la ramener dans la réalité avec des informations et des explications, de l'écouter, de réduire la souffrance et les différents stimuli, d'être présentes et de la protéger des blessures physiques ou psychologiques. Devant une situation semblable, les infirmières ayant participé (n = 12) à l'étude canadienne de Dahlke et Phinney (2008), travaillant en médecine et chirurgie ont dit qu'elles assuraient une surveillance plus étroite et cherchaient à contrôler la situation, quelquefois à l'aide de mesures de contrôle chimiques, afin de prévenir les blessures et d'être en mesure d'administrer les traitements. De leur côté, les infirmières, travaillant aussi sur les unités de médecine et chirurgie (n = 4) et ayant participé à l'étude chinoise de Lou et Dai (2002), ont expliqué qu'elles recherchaient l'équilibre entre la situation imprévue et le fardeau de travail en impliquant la famille pour surveiller et assurer la sécurité de la personne soignée, en communiquant avec le médecin et en recherchant le soutien de leurs pairs. Enfin, les participantes (n = 9) de l'étude canadienne de Bratjman et al. (2006), travaillant en soins palliatifs, ont indiqué que la présence et la continuité des soins aidaient à calmer et à soutenir les personnes en délirium terminal et leurs familles, et ont ajouté avoir besoin de l'équipe interdisciplinaire professionnelle et non professionnelle et de connaissances supplémentaires concernant le délirium pour offrir des soins de qualité.

En résumé, malgré le peu d'études réalisées, les résultats des études qualitatives concernant l'expérience des infirmières soignant des personnes hospitalisées en ÉCA font ressortir que lorsque l'ÉCA s'installe, les infirmières ne semblent plus comprendre les personnes qu'elles soignent qui présentent des comportements imprévisibles et fluctuants et paraissent être dans un monde inaccessible. Cette

situation devient ainsi une source de sentiments inconfortables pour les infirmières qui vivent alors de l'incompréhension, de l'insécurité, de l'ambivalence, de la détresse, du doute, de la culpabilité, voire de l'irritation et de la frustration. Enfin, si les infirmières trouvent difficile de s'occuper de personnes en délirium, elles tentent, malgré tout, d'évaluer la situation et d'intervenir avec des objectifs et des moyens variés.

À travers les différentes perspectives de l'ÉCA, il apparaît que ce syndrome est complexe et a des conséquences physiques et émotionnelles pour la personne atteinte. De plus, il est exigeant pour la pratique du soin infirmier. L'infirmière qui soigne une personne en ÉCA, malgré son inconfort, doit s'intéresser autant à l'évolution de la condition physique de la personne qu'à l'expérience que celle-ci vit pour offrir des soins de qualité. Elle est ainsi confrontée à une situation qui demande des savoirs variés allant au-delà des protocoles et des techniques de soins standardisés et qui nécessite des stratégies éducatives novatrices pour se développer.

### **Les savoirs infirmiers et leur développement**

Carper, en 1975, dans le cadre de sa thèse de doctorat, a été la première à identifier, à la suite d'une analyse conceptuelle et syntaxique des écrits en sciences infirmières, la structure des savoirs infirmiers. Les travaux de cette auteure, publiés en 1978, ont permis de désigner ces savoirs comme étant empiriques, esthétiques, éthiques et personnels. Plus précisément, ils ont mis en évidence que le soin infirmier dépend non seulement des connaissances scientifiques de l'infirmière, mais aussi de sa capacité à faire des choix moraux devant une situation concrète de soins et à percevoir l'unicité de la personne soignée ainsi que la signification que celle-ci donne à l'expérience qu'elle vit (Carper, 1978). Pour Carper (1978), les savoirs infirmiers sont interdépendants et pertinents autant pour la formation que pour la pratique en sciences infirmières.

Une décennie après la publication des travaux de Carper (1978), divers auteurs ont poursuivi la réflexion au sujet des savoirs infirmiers (Chinn, 1989; Chinn & Kramer, 2008; Jacobs-Kramer & Chinn, 1988; Munhall, 1993; Silva, Sorrell, &

Sorrell, 1995; Stein, Corte, Colling, & Whall, 1998; Vinson, 2000; White, 1995). Ces écrits ont permis l'évolution des savoirs originaux identifiés par Carper (1975). D'une vision épistémologique a émergé une vision plus ontologique de ceux-ci (Silva et al., 1995). Entre autres, Chinn (1989) les a associés à l'identité professionnelle et à une représentation intégrée et globale du monde. Voici une description des savoirs infirmiers tels qu'ils ont évolué depuis les travaux initiaux de Carper (1975), ainsi que des stratégies éducatives qui favorisent leur développement.

### **Savoirs empiriques**

Les savoirs empiriques sont reliés à la science et vus comme factuels, descriptifs, discursifs, vérifiables et contribuant au développement d'explications abstraites et théoriques spécifiques à une discipline (Carper, 1978). Dans la pratique, ces savoirs sont associés à l'expression de la compétence scientifique (Chinn & Kramer, 2008). En fait, c'est par l'obtention, l'examen, l'analyse et la critique de données, ainsi que par la description d'un phénomène d'intérêt et la prédiction basée sur des faits vérifiables que l'infirmière démontre une telle compétence (Vinson, 2000).

D'un point de vue traditionnel, les sources de développement des savoirs empiriques sont la lecture de textes scientifiques ou l'écoute de conférences ou de présentations (Stein et al., 1998). Cependant, d'autres stratégies éducatives visant l'intégration des savoirs empiriques dans la pratique ont été explorées au cours de la dernière décennie. Quelques études qualitatives illustrent comment certaines stratégies éducatives, principalement basées sur la réflexion, favorisent l'intégration des connaissances empiriques.

Entre autres, Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers (2005), ont réalisé une étude phénoménologique dans laquelle elles ont conçu une intervention éducative basée sur la pratique réflexive et ont évalué comment les participantes (n = 8) intégraient l'approche familiale dans leur pratique en soins critiques pédiatriques. Au cours de l'intervention, les participantes devaient, d'abord, lire une narration

illustrant la signification et les bénéfices d'une intervention familiale, observer ensuite une intervention familiale effectuée par une infirmière experte et, finalement, avoir une discussion interactive avec cette infirmière au sujet de la narration lue et de l'intervention familiale observée. Les résultats obtenus soulignent qu'après une intervention encourageant la réflexion, les participantes ont compris et recadré leurs préconceptions de la famille, reconnu le stress vécu par les familles et commencé à intégrer les familles dans les soins.

La réflexion serait un préalable à l'intégration de la théorie dans la pratique. En fait, pour certains auteurs, les résultats probants provenant d'études empiriques nécessitent toujours une réflexion critique de la part de l'infirmière au sujet de leur valeur et de leur mérite avant que celle-ci décide de les intégrer dans son corps de connaissances (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005; Porter, 2010; Tarlier, 2005). Ainsi, l'infirmière qui est exposée à une théorie n'a pas l'obligation de l'accepter si celle-ci ne reflète pas sa conception des soins. Néanmoins, c'est à la suite de l'exposition à une vision différente de la réalité, provenant d'une nouvelle théorie, que l'infirmière peut, dans certains cas, modifier sa façon de voir sa propre réalité et ses expériences (Chinn et Kramer, 2008). Ainsi, les savoirs empiriques de l'infirmière ne seraient pas des entités fixes, puisqu'ils évoluent au fur et à mesure du développement des connaissances scientifiques, de l'exposition de l'infirmière à ces connaissances et de l'intégration qu'elle fait de celles-ci dans sa pratique. Cependant, même si certains auteurs indiquent que les savoirs empiriques ont priorité sur les autres savoirs (Paley et al., 2007), ils sont insuffisants pour comprendre une situation clinique et d'autres types de savoirs sont nécessaires, en l'occurrence des savoirs éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2008).

### **Savoirs éthiques**

Avec ses savoirs éthiques, l'infirmière se questionne sur ce qui doit être fait. Elle utilise la réflexion critique pour comprendre les diverses positions philosophiques concernant ce qui est bien et désirable, les orientations au sujet de ses obligations et les cadres de référence qui permettent d'analyser les situations complexes exigeant un



jugement moral (Carper, 1978). L'infirmière sait aussi que pour faire des choix moraux, la spécificité de chaque situation doit être prise en considération. À cet égard, elle se questionne sur ce que signifie l'expérience vécue par la personne qu'elle soigne, sur les souhaits et les choix de cette personne, ainsi que sur les possibilités qui s'offrent à elle, et explique clairement les raisons qui justifient ses interrogations (Porter, 2010).

Selon Chinn et Kramer (2008), le développement des savoirs éthiques survient lorsque l'infirmière se questionne sur son comportement et répond aux questions qu'elle se pose en clarifiant et analysant ses valeurs. Une telle démarche peut se faire en réfléchissant sur ses valeurs de façon critique et créative, en prenant conscience de ses sentiments, en faisant un choix librement consenti parmi différentes possibilités, en considérant les conséquences de ce choix, en établissant un plan d'action, en envoyant des messages clairs et, finalement, en agissant de manière répétée selon le choix effectué (Kirschenbaum, 1975; Raths, Harmin, & Simon, 1978). Toutefois, pour certains auteurs, la clarification des valeurs de l'infirmière n'est pas suffisante pour assurer une relation de soins basée sur des valeurs éthiques et morales. Selon Saint-Arnaud (2009), elle n'est qu'un préalable à une démarche éthique visant à clarifier les valeurs de la personne soignée. Pour cette éthicienne s'appuyant sur des auteurs en sciences infirmières (Benner, 1995; Keatings & Smith, 2010; Watson, 1985), c'est avec l'approche narrative que l'infirmière peut repérer les valeurs de la personne qu'elle soigne concernant, entre autres, son état de santé, ses préférences, ses attentes, ses buts et les personnes qui sont importantes pour elle et aider cette personne à faire des choix cohérents avec ses valeurs et son mode de vie.

Gadow (1996, 1999), de son côté, indique que ce n'est ni l'expression des valeurs de l'infirmière ni celle de la personne qu'elle soigne qui permettent de résoudre un dilemme éthique, mais plutôt le dialogue entre ces deux acteurs au cours duquel ceux-ci mettent en commun ce que signifie l'expérience qu'ils vivent tout en explorant diverses possibilités. L'auteure définit cette approche comme une co-construction de l'infirmière avec la personne soignée dans laquelle les interlocuteurs

acceptent l'incertitude et réinterprètent ensemble la situation clinique dans son contexte particulier. Severtsen (2004) ajoute que c'est seulement dans un tel échange que les deux interlocuteurs commencent à percevoir et à imaginer d'autres possibilités.

Étant donné ces considérations, et à l'instar de Gastmans (2002), la formation des infirmières doit stimuler le développement de la sensibilité éthique concernant la personne soignée se situant dans un contexte particulier et tenir compte autant des différents concepts et approches éthiques (p.ex. principes, méthodes d'analyse) que des attitudes et des émotions des personnes qui sont en relation. Ainsi, des présentations théoriques, des discussions concernant des situations particulières et l'utilisation d'un journal de bord sont les moyens proposés dans les écrits pour développer les savoirs éthiques (Chinn & Kramer, 2008; Keatings & Smith, 2010; Saint-Arnaud, 2009).

Quelques études concernant le développement de ces savoirs ont été répertoriées dans les écrits, mais plusieurs manquent de robustesse étant donné le faible taux de réponses des participantes (Kyle, 2008) et la limite des outils de mesure ou d'évaluation visant surtout la satisfaction des participantes (Dinc & Gorgulu, 2002; Nilstun, Cuttini, & Saracci, 2001; Perlman, 2008). Cependant, les résultats de l'étude récente de Lin, Lu, Chung et Yang (2010) soulignent que l'utilisation de petits groupes de discussion au sujet de situations cliniques est une méthode efficace pour l'enseignement de l'éthique en sciences infirmières. Plus précisément, ces auteurs ont réalisé une étude expérimentale auprès d'étudiantes (n = 142) visant à comparer deux approches éducatives. L'approche éducative expérimentale (n = 72) comprenait huit rencontres hebdomadaires d'une heure quarante minutes, au cours desquelles les étudiantes devaient, en sous-groupe de sept personnes, analyser des situations fictives comprenant un dilemme éthique, établir leurs objectifs d'apprentissage, collecter les informations requises, résumer et réfléchir sur la solution possible. L'approche éducative utilisée avec le groupe contrôle (n = 70) comprenait le même nombre de rencontres, mais les stratégies d'enseignement étaient des conférences, des réponses aux questions et des discussions sur le contenu présenté. Les résultats de l'étude indiquent, entre autres, que les habiletés éthiques des étudiantes du groupe

expérimental ( $n = 72$ ) étaient significativement plus élevées ( $F = 22,22, p < 0,001$ ) que celles des étudiantes ayant participé à la formation plus conventionnelle ( $n = 70$ ). La satisfaction du groupe expérimental était également significativement plus élevée pour la motivation à apprendre ( $p = 0,003$ ) et le développement de la pensée critique ( $p < 0,001$ ).

En résumé, avec ses savoirs éthiques, l'infirmière se questionne sur ce qui est juste et responsable à faire, et ce, en collaboration avec la personne soignée et ses proches. Il semble qu'elle peut développer ce type de savoir lorsqu'elle participe à des discussions concernant des situations cliniques spécifiques. Toutefois, les savoirs éthiques de l'infirmière ne sont pas suffisants pour identifier et répondre aux besoins particuliers de la personne soignée exigeant aussi des savoirs esthétiques.

### **Savoirs esthétiques**

Selon Carper (1978), les savoirs esthétiques, qui réfèrent à l'art du soin, permettent à l'infirmière de percevoir et d'être sensible aux particularités de la personne qu'elle soigne et de prodiguer des soins cohérents avec les besoins signifiants de cette personne. Pour Chinn et Kramer (2008), avec ses savoirs esthétiques, l'infirmière apprécie ce que signifie une situation pour la personne qu'elle soigne et utilise des moyens créatifs pour transformer cette situation d'une façon non prévue initialement.

Quelques stratégies éducatives sont suggérées dans des écrits théoriques pour développer les savoirs esthétiques, notamment l'écriture de narrations, de poèmes ou de fiction (Beckerman, 1994; Holmes & Gregory, 1998; Leight, 2002; Sorrell, 1994). Chinn et Kramer (2008) suggèrent aussi des approches méditatives, l'observation critique d'une interaction entre une infirmière et la personne soignée et la création et la récréation d'histoires. Plus précisément, la création et la récréation d'histoires racontées à une autre personne permettraient de prendre conscience des diverses significations et possibilités incluses dans une expérience humaine et de voir une situation de soins dans sa globalité et selon diverses perspectives. Pour Leight (2001),

l'utilisation d'histoires vécues, qui permet d'entrer durant un bref moment dans la vie d'une personne et d'avoir accès à la signification qu'elle donne à son expérience, est une stratégie utile pour donner un aperçu des possibilités pour le futur et transformer l'expérience afin qu'elle reflète l'unité de la personne. Cependant, peu d'études empiriques ont permis de rendre visible l'influence de ces diverses approches sur les savoirs esthétiques. Seulement quelques expériences éducatives, ayant permis aux étudiantes de donner d'autres significations à leur pratique, de voir la personne soignée au-delà de la maladie et d'ajuster leurs interventions, ont été répertoriées dans les écrits. Dans ces expériences, les auteurs ont utilisé la lecture théâtrale d'histoires (Pardue, 2004), l'expression de la signification de l'expérience vécue par la personne soignée avec l'aide d'un moyen créatif (Michael & Candela, 2006), l'écriture d'expériences vécues (Schaefer, 2002) et la réflexion après la lecture d'un livre ou le visionnement d'un film (Northington, Wilkerson, Fisher, & Schenk, 2005).

Ainsi, durant un cours ayant lieu au cours du dernier semestre d'un programme de formation de premier cycle en sciences infirmières, Michael et Candela (2006) ont demandé aux étudiantes d'explorer ce que signifiait vivre avec une maladie chronique pour les personnes qu'elles suivaient, et ce, avec un moyen créatif (p.ex. dessin, poème, lettre). L'objectif de cet exercice était de comprendre comment une personne peut exprimer ce que signifie une situation et, ainsi, aider les étudiantes à voir et à soigner cette personne d'une manière plus holistique. À la fin du cours, 136 étudiantes avaient réalisé l'exercice et rempli un questionnaire d'évaluation de celui-ci. Les résultats démontrent, entre autres, que l'exercice a été bénéfique pour les personnes suivies et que les étudiantes ont changé leur plan d'intervention à la suite de l'exercice. Par exemple, après qu'une personne vivant avec un diabète ait exprimé des signes de détresse dans un dessin, l'étudiante a été plus présente et a utilisé ses habiletés d'écoute plutôt que de se centrer seulement sur l'enseignement visant le contrôle de la diète. Les étudiantes ont aussi dit que ce projet leur a permis de voir la personne soignée au-delà de sa maladie et de considérer l'expérience qu'elle vivait sans juger.

Dans un autre cours en sciences infirmières, afin de permettre aux étudiantes d'enrichir leurs savoirs esthétiques et de comprendre ce que signifie le *caring* dans la pratique, Schaefer (2002) leur a demandé de décrire une situation de soins dans laquelle elles étaient la soignante principale ou l'observatrice. Dans cette narration, les étudiantes devaient décrire le contexte de la rencontre, ce qui s'est passé et les résultats obtenus. L'analyse du contenu de chaque narration a été réalisée par l'enseignante et les thèmes qui sont ressortis de cette analyse ont été validés par les étudiantes elles-mêmes. À la fin de la démarche d'analyse, l'auteure conclut que les résultats fournissent des indications sur l'efficacité de l'écriture réflexive pour augmenter les savoirs esthétiques en permettant aux étudiantes de découvrir de nouveaux savoirs et de nouvelles significations à leur pratique, de s'engager dans l'interprétation de leurs actions et d'apprécier leur pratique. L'auteure ajoute également que cet exercice a permis aux étudiantes de réfléchir sur leurs savoirs empiriques, éthiques et personnels. En somme, les savoirs esthétiques permettraient de comprendre ce qui est important pour la personne soignée et pourraient se développer avec des moyens créatifs d'expression ainsi qu'avec la pratique réflexive. Cependant, l'infirmière a aussi besoin de ses savoirs personnels pour apprécier l'unicité de la personne soignée et de la relation de soin qu'elle établit avec celle-ci.

### **Savoirs personnels**

Pour Carper (1978), les savoirs personnels sont « l'utilisation thérapeutique du moi » [traduction libre] (p.18). Ils réfèrent à la connaissance profonde que l'infirmière a d'elle-même et des autres personnes avec qui elle est en relation et à sa capacité de voir les diverses possibilités qu'entraînent les relations humaines et de s'actualiser. Selon Chinn et Kramer (2008), avec ces savoirs, l'infirmière évite de catégoriser, de classer ou de « manipuler » la personne qu'elle soigne et accepte l'ambiguïté et la différence. Elle reconnaît également que les connaissances empiriques sont essentielles parce qu'elles décrivent ce qu'un groupe d'individus ont en commun, mais est consciente que ces connaissances ne tiennent pas compte de l'unicité de chaque être humain et de chaque relation humaine. On peut observer ces savoirs dans des

expériences vécues racontées dans lesquelles la personnalité de l'infirmière s'exprime à travers sa relation avec la personne qu'elle soigne et, aussi, lorsque l'infirmière est en mesure d'expliquer comment ses valeurs affectent ses croyances et ses actions (Chinn & Kramer, 2008; Vinson, 2000). Plus précisément, pour avoir accès à ces savoirs, il apparaît nécessaire que les infirmières décrivent comment elles entrent en relation et interviennent auprès d'une personne en ÉCA et qu'elles disent aussi comment leurs expériences personnelles antérieures ont influencé leur démarche afin de comprendre comment la connaissance qu'elle a d'elle-même a influencé ses pensées et ses actions lorsqu'elles étaient en relation avec la personne soignée ou sa famille (Chinn et Kramer, 2008).

Pour développer ses savoirs personnels, l'infirmière doit s'engager dans une démarche de réflexion concernant ses expériences et partager ses réflexions avec d'autres infirmières. La méditation, le tai-chi, l'écriture d'un journal, la marche pour se centrer sur son expérience et s'ouvrir aux autres, ainsi que la création et le partage d'histoires autobiographiques pour avoir l'opportunité de réfléchir et d'obtenir des réponses à ses préoccupations sont des activités qui permettraient de développer les savoirs personnels des infirmières (Chinn et Kramer, 2008). À notre connaissance, aucune étude à ce sujet n'a été répertoriée dans les écrits empiriques.

Ainsi, à l'instar des divers auteurs qui se sont exprimés au sujet des savoirs infirmiers et des études retracées, l'utilisation des savoirs empiriques, éthiques, esthétiques et personnels permettraient à l'infirmière d'offrir des soins personnalisés, adéquats, justes et responsables. Toutefois, c'est avec ses savoirs émancipatoires que l'infirmière peut comprendre le contexte social, politique et économique d'une situation de soins et envisager des moyens d'améliorer les soins prodigués.

### **Savoirs émancipatoires**

C'est dans un article visant à critiquer les travaux de Carper (1978) et de Jacobs-Kramer et Chinn (1988) que White (1995) a fait ressortir l'importance de tenir compte de l'identité culturelle de l'infirmière et de la personne qu'elle soigne, de

même que du contexte social, politique et économique dans lequel ces soins sont prodigués. S'inspirant des travaux de White (1995), ainsi que de plusieurs auteurs se préoccupant des conditions créant des barrières à la santé et aux soins, Chinn et Kramer (2008) ont identifié un cinquième savoir qu'elles nomment « savoirs émancipatoires ». Selon ces auteures, ces savoirs réfèrent aux capacités de l'infirmière à reconnaître les injustices et les iniquités, à comprendre pourquoi celles-ci existent et à identifier des façons de modifier cette réalité.

Pour Chinn et Kramer (2008), c'est en critiquant le statu quo à partir de différents points de vue et en imaginant de nouvelles façons de créer un monde meilleur, plus équitable, que les savoirs émancipatoires s'accroissent. Selon ces auteures, ceci peut se faire à l'intérieur de petits groupes de discussion dans lesquels les participantes se sentent en sécurité et peuvent s'exprimer, critiquer et débattre ouvertement. Par exemple, dans une étude de Jacobs, Fontana, Kehoe, Matarese et Chinn (2005), les chercheuses ont exploré les perceptions d'infirmières au sujet de leur travail et des moyens permettant de modifier leur réalité. Trois groupes de huit à 15 infirmières se sont rencontrés de façon hebdomadaire pendant six à dix semaines. Des résultats de l'étude, on retient que les participantes ont décrit ce qu'était la pratique du soin infirmier aujourd'hui, ont identifié ce qui était inadéquat dans cette pratique et ont imaginé des moyens permettant de la modifier.

Certains chercheurs, ayant utilisé la narration d'expériences vécues dans leurs études, ont constaté que celles-ci ont un potentiel émancipatoire pour les participantes. Ainsi, Banks-Wallace (1998) a réalisé une étude visant à identifier les fonctions de la narration d'expériences vécues pour la promotion de la santé auprès de femmes afro-américaines (n = 28). Après avoir analysé 115 narrations obtenues au cours de quatre groupes de discussion focalisés qui se sont déroulés sur une période de six semaines, l'auteure fait ressortir que le partage d'expériences vécues permet de se centrer sur le contexte, d'être relié aux autres, de valider et d'affirmer ses expériences, de ventiler ses émotions, de résister à l'oppression et d'éduquer les autres.

En somme, les savoirs émancipatoires de l'infirmière l'aident à prendre conscience du caractère social, politique et économique du contexte de soins et d'imaginer des moyens de diminuer les iniquités. Les études soulignent que c'est à travers des discussions en groupe et le partage d'expériences vécues que ces savoirs se développent.

Pour résumer, outre les connaissances provenant des écrits empiriques qui aident l'infirmière à comprendre ce qui se passe et à relier ce qu'elle observe avec des principes ou des théories, les savoirs éthiques, esthétiques et personnels lui permettent d'entrer dans une relation significative avec la personne soignée et ses proches et d'être sensible à ce que vivent ces personnes afin de pouvoir personnaliser ses interventions et offrir des soins adéquats, justes et responsables. De plus, avec ses savoirs émancipatoires, l'infirmière identifie les injustices et les iniquités, les raisons qui expliquent leur existence, ainsi que les façons de modifier cette réalité. Diverses stratégies de développement des savoirs infirmiers sont suggérées dans les écrits théoriques, mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'études empiriques. Quelques études concernant le développement des savoirs empiriques, éthiques et émancipatoires ont été retracées. Les stratégies de développement de chacun des savoirs infirmiers suggérées autant dans les écrits théoriques qu'empiriques sont résumées au tableau 1.



Tableau 1  
*Stratégies éducatives favorisant le développement des savoirs infirmiers*

Savoirs	Stratégies éducatives
Empiriques	Lectures de textes professionnels et scientifiques Écoute de présentations et de conférences scientifiques Partage d'expériences vécues* Pratique réflexive*
Éthiques	Écoute de présentations théoriques Clarification des valeurs de l'infirmière et de la personne soignée Discussion au sujet d'une situation spécifique* Écriture d'un journal de bord
Esthétiques	Approches méditatives Expression créative de la signification d'une expérience Observation critique d'une interaction Écriture d'expériences vécues Création et recréation d'histoires Réflexion à partir d'un livre ou d'un film
Personnels	Approches méditatives Partage d'expériences vécues Écriture d'un journal de bord
Émancipatoires	Groupes de discussion* Partage d'expériences vécues*

\*Stratégies éducatives ayant fait l'objet d'études empiriques en sciences infirmières

De l'ensemble des écrits répertoriés, on retient que les discussions au sujet d'histoires ou de situations cliniques et le partage d'expériences vécues sont les stratégies éducatives les plus communes. Une étude qualitative d'Hunter (2008) visant à explorer, à l'aide des savoirs infirmiers de Carper (1978), comment des narrations d'expériences vécues facilitent l'intégration de l'art et de la science illustre ce constat.

Dans cette étude, l'auteure souligne que la stratégie éducative utilisée a offert l'opportunité à des étudiantes en sciences infirmières (n = 25) d'aller au-delà des connaissances théoriques transmises et de critiquer, de réfléchir et d'envisager leur pratique future. Ces résultats sont cohérents avec Chinn et Kramer (2008) lorsqu'elles avancent que l'infirmière peut augmenter ses savoirs et améliorer sa pratique en se posant, de façon consciente et délibérée, des questions critiques concernant une situation clinique précise. Conséquemment, les pédagogies interprétatives favorisant le questionnement sur la manière d'enseigner et d'apprendre et sur la nature des connaissances, des pensées et des comportements (Ironsides, 2001), sont à explorer.

### **Pédagogies interprétatives**

À notre connaissance, l'expression « pédagogies interprétatives » a été utilisée pour la première fois en sciences infirmières par Diekelmann (2001) et Ironsides (2001). Selon ces auteures, les pédagogies interprétatives sont des solutions de remplacement aux approches plus conventionnelles qui sont centrées sur la transmission de connaissances fragmentées et prédéterminées provenant d'une enseignante experte. En fait, l'enseignante en sciences infirmières qui utilise une approche éducative interprétative explore les diverses possibilités découlant des situations de soins.

Dans une revue interprétative des écrits concernant l'éducation en sciences infirmières, Ironsides (2001) décrit différentes approches éducatives interprétatives qu'elle décrit comme étant critiques, féministes, postmodernes et phénoménologiques. Selon cette auteure, les enseignantes utilisant ces approches visent divers objectifs tels que l'habilitation ainsi que la construction, la découverte, la transformation, la critique et l'élargissement des connaissances découlant, entre autres, du modernisme. Pour atteindre ces objectifs, ces enseignantes cherchent à créer une communauté d'apprentissage en encourageant la collaboration, la coopération, le respect mutuel, la confiance, voire l'action sociale, et tiennent compte des multiples façons d'apprendre. Les travaux d'Ironsides (2001) et une consultation des écrits plus récents ont permis de répertorier plusieurs articles théoriques en sciences infirmières concernant les

approches éducatives critiques, féministes et postmodernes (Balsamo & Martin, 1995a, 1995b; Bevis & Murray, 1990; Chapman, 1997; Darbyshire & Fleming, 2008; Hartrick, 1998; McAllister, 2005a, 2005b; Tanner, 1993; Weyenberg, 1998). Cependant, à notre connaissance, peu d'études empiriques en sciences infirmières au sujet de ces approches ont été réalisées au cours de la dernière décennie.

La seule étude ayant été répertoriée est celle de Falk-Rafael et al. (2004) dans laquelle les chercheurs voulaient déterminer si une approche éducative féministe permettait aux étudiantes d'augmenter leur capacité à amorcer des changements respectant leur idéal. Au cours de la première phase de l'étude, les auteures ont identifié les instruments qui leur permettraient d'atteindre l'objectif qu'elles visaient en consultant des étudiantes ayant participé à une formation basée sur une pédagogie féministe. Les instruments choisis, soit le *Barrett's Power as Knowing Participation in Change Tool* (PKPCT) et le *Class Empowerment* (CE), démontrent une excellente fiabilité dans leurs différentes dimensions ( $\alpha$  variant de 0,82 à 0,94). Dans la phase deux de l'étude, une intervention éducative féministe a été implantée auprès d'étudiantes ( $n = 218$ ) réparties dans sept groupes, situés dans trois sites différents. Dans cette intervention, les participantes avaient l'opportunité de se faire entendre, de participer activement, de collaborer au processus décisionnel et de critiquer le contenu et le processus (Chinn, 2001). Des prétests et posttests effectués avec le PKPCT et le CE et analysés à l'aide d'analyses de variance à mesures répétées révèlent que les étudiantes ont augmenté leur capacité à initier des changements respectant leur idéal dans la classe, mais aussi dans leur vie personnelle et professionnelle ( $p = 0,00$ ).

Par ailleurs, les pédagogies phénoménologiques, qui rendent visibles le caractère historique et les diverses possibilités d'une expérience précise à partir d'un dialogue réflexif (Ironsides, 2001), ont été plus largement étudiées. La pédagogie narrative est, notamment, une approche éducative ayant fait l'objet de plusieurs études.

## **Pédagogie narrative**

La pédagogie narrative résulte de deux décennies d'études phénoménologiques interprétatives en sciences infirmières (Diekelmann, 2001; Diekelmann & Diekelmann, 2009). Les études réalisées visaient à comprendre l'expérience des enseignantes, des étudiantes et des cliniciennes en sciences infirmières. Des *patterns* sont ressortis de ces travaux de recherche et sont devenus les « pratiques pour l'étude, l'apprentissage et l'enseignement » [traduction libre] (Diekelmann & Diekelmann, 2009) (p.300) de la pédagogie narrative dans laquelle la narration occupe une place centrale.

Plusieurs enseignantes, étudiantes et cliniciennes américaines ont expérimenté ce type de pédagogie, et certaines études qualitatives utilisant majoritairement un devis de recherche phénoménologique interprétatif (Andrews et al., 2001; Ironside, 2006; Ironside, 2003a, 2004, 2005; Ironside et al., 2003; Scheckel & Ironside, 2006; Swenson & Sims, 2003) ont permis de rendre visible la contribution de cette approche éducative pour la formation en sciences infirmières. Quelques études, dans lesquelles les chercheuses ont utilisé un devis quantitatif ou mixte (Evans & Bendel, 2004; Ironside, 2003b), ont aussi été menées au cours des dernières années, mais aucun résultat quantitatif significatif ne ressort de celles-ci. Selon les chercheuses concernées, des lacunes méthodologiques, tels des instruments inappropriés pour mesurer les changements souhaités ou un biais de sélection des sujets, expliqueraient ces résultats.

Les thèmes qui ressortent des études qualitatives répertoriées soulignent que la pédagogie narrative encourage l'écoute pour apprendre et comprendre, favorise la culture de la pensée interprétative, génère des réflexions et des connaissances multiples et facilite l'intégration de la théorie dans la pratique. Par ailleurs, on comprend aussi que l'utilisation de cette approche éducative oblige les enseignantes qui veulent l'utiliser, voire les étudiantes à qui elles enseignent, à relever certains défis dans leur démarche d'enseignement et d'apprentissage. Voici des détails sur chacun de ces thèmes.

**Écoute pour apprendre et comprendre.** Les résultats qui découlent de deux études qualitatives, où les chercheurs ont utilisé la phénoménologie herméneutique (Ironsides et al., 2003) et la théorisation ancrée (Swenson & Sims, 2003), sensibilisent à l'importance de l'écoute pour aller plus loin dans l'apprentissage, comprendre ce que vivent les personnes soignées et offrir des soins infirmiers pertinents. Ces études dans lesquelles les personnes interviewées sont, d'une part, des personnes vivant avec un problème de santé et, d'autre part, des étudiantes, se sont déroulées dans un contexte de formation universitaire en sciences infirmières, où les enseignantes s'inspiraient de la pédagogie narrative.

Plus précisément, l'étude phénoménologique interprétative d'Ironsides et al. (2003) visait à comprendre ce que signifie vivre quotidiennement avec une maladie chronique et comment cette compréhension influence la pratique et l'enseignement du soin infirmier. Cette étude était intégrée dans un cours de recherche en sciences infirmières et réalisée en collaboration avec les étudiantes de la classe et des membres de la communauté. Pour atteindre le but de l'étude, des personnes vivant avec une maladie chronique ont été invitées à participer à celle-ci. L'échantillon ( $n = 7$ ) comprenait des personnes atteintes de diverses pathologies telles que la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, des accidents cérébraux ou une maladie chronique hépatique. Trois des participantes ont accepté de se joindre à l'équipe de recherche qui était composée de deux infirmières d'expérience en recherche interprétative et de cinq étudiantes en sciences infirmières. Des entrevues avec chaque personne ont été effectuées au domicile des participantes par un des membres de l'équipe de recherche. Quelques entrevues ont eu lieu dans la classe avec l'enseignante et les étudiantes. L'analyse et l'interprétation du contenu des entrevues ont été effectuées par les membres de l'équipe, en collaboration avec l'enseignante et les étudiantes, dans le respect de l'approche de recherche choisie. Des écrits critiques, féministes ou postmodernes ont été consultés afin de soutenir et élargir la démarche d'interprétation qui, selon les auteurs de l'étude, a permis la cocréation d'une nouvelle compréhension de l'expérience d'une personne vivant avec une maladie chronique. L'originalité de cette étude vient du fait que les étudiantes qui suivaient le cours de recherche ont été

impliquées à différentes étapes du processus. Entre autres, ces dernières ont contribué à la documentation initiale du phénomène étudié et au recrutement des personnes vivant dans la communauté avec une maladie chronique, ont participé à des entrevues non structurées réalisées en classe et ont collaboré à l'interprétation des verbatim pour identifier les thèmes qui ressortaient de ceux-ci. On peut retenir que l'approche utilisée par l'enseignante a permis aux étudiantes de participer à un processus de recherche réel et que les résultats obtenus leur ont offert une meilleure compréhension de l'expérience des personnes vivant avec une maladie chronique qu'elles ne trouvaient pas dans les écrits empiriques consultés au préalable. Toutefois, considérant l'importance de leur participation dans ce projet de recherche, il aurait été intéressant d'interviewer les étudiantes pour comprendre comment elles ont vécu l'expérience et comment celle-ci a influencé leur pratique du soin auprès de personnes vivant avec une maladie chronique qui était, initialement, identifiée comme une préoccupation par les chercheuses.

De leur côté, Swenson et Sims (2003), utilisant un devis de recherche basé sur la théorisation ancrée, ont interviewé des étudiantes (n = 32) qui étaient inscrites à un programme de formation de deuxième cycle en sciences infirmières, centré sur la narration et s'inspirant de la pédagogie narrative, afin de comprendre comment les étudiantes apprennent et qu'est-ce qu'elles apprennent. Au cours de ce programme de formation, dans chaque cours, une personne vivant avec un problème de santé, accompagnée de sa famille, est venue raconter son expérience et répondre aux questions des étudiantes. Par la suite, celles-ci devaient faire un résumé d'une page concernant un élément qu'elles comprenaient moins bien au sujet d'un besoin spécifique exprimé par la personne ou sa famille et le partager avec la classe par la suite. Cet exercice se terminait par la conception, en classe, d'un plan d'intervention. On retient, notamment des résultats de cette étude, que l'approche éducative utilisée encourage les participantes à écouter et à apprendre différemment. Plus précisément, elle motive à aller au-delà des lectures suggérées pour en savoir plus, permet de retenir plus facilement les concepts théoriques, de mieux écouter et comprendre les personnes

soignées et, même, de gagner du temps en rendant clair ce qui est important et prioritaire pour ces personnes.

En résumé, les stratégies utilisées et les résultats obtenus dans ces deux études mettent en évidence que l'enseignante qui présente une ouverture et entre dans une relation d'apprentissage avec les étudiantes, par le biais d'expériences vécues provenant de personnes vivant avec des problèmes de santé, fait ressortir l'importance de l'écoute pour apprendre différemment et comprendre ce qui est important pour les personnes que l'on soigne et, possiblement, offrir de meilleurs soins. Cependant, à l'instar de Swenson & Sims (2003), il est nécessaire de souligner que les expériences vécues, pour ne pas devenir anecdotiques et être utiles en formation, doivent être partagées avec les autres et faire l'objet d'une réflexion où les étudiantes explorent des questions cliniques et recherchent l'utilité pour la pratique. Une pensée interprétative est alors requise.

**Culture de la pensée interprétative.** Les résultats des études d'Andrews et al. (2001), Ironside (2003, 2006) et Scheckel & Ironside (2006), dans lesquelles les chercheuses ont utilisé un devis de recherche phénoménologique interprétatif pour explorer l'expérience des enseignantes et des étudiantes avec la pédagogie narrative, soulignent que les conditions et les stratégies requises pour développer une pensée interprétative sont présentes lorsqu'une enseignante utilise cette approche éducative. Ce type de pensée est décrit par Scheckel (2005) comme étant une pensée analytique, réflexive, pluraliste, contextuelle, expérientielle et partagée par un groupe d'individus amenant ceux qui l'expérimentent au-delà de la pensée critique.

Dans l'étude d'Andrews et al. (2001), on obtient plusieurs informations concernant les stratégies éducatives permettant de développer la pensée interprétative. Les auteures ont voulu décrire l'expérience commune et les significations partagées d'enseignantes et d'étudiantes engagées dans une pratique ou un apprentissage s'inspirant de la pédagogie narrative. Pour atteindre leur objectif, les chercheuses ont réalisé une entrevue de groupe avec les participantes (n = 7) et, avec l'aide d'une équipe composée de huit étudiantes et de 14 enseignantes, ont analysé le contenu de

cette entrevue. Selon Benner (1994), rencontrer les personnes en petit groupe crée un contexte encourageant la conversation comme elle survient dans la vie quotidienne quand il y a plus d'un individu qui écoute. Des résultats de cette étude, on comprend que lorsqu'elles expérimentent la pédagogie narrative, les enseignantes et les étudiantes s'éloignent des objectifs qui visent essentiellement l'acquisition d'habiletés et de connaissances et se concentrent sur la pratique de la réflexion. Plus précisément, l'enseignante qui utilise la pédagogie narrative est ouverte à l'innovation et sent le besoin d'enseigner différemment. Elle reconnaît l'importance d'explorer l'expérience des étudiantes pour les aider à réfléchir. Ainsi, elle apprend aux étudiantes à lire une situation, à écouter et à voir diverses possibilités et, par la suite, à déterminer les connaissances et habiletés dont elles ont besoin dans cette situation précise. Elle ne détermine pas à l'avance le contenu à transmettre, mais crée plutôt une place pour la réflexion en restant ouverte à ce que les étudiantes expérimentent et ce qu'elles pensent au sujet de cette expérience. En fait, cette enseignante accompagne les étudiantes dans leurs réflexions, leurs questionnements et leurs interprétations, se centre sur ce que les étudiantes connaissent et fait ressortir ce qu'elles ont besoin de savoir pour améliorer leur pratique.

Les études d'Ironside (2003, 2006) et de Scheckel et Ironside (2006) soutiennent et renforcent les résultats obtenus par Andrews et al. (2001) en regard de l'apprentissage et la pratique de la pensée interprétative. Ces études, lorsqu'elles sont combinées, ont permis de rejoindre plus de 150 enseignantes, étudiantes et cliniciennes provenant de diverses écoles américaines de soins infirmiers afin d'explorer leur expérience en regard de la pédagogie narrative et l'influence de cette approche sur leur façon de penser, d'enseigner et d'apprendre. Les auteures nous indiquent, entre autres, que lors des entrevues, les intervieweuses ont utilisé une question assez large pour permettre aux personnes interviewées de raconter comment elles ont vécu l'expérience sans orienter leurs propos dans une direction précise, ainsi que des questions de clarification pour approfondir ce que les personnes tentaient d'exprimer. Les analyses et les interprétations des données ont été effectuées avec l'aide d'équipes de recherche composées d'enseignantes et d'étudiantes qui ont identifié les thèmes émergents et les



cas paradigmatiques qui sont, en phénoménologie herméneutique, des exemples forts qui permettent d'illustrer les résultats obtenus (Benner, 1994). Entre autres, les thèmes qui ressortent de l'étude d'Ironside (2003) soulignent que la réflexion et le questionnement d'expériences vécues préservent l'ouverture sur des perspectives multiples ainsi que sur la faillibilité des pratiques modernes et l'incertitude nécessaires au maintien d'un cercle d'interprétation et de réinterprétation. Ironside (2003) résume les résultats qui ressortent de ces études lorsqu'elle indique que, pour expérimenter la pédagogie narrative, il faut passer d'une pensée centrée sur la résolution de problèmes et l'identification d'une intervention vers la pensée interprétative vue comme une pratique qui encourage la réflexion et génère des connaissances multiples.

**Réflexions et connaissances multiples.** Les résultats des études phénoménologiques interprétatives d'Ironside (2004; 2005) et de Scheckel et Ironside (2006), et les interprétations que les chercheuses en font, soulignent qu'en utilisant des expériences vécues comme matériel pédagogique de base, les étudiantes et l'enseignante sont confrontées à une grande variété de situations et de possibilités, puisque chaque personne explore ce qui lui arrive en fonction de sa propre perspective (Ironside, 2005). Entre autres, Ironside (2004, 2005), dans ses études, cherche à comprendre comment les enseignantes et les étudiantes (respectivement  $n = 36$  et  $n = 45$ ) vivent la pédagogie narrative et comment celle-ci influence leur façon de penser. Dans les résultats que l'auteure a obtenus, on voit, à travers les histoires vécues décrites, que le contenu enseigné est important et varié.

C'est à travers un cas paradigmatique, relaté dans l'étude de Scheckel et Ironside (2006), où les chercheuses voulaient comprendre comment la pédagogie narrative permet de transformer l'enseignement et l'apprentissage, que l'on voit la présence de multiples réflexions et connaissances découlant de l'interprétation que fait une étudiante d'une expérience vécue. Dans cette étude, les chercheuses ont interviewé des enseignantes et des étudiantes ( $n = 59$ ) expérimentant ce type d'approche éducative. L'exemple qui découle de cette étude se passe au cours d'un stage clinique où une enseignante demande aux étudiantes de choisir la personne dont elles veulent

prendre soin et, pour aller plus loin dans la démarche de réflexion, d'expliquer en conférence post-clinique la signification de ce choix et ce qu'elles retiennent. À la fin de la journée, les réflexions et les questionnements qu'une des étudiantes partage avec le groupe sont intéressants, variés et font ressortir plusieurs préoccupations cliniques et sujets de discussion. Ils concernent autant l'importance d'identifier les besoins réels de la personne soignée pour offrir des soins de qualité et sécuritaires, l'influence des conceptions et des croyances sur les personnes soignées et sur les soins qu'on leur offre, que l'équité dans les soins et les limites des protocoles standardisés d'éducation utilisés auprès de la clientèle. Selon les résultats de cette étude, il ressort que la stratégie pédagogique utilisée par cette enseignante encourage la réflexion, mais permet aussi de révéler un contenu qu'une adhérence stricte à un programme de formation précis négligerait. La prochaine section met en évidence que cette stratégie pédagogique permet aussi d'intégrer la théorie dans la pratique.

**Intégration de la théorie dans la pratique.** C'est aussi à travers les résultats découlant des études phénoménologiques herméneutiques d'Ironside (2004, 2005) effectuées auprès d'enseignantes et d'étudiantes, que l'on comprend que l'enseignante offre aux étudiantes une façon d'intégrer plus facilement la théorie dans la pratique lorsqu'elle s'inspire de la pédagogie narrative. Dans un exemple provenant d'une des participantes de l'étude d'Ironside (2005), on lit la description d'une stratégie pédagogique utilisée en classe, qui offre aux étudiantes la possibilité de se rappeler les connaissances théoriques apprises et de créer un contexte d'application de ces connaissances qui se rapproche de la réalité. Plus précisément, lors d'un cours sur l'évaluation de la santé, l'enseignante décide d'initier les étudiantes à la démarche d'évaluation d'une personne sur laquelle elles ont peu d'informations préalables, comme ceci arrive souvent dans la pratique. Pour y arriver, l'enseignante reçoit dans sa classe une personne vivant avec un problème neurologique chronique à qui elle demande, dans un premier temps, de décrire une journée typique qui illustre sa vie quotidienne avec son problème de santé. Le contenu de l'histoire que l'enseignante et les étudiantes entendent alors concerne autant la gestion des symptômes indésirables accompagnant la maladie que la crainte de perdre son travail et de se retrouver seule.

Vers la fin du cours, la personne qui témoigne de son expérience accepte de se prêter à un examen neurologique en classe permettant ainsi aux étudiantes d'expérimenter différents types de tests d'évaluation neurologiques. Des résultats de cette étude, l'auteure retient qu'une approche éducative, où l'histoire vécue et racontée devient le matériel de base du cours, permet de rendre vivantes des connaissances théoriques souvent arides. Comme l'explique une participante dans cette étude, une telle approche peut aussi influencer la façon d'étudier. Celle-ci décrit, entre autres, que lorsqu'elle se prépare pour ses examens en soins infirmiers, au lieu de seulement réviser ses notes, elle s'imagine des scénarios où elle se retrouve devant un patient qui vit l'expérience de santé, se questionne sur ce qui se passe pour ce patient et sur ce que serait sa principale priorité de soin. Ceci l'aide à se rappeler le contenu à apprendre et à considérer la signification de celui-ci à travers différentes situations.

Malgré tous les avantages de cette approche éducative, il apparaît important, à l'instar de Flaming (2003), de préciser qu'autant les connaissances empiriques transmises, telles les théories et les recherches, que les expériences vécues décrites par les étudiantes et les personnes soignées, sont nécessaires au développement d'une pratique de soin flexible et innovante pour encourager, d'une part, la réflexion critique sur les écrits et, d'autre part, l'exploration de la diversité des expériences vécues racontées. À cet égard, l'utilisation de la pédagogie narrative présente des défis importants pour les enseignantes et les étudiantes.

**Défis à relever pour enseigner et apprendre différemment.** Les études phénoménologiques interprétatives d'Ironside (2004, 2005), mettent en évidence les défis que l'enseignante doit relever lorsqu'elle veut utiliser une approche éducative interprétative, notamment la pédagogie narrative. Dans ces études, on constate que l'enseignante qui utilise la pédagogie narrative ne prédétermine pas ce que les étudiantes vont apprendre et fait confiance à ce qui va arriver. Ainsi, elle apprend avec les étudiantes en explorant certains aspects de l'expérience racontée. Dans ce type d'approche éducative, au lieu de choisir à priori le contenu à transmettre et de préparer des présentations théoriques, l'enseignante développe plutôt des habiletés à faire des

liens entre les thèmes qui ressortent des témoignages entendus et le contenu théorique disponible. Les expériences vécues deviennent ainsi le centre de l'approche éducative où l'enseignante se concentre sur l'écoute et les réponses aux préoccupations des étudiantes, aussi bien que des siennes, et situe le contenu théorique pertinent pour les situations décrites.

En somme, les résultats obtenus dans ces études indiquent que l'enseignante ne peut faire un virage vers la pédagogie narrative sans une réflexion sur sa pratique de l'enseignement, le développement d'habiletés pour préparer et animer, à l'aide d'expériences vécues, une activité d'enseignement-apprentissage et la volonté de relever les défis qui accompagnent souvent l'innovation.

Si nous combinons l'ensemble des résultats provenant des diverses études retracées au sujet de la pédagogie narrative, il apparaît que l'utilisation de cette approche oblige l'enseignante et les étudiantes à relever plusieurs défis, mais présente des avantages intéressants pour l'enseignement et l'apprentissage, voire pour la pratique du soin. Ce type de pédagogie rend visible l'importance de l'écoute pour mieux comprendre et soigner et de la pensée interprétative pour apprendre à réfléchir avant d'agir et génère des réflexions et des connaissances diversifiées qui vont au-delà d'un contenu théorique prédéterminé. De plus, elle facilite l'intégration de la théorie dans la pratique en rendant plus vivant le contenu théorique à apprendre.

Les chercheurs ayant mené les études répertoriées concernant la pédagogie narrative ont de l'expérience dans le processus de recherche phénoménologique interprétatif et respectent les critères de qualité de ce type d'étude. Ainsi, on observe, dans la majorité de ces études, une intégration équilibrée des écrits philosophiques et théoriques aux résultats, une ouverture explicite, compréhensive, transparente, systématique et orientée sur le phénomène étudié, une utilité clinique des résultats pour la vie quotidienne, une résonance de ces résultats sur le lecteur et une actualisation, puisque ceux-ci s'ouvrent sur des réalisations futures (de Witt & Ploeg, 2006).

Malgré l'intérêt de la pédagogie narrative pour la formation des infirmières, à notre connaissance, la majorité des écrits scientifiques concernant cette approche éducative se retrouvent dans des journaux scientifiques ayant des facteurs d'impact faibles ou inexistant. De plus, le devis de recherche utilisé dans les études publiées est, dans presque tous les cas, la phénoménologie interprétative et les auteurs de ces études décrivent rarement les limites de leur démarche de recherche. Scheckel et Ironside (2006), ont indiqué que des études supplémentaires, utilisant des méthodes de recherche diversifiées et s'appuyant sur des paradigmes différents, étaient nécessaires pour augmenter la robustesse des résultats et la visibilité de cette approche éducative novatrice. Cette diversité d'études permettrait également d'offrir aux responsables de la formation continue dans les milieux de soins des résultats probants pouvant les aider dans le choix d'approches éducatives répondant à leurs besoins.

Aussi, dans la majorité des études répertoriées, les caractéristiques des participantes et de l'intervention éducative ne sont pas décrites explicitement, ce qui complique la tâche du lecteur voulant considérer le transfert de l'intervention vers un autre contexte (Lincoln & Guba, 1985). De plus, les études consultées se déroulent toutes dans des établissements d'enseignement, principalement universitaires. Elles négligent ainsi la formation continue qui apparaît nécessaire dans les milieux de soins pour maintenir la compétence des infirmières et ajuster leur pratique aux réalités et aux pressions qu'engendre le contexte actuel; un contexte où la courbe démographique se modifie grandement et les technologies et les savoirs évoluent continuellement. À cet égard, des recherches concernant des approches éducatives innovantes en formation continue sont requises (Barriball, While, & Norman, 1992; Griscti & Jacono, 2006) et justifient la présente étude. Le cadre de référence inspirant et soutenant cette étude est maintenant présenté.

### **Cadre de référence**

La pédagogie narrative de Diekelmann et Diekelmann (2009) et les savoirs infirmiers de Chinn et Kramer (2008) composent le cadre de référence de la présente

étude. Plus précisément, la pédagogie narrative offre des bases théoriques pour concevoir l'intervention et la mettre à l'essai, alors que les savoirs infirmiers sont utiles pour structurer les échanges au sujet des expériences vécues qui ont lieu au cours de cette intervention et identifier les réflexions et les comportements des infirmières qui reflètent l'expression des savoirs infirmiers lors de l'analyse des données. Ces deux composantes du cadre de référence sont présentées ci-après.

### **Pédagogie narrative de Diekelmann**

Tel que mentionné, la pédagogie narrative résulte d'études phénoménologiques interprétatives qui ont été réalisées par Diekelmann (2001) pendant une vingtaine d'années, auprès de plus de 200 enseignantes, étudiantes et cliniciennes américaines en sciences infirmières ayant raconté, dans des entrevues individuelles non structurées, une expérience d'apprentissage ou d'enseignement significative pour elles. Des *patterns* sont ressortis de ces études et ont été nommés : « Pratiques pour l'étude, l'apprentissage et l'enseignement » [traduction libre] (Diekelmann et Diekelmann, 2009) (p.300). Ces différentes pratiques sont présentées au tableau 2.

Tableau 2

*Pratiques pour l'étude, l'apprentissage et l'enseignement en sciences infirmières  
selon Diekelmann et Diekelmann (2009)*

---

Être présent : écouter et être ouvert

Assembler : construire et cultiver

Rencontrer : présenter et susciter le dialogue

Se soucier des autres : engendrer une communauté

Écouter : se connaître et se connecter

Interpréter : désapprendre, se développer et grandir

Inviter : attendre et être là

Questionner : chercher la signification et rendre visible

Rechercher : rester ouvert à d'autres possibilités

Préserver les lectures, les écrits, les pensées partagées et les dialogues

---

[Traduction libre] (Diekelmann & Diekelmann, 2009) (p.300) Cité avec la permission des auteurs

C'est au cours de la diffusion, dans divers milieux d'enseignement en sciences infirmières, d'histoires vécues rendant visibles les résultats de ses études, que Diekelmann constate que les *patterns* ressortant de ses travaux fournissent aux participantes un nouveau langage qu'elle identifie comme étant la pédagogie narrative (Dahlberg, Ekebergh, & Ironside, 2003). Cette approche devient ainsi une nouvelle façon de comprendre l'expérience des étudiantes et des enseignantes en sciences infirmières et de créer un environnement d'apprentissage (Andrews et al., 2001; Dahlberg et al., 2003; Diekelmann, 2001).

La pédagogie narrative est une approche qui fournit des principes généraux aidant à établir les bases d'une intervention éducative. Cependant, elle offre peu d'informations sur la manière de structurer le questionnement et l'interprétation des narrations et de comprendre l'influence de l'intervention sur l'apprentissage et la pratique du soin infirmier. À cet égard, les savoirs infirmiers décrits par Chinn et Kramer (2008) sont apparus appropriés.

### **Savoirs infirmiers de Chinn et Kramer**

Comme souligné précédemment, pour Chinn et Kramer (2008), le soin infirmier se développe et est compris à travers l'expression simultanée des savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires. Selon ces auteures, ces savoirs sont interdépendants et nécessaires à la compréhension d'une situation clinique. Par ailleurs, le processus de développement et le mode d'expression de chacun de ces savoirs sont uniques. À cet égard, Chinn et Kramer (2008) les ont décrits selon certaines dimensions. Dans le cadre de la présente étude, les dimensions utilisées sont les questions critiques émergeant de chacun des savoirs et l'expression dans la pratique de ceux-ci (voir Tableau 3).

Tableau 3  
*Questions critiques et expressions dans la pratique des savoirs infirmiers  
 selon Chinn et Kramer (2008)*

Savoirs	Questions critiques	Expressions dans la pratique
Empiriques	Qu'est-ce que c'est? Comment ça fonctionne?	Compétence scientifique
Éthiques	Est-ce que c'est juste? Est-ce que c'est responsable?	Comportement éthique et moral
Esthétiques	Qu'est-ce que ça signifie? Comment est-ce signifiant?	Transformation de l'expérience avec des moyens créatifs
Personnels	Est-ce je sais ce que je fais? Est-ce que je fais ce que je sais?	Utilisation thérapeutique du soi dans la relation de soins
Émancipatoires	Quelles sont les barrières à la liberté? Qu'est-ce qui est caché? Qu'est-ce qui est invisible? Qui bénéficie de cette situation? Qu'est-ce qui est inadéquat dans cette situation?	Réflexion et action sur le contexte social et politique

*[Traduction libre] Adaptation de Chinn et Kramer (2008) (p.14)*

Les questions critiques facilitent l'exploration de ce que chaque participante comprend d'une situation de soins et la recherche des réponses à ce qui semble éluif. Les expressions dans la pratique, quant à elles, aident à identifier les façons d'être et d'agir de l'infirmière. La méthode de recherche choisie pour l'étude ainsi que les considérations éthiques sont décrites dans le prochain chapitre.



**Chapitre 3**  
**Méthode**

Ce chapitre expose la méthode qui a été utilisée pour répondre au but et aux questions de recherche. Le devis de recherche, le milieu de l'étude, l'intervention éducative, les stratégies de recrutement et d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données sont tour à tour présentés. Les aspects éthiques complètent ce chapitre.

### **Devis de recherche**

C'est en retenant la méthode de l'étude de cas que cette étude a été menée. La prochaine section présente un bref historique et une description de cette méthode de recherche et de ses liens avec le cadre de référence qui a inspiré et soutenu l'étude.

### **Bref historique de l'étude de cas**

Les premières traces de l'étude de cas remontent à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. C'est dans le courant de la révolution industrielle que Le Play (1806-1882), un ingénieur français reconnu, imagine et développe une nouvelle approche d'observation en sciences sociales (Healy, 1947). Cependant, c'est plutôt dans la deuxième moitié du siècle dernier, durant et après la guerre, dans un environnement en profonde mutation, que l'étude de cas fait son entrée dans l'éventail des méthodes de recherche contribuant au développement des connaissances scientifiques (Platt, 1992). Plusieurs auteurs ont traité de l'étude de cas, mais ce sont les américains Yin et Stake qui sont les précurseurs les plus connus de la version moderne de cette méthode de recherche. Plus précisément, c'est lorsque Yin utilisa l'étude de cas pour mener ses travaux sur les conditions de vie urbaine et publia la première version de son livre (Yin, 1984) sur cette méthode de recherche que la popularité de celle-ci s'est accrue. Au cours de la même période, Stake utilisa l'étude de cas pour l'évaluation de programme en éducation et écrivit un premier livre à ce sujet (Stake & Easley, 1979). Depuis plus de trois décennies, l'étude de cas est largement utilisée en administration, en éducation, en gestion des affaires, en santé publique, en sciences politiques, en anthropologie, en psychologie, en sociologie et en travail social. En sciences infirmières, elle sert particulièrement à explorer un phénomène (p.ex. Andersson & al., 1993; Chaboyer, McMurray, & Wallis, 2010; Eden & Foreman, 1996) ou à évaluer l'implantation d'un

nouveau rôle ou d'une pratique novatrice (p.ex. Stenner, Carey, & Courtenay, 2010; Wiener-Ogilvie, Pinnock, Gillies, & Sheikh, 2008).

### **Description de l'étude de cas**

L'étude de cas, comme méthode de recherche, se définit par l'investigation en profondeur d'un phénomène dans son contexte pour en comprendre les multiples facettes (Stake, 1995, 2005; Yin 2009). Elle est utile pour critiquer une théorie existante, explorer des circonstances rares, uniques, typiques ou habituellement inaccessibles ou comprendre comment certaines conditions changent dans le temps (Yin, 2009). Stake (1995, 2005), s'intéressant particulièrement au volet qualitatif de l'étude de cas, la voit comme une méthode de recherche humaniste et transcendante visant principalement à optimiser la compréhension d'un phénomène. Voici ce que Stake (2005) exprime à ce sujet : « Vous pouvez étudier un cas d'une façon analytique ou holistique, avec des mesures répétées ou avec une approche herméneutique, biologiquement ou culturellement, et avec des méthodes mixtes, mais vous vous concentrez, du moins pour un temps donné, sur le cas étudié » [traduction libre] (p.443). La liberté philosophique et le volet qualitatif caractérisant la vision de Stake (1995, 2005) concernant l'étude de cas a inspiré le choix de cet auteur pour guider la réalisation de la présente étude.

### **Liens entre l'étude de cas et le cadre de référence utilisé**

L'étude de cas, telle que décrit par Stake (1995, 2005), fournit les moyens requis pour comprendre en profondeur le processus d'une intervention, notamment l'intervention éducative basée sur la pédagogie narrative mise à l'essai dans l'étude, et les résultats qui en découlent. En fait, la compréhension d'un phénomène dans son contexte, but principal de cette méthode de recherche, est cohérente avec le cadre de référence inspirant la présente étude. En effet, Diekelmann et Diekelmann (2009), les auteures de la pédagogie narrative, s'intéressent autant au contexte d'apprentissage qu'à la compréhension d'expériences vécues situées dans ce contexte.

## **Milieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire de soins ultraspécialisés, plus précisément sur des unités de soins offrant des soins chirurgicaux cardiaques et orthopédiques. Quatre-vingt-seize lits d'hospitalisation sont disponibles sur ces unités et environ 72 infirmières y occupent un poste régulier. Ces unités de soins ont été retenues principalement parce que les infirmières qui y travaillent soignent fréquemment des personnes âgées en ÉCA. En effet, des écrits empiriques soulignent que les personnes qui sont hospitalisées pour une chirurgie cardiaque ou orthopédique majeure ont jusqu'à 50 % de risque de présenter un ÉCA (Edlund, Lundstrom, Brannstrom, Bucht, & Gustafson, 2001; Osterbrink, McDonough, Ewers, & Mayer, 2005).

## **Cas étudié et contexte**

Selon Stake (1995), un cas peut être un individu, un groupe ou un programme, mais est toujours un système intégré, spécifique et complexe, situé dans le temps et l'espace. Dans la présente étude, le cas étudié est l'intervention éducative s'inspirant de la pédagogie narrative destinée à des infirmières soignant des personnes âgées hospitalisées en ÉCA. L'environnement organisationnel, physique, social, politique et professionnel entourant les activités d'enseignement-apprentissage prévues au cours de l'intervention éducative a constitué le contexte de l'étude.

## **Échantillon et stratégie de recrutement**

### **Population et critères de sélection de l'échantillon**

La population ciblée dans l'étude était l'ensemble des infirmières ayant un poste régulier sur les deux unités de soins retenues. Les critères de sélection des infirmières étaient: occuper un poste régulier à temps complet ou partiel; écrire, comprendre et parler le français; avoir déjà soigné une personne âgée en ÉCA et être disponible pour toute la durée de l'intervention.

Parce que l'ÉCA est fluctuant (American Psychiatric Association, 1999), que les symptômes apparaissent fréquemment la nuit (Osterbrink et al., 2005) et que l'environnement de travail des infirmières travaillant de jour, de soir et de nuit diffère, des infirmières travaillant sur chacun de ces quarts de travail ont été recrutées. Par ailleurs, étant donné qu'une formation universitaire en sciences infirmières a une influence sur les habiletés des infirmières à offrir des soins complexes, sur leur capacité de réflexion critique, ainsi que sur les résultats des soins qu'elles offrent (Zimmermann, Miner, & Zittel, 2010), des infirmières ayant une formation collégiale et universitaire ont été recrutées dans une proportion égale. La stratégie d'échantillonnage était ainsi une stratégie par choix raisonné (Polit & Beck, 2003).

L'échantillon final était composé de 15 infirmières réparties en trois groupes égaux de cinq infirmières. Le nombre et la taille de ces groupes ont permis d'avoir une diversité de participantes, de raffiner l'intervention et de répondre aux questions de recherche. Il est reconnu que des groupes de cette taille sont efficaces quand les sujets traités sont sensibles et émotifs et que la participation active de chaque personne est souhaitée et qu'un minimum de trois groupes est requis pour permettre l'émergence des thèmes et atteindre une saturation des données (Cooper, Robinson, & Ball, 2003; Cote-Arsenault & Morrison-Beedy, 1999; Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips, & Davidson, 2007).

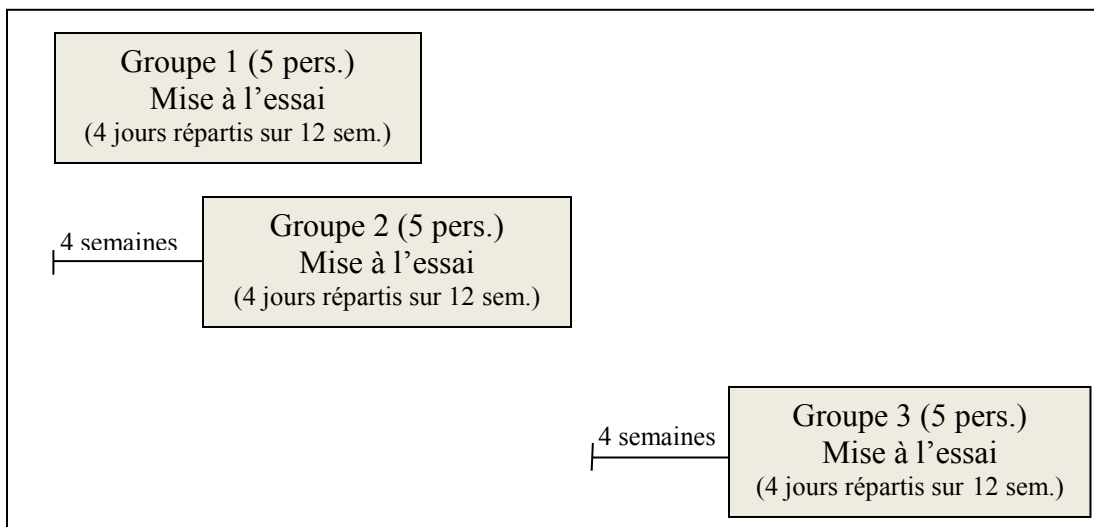
### **Recrutement**

Pour effectuer le recrutement, l'investigatrice, avec la collaboration des gestionnaires des unités de soins, a ciblé les infirmières en s'assurant qu'elles répondaient aux critères de sélection, que chaque quart de travail était représenté également et que la moitié des participantes avait une formation universitaire. Par la suite, les gestionnaires ont demandé à chaque infirmière qui avait été ciblée si elle acceptait de rencontrer l'investigatrice et ont transmis à celle-ci le nom de celles qui répondaient positivement à cette demande. C'est en parlant directement avec ces infirmières sur l'unité de soins ou en communiquant avec elles par téléphone que l'investigatrice a planifié une rencontre individuelle de 10 à 15 minutes avec celles-ci

afin de leur donner des informations sur le projet de recherche, de répondre à leurs questions et de leur proposer d'y participer. Les informations qui ont été fournies aux infirmières lors de cette rencontre concernaient les objectifs et la durée du projet de recherche, l'implication requise, ainsi que les règles de confidentialité. L'investigatrice a conclu chaque rencontre en remettant aux infirmières une lettre ainsi que le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice A). Pour permettre aux infirmières de réfléchir à la proposition, l'investigatrice leur demandait de donner leur réponse dans les cinq jours suivant la rencontre. Les infirmières ayant accepté de participer ont signé le formulaire de consentement et l'ont transmis à l'investigatrice par courrier interne.

Sur l'unité de soins orthopédiques, dix infirmières ont été rencontrées par l'investigatrice, quatre ont accepté de participer et six ont refusé, alors que sur l'unité de soins cardiologiques, 13 infirmières ont été rencontrées, 11 ont accepté de participer et deux ont refusé. Des travaux de rénovation, des changements organisationnels et plusieurs activités de formation concomitantes expliquent les difficultés de recrutement sur l'unité de soins orthopédiques.

Au fur et à mesure que les infirmières étaient recrutées, elles étaient incluses dans un groupe de cinq participantes. L'intervention éducative débutait lorsque le groupe était complet. Ainsi, les groupes ont reçu la formation de façon séquentielle. Le premier groupe a commencé la formation et quatre semaines plus tard, le deuxième groupe s'est mis en marche. La formation du troisième groupe, quant à elle, a eu lieu lorsque la formation des deux premiers groupes était terminée (voir chronogramme de la mise à l'essai de l'intervention éducative, Figure 1). Quoique deux participantes du troisième groupe se soient absentes pour des problèmes de santé imprévus à quelques reprises, aucune participante n'a abandonné l'intervention éducative.



*Figure 1* Chronogramme de la mise à l'essai de l'intervention éducative

### **Description de l'intervention éducative**

L'intervention éducative qui a été mise à l'essai est celle décrite dans Bélanger et Ducharme (2012). Elle est basée sur la revue des écrits concernant la pédagogie narrative (Andrews et al., 2001; Ironside, 2006; Ironside, 2003a, 2004, 2005; Ironside et al., 2003; Scheckel & Ironside, 2006; Swenson & Sims, 2003; Young 2004). Tel que mentionné, cette approche se concrétise grâce à la mise en place d'activités au cours desquelles les participantes se rencontrent, écoutent, interprètent et s'interrogent sur des expériences vécues et recherchent ensemble d'autres possibilités.

Il est reconnu depuis environ deux décennies que la pensée réflexive, composante importante de la pédagogie narrative, se développe sur une période de temps prolongée (Giro, 1995; Martineau, 2000; Schank, 1990). Ainsi, la durée des programmes de formation décrits dans les études consultées, se déroulant majoritairement dans un contexte universitaire, varie de six semaines (Young, 2004) à quatre ans (Swenson & Sims, 2003) avec, généralement, des rencontres hebdomadaires de trois heures. Compte tenu de ces informations et des contraintes provenant du milieu clinique, l'intervention éducative s'est déroulée sur une période totale de 12 semaines au cours desquelles ont eu lieu quatre journées de formation. Chacune de ces journées était espacée de trois semaines dans le but de permettre aux participantes

d'intégrer, dans la pratique, les savoirs infirmiers appris. Les groupes, formés de façon séquentielle, ont permis de faire des ajustements à l'intervention d'un groupe à l'autre. L'investigatrice a animé les journées de formation, ce qui lui a permis de comprendre en profondeur le contexte dans lequel elles se déroulaient (Flyvbjerg, 2006).

Plus précisément, au début de la première journée de formation, des fiches contenant des informations théoriques et empiriques sur la reconnaissance de l'ÉCA, ses causes, l'expérience vécue par les personnes qui le vivent, l'évaluation requise, les interventions aidant à prévenir ou à traiter ce syndrome et les façons de réagir devant un problème éthique, étaient remises aux participantes (voir Appendice B). Dans chacune de ces fiches, on retrouvait un résumé des informations théoriques et empiriques disponibles et des références bibliographiques pour en savoir davantage sur le sujet. Ainsi, les infirmières avaient en leur possession ces informations au moment où elles en avaient besoin au cours de l'intervention éducative.

En accord avec le cadre de référence retenu, lors de chacune des journées de formation, les participantes faisaient un travail réflexif individuel concernant une expérience de soins qu'elles avaient vécue. Elles participaient ensuite à un atelier de groupe au cours duquel elles devaient échanger sur le contenu des travaux réflexifs réalisés, faire une synthèse de ce qu'elles avaient retenu des échanges de groupe pour leur pratique auprès de personnes en ÉCA et partager les informations théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA dont elles avaient besoin pour soigner une personne présentant ce syndrome. À la fin de chacune des journées de formation, un bilan du déroulement de celle-ci et des apprentissages était réalisé avec les participantes. Lors de ce bilan, l'animatrice demandait aux participantes ce qu'elles pensaient de la journée de formation, si elles avaient des suggestions pour améliorer le déroulement et ce qu'elles retenaient de la journée. Dans le tableau 4, les différents éléments composant l'intervention sont identifiés et un horaire type des journées de formation est disponible à l'Appendice C. Une description détaillée des stratégies éducatives prévues initialement, soit du travail réflexif et de l'atelier de groupe, est maintenant présentée.



Tableau 4

*Description des éléments composant l'intervention éducative*

<b>Éléments</b>	<b>Description</b>
Contenu des informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA	<p>Six fiches d'informations théoriques et empiriques sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment reconnaître l'ÉCA?</li> <li>2. Quelles sont les causes de l'ÉCA?</li> <li>3. Que vivent les personnes qui expérimentent un ÉCA?</li> <li>4. Quelle est l'évaluation que l'on doit faire lorsque l'ÉCA apparaît?</li> <li>5. Quelles sont les interventions aidant à prévenir et à traiter un ÉCA?</li> <li>6. Comment réagir devant un problème éthique?</li> </ol> <p>(voir détails Appendice B)</p>
Accueil lors de la première journée de formation	<p>Chaque participante se présente (nom, unité de soins, quart de travail et nombre d'années d'expérience)</p> <p>L'animatrice explique le déroulement de la journée</p>
Temps accordé pour le travail réflexif	2 heures

Tableau 4 (suite)

*Description des éléments composant l'intervention éducative*

<b>Éléments</b>	<b>Description</b>
Contenu des questions du guide du travail réflexif	<p>Quelles étaient vos principales préoccupations concernant la personne soignée?</p> <p>Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées pour entrer en relation avec cette personne?</p> <p>Quelles sont les interventions que vous avez mises en œuvre pour répondre aux besoins particuliers de cette personne?</p> <p>Quelles sont les connaissances théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA sur lesquelles vous vous êtes basées pour déterminer les interventions à faire?</p> <p>Quels sont les moyens qui permettraient d'améliorer les soins qui ont été offerts à cette personne?</p>
Dérroulement de l'atelier de groupe	<p>L'atelier de groupe se divise en trois étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="613 1119 1403 1186">1. Présentation des situations soins de chaque participante et échanges sur celles-ci.</li> <li data-bbox="613 1224 1403 1291">2. Synthèse de ce qui apparaît utile pour la pratique auprès des personnes en ÉCA.</li> <li data-bbox="613 1329 1403 1398">3. Partage de connaissances théoriques et empiriques sur l'ÉCA. (voir Appendice F)</li> </ol>
Bilan à la fin de chaque journée de formation	<p>Questionnement des participantes sur le déroulement de la journée et sur les ajustements requis.</p> <p>Fait 15 minutes avant la fin de la journée</p>

Tableau 4 (suite)

*Description des éléments composant l'intervention éducative*

<b>Éléments</b>	<b>Description</b>
Utilisation des questions critiques	Les participantes sont encouragées à utiliser les questions critiques suggérées pour approfondir les échanges lors de l'atelier de groupe.
Contenu des questions critiques	<p>Quelle est la signification de l'expérience pour vous?</p> <p>Quelle est, selon vous, la signification de l'expérience pour la personne soignée?</p> <p>Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît juste pour la personne soignée?</p> <p>Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît responsable pour la personne soignée?</p> <p>Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant?</p> <p>Que ferez-vous la prochaine fois dans une situation semblable?</p> <p>Comment vos connaissances sur l'état confusionnel aigu vous ont aidé dans cette situation?</p> <p>Quelle aurait été, selon vous, la façon la plus appropriée d'utiliser vos connaissances sur l'état confusionnel aigu dans cette situation?</p> <p>Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?</p> <p>Qu'est-ce qui n'est pas considéré dans cette situation?</p> <p>Qui retire le plus d'avantages de cette situation?</p>
Contenu des questionnaires	Questionnaire de 18 questions ouvertes à compléter par les participantes après chaque journée de formation.

## Travail réflexif

Le travail réflexif individuel était réalisé au début de chaque journée de formation par chacune des participantes. Deux heures étaient consacrées à cette activité. Ce travail était réalisé dans une salle d'enseignement située sur une unité de soins, ou encore, à la bibliothèque du centre hospitalier. Dans ce travail réflexif, les participantes devaient décrire une situation de soins concernant une personne âgée en ÉCA qu'elles avaient soignée au cours des trois dernières semaines et amorcer une réflexion au sujet de celle-ci à l'aide d'un guide comprenant quelques consignes et six questions (voir Appendice D).

Les questions incluses dans le guide du travail réflexif sont en lien avec les savoirs éthiques, esthétiques, personnels, empiriques et émancipatoires, soit ceux décrits par Chinn et Kramer (2008). Elles concernent notamment les principales préoccupations de l'infirmière au sujet de la personne âgée en ÉCA soignée; les stratégies utilisées pour entrer en relation avec celle-ci; les interventions mises en œuvre pour répondre aux besoins particuliers de cette personne; les connaissances scientifiques qui justifient les interventions; et les moyens qui permettraient d'améliorer les soins offerts. Une dernière question permettant de savoir comment la participante percevait le résultat des soins qu'elle avait offerts complétait ce questionnaire.

Avant la réalisation du premier travail réflexif, le guide était lu entièrement avec les participantes pour s'assurer de sa compréhension. L'animatrice les informait également qu'elles devaient décrire un évènement précis qu'elles avaient vécu et offrait des exemples de formulations pour les guider. La description de l'évènement pouvait débiter, par exemple, de la façon suivante: « Je donnais la médication à M. X et je me suis aperçu que.... », « La fille de Mme X est venue me dire que... », « Quand je suis entrée dans la chambre, j'ai vu que... », « J'ai fait...et M. X a réagi en.... », « J'ai dit à M. X ..... et il m'a répondu que... ». De plus, pendant que les participantes réalisaient leurs travaux réflexifs, l'animatrice demeurait disponible pour répondre à

leurs questions. Des travaux réflexifs réalisés par une des participantes sont présentés à l'Appendice E.

**Pré-test du guide du travail réflexif.** Pour s'assurer que les consignes et les questions incluses dans le guide du travail réflexif étaient claires et compréhensibles pour les participantes, celles-ci ont été préalablement testées auprès de trois infirmières soignant régulièrement des personnes âgées en ÉCA, mais ne faisant pas partie de l'échantillon de l'étude. Ces infirmières travaillaient respectivement aux soins intensifs, en courte durée gériatrique et en soins de longue durée. Elles devaient réaliser le travail réflexif à l'aide du guide initial et, par la suite, remplir un questionnaire concernant l'exercice qu'elles venaient de faire. Ce questionnaire avait pour but de connaître la perception des participantes sur le temps requis pour réaliser le travail, sur ce qui était facile et difficile à faire dans ce travail, sur les conditions qui facilitaient et celles qui contraignaient la réalisation de celui-ci et sur la clarté et l'ordre des consignes et des questions. Une dernière question visait à connaître toute autre suggestion permettant d'améliorer le processus.

Le contenu des travaux et les opinions des infirmières au sujet de l'exercice ont permis à l'investigatrice de faire plusieurs modifications au guide initial du travail réflexif. Une liste d'instructions a notamment été ajoutée au début du guide. Ces instructions concernent le temps prévu pour réaliser le travail réflexif, les documents et les personnes pouvant être consultés, le niveau de détails souhaité dans les réponses et la confidentialité des informations. De plus, les consignes et les questions contenues dans le guide ont été reformulées afin de clarifier aux participantes les caractéristiques des personnes âgées ciblées (tranche d'âge, en ÉCA, à risque d'ÉCA ou ayant vécu ce syndrome), et de leur préciser que l'évènement décrit pouvait les avoir marquées positivement ou négativement, que les informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA qui ont influencé leurs interventions dans la situation décrite devaient être indiquées et que les résultats de soins pouvaient être à court ou à moyen termes, positifs ou négatifs.

## **Atelier de groupe**

Immédiatement après la réalisation des travaux réflexifs, un atelier de groupe avec toutes les participantes avait lieu dans une salle d'enseignement située dans le milieu de travail. L'atelier se divisait en trois parties. La première était consacrée aux échanges sur les expériences vécues ayant fait l'objet du travail réflexif, la deuxième servait à faire une synthèse de ces échanges et, finalement, la troisième permettait de partager des informations théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA. Cet atelier devait permettre aux participantes de mettre en commun leurs apprentissages et de s'ouvrir à d'autres expériences (Benner et al., 2010). Le guide de l'atelier, conçu pour les participantes, est disponible à l'Appendice F. Des détails concernant chacune des parties de cet atelier sont maintenant présentés.

**Échanges au sujet des expériences vécues.** Au début de l'atelier de groupe, les participantes devaient partager les expériences vécues qu'elles avaient décrites dans leurs travaux réflexifs. Trois heures étaient consacrées à cette activité au cours desquelles les participantes devaient raconter à tour de rôle leur expérience en y incluant le plus de détails possible et, par la suite, l'interpréter en collaboration avec les autres participantes du groupe. Lors de chacune des présentations, l'animatrice demandait à toutes les participantes d'écouter attentivement l'expérience racontée, idéalement sans interruption, d'avoir des attitudes verbales et non verbales respectueuses, exemptes de jugement, de poser des questions de clarification si elles ne comprenaient pas certains éléments de l'expérience racontée, de participer activement aux discussions qui avaient lieu après chaque présentation et de laisser aux personnes qui désiraient s'exprimer le temps de réfléchir, en tolérant, s'il y lieu, les silences. De telles attitudes visaient la création d'un environnement d'apprentissage dans lequel chaque participante se sentait en sécurité pour s'exprimer et permettaient d'enrichir les échanges (Diekelmann & Diekelmann, 2009).

Pour questionner les expériences vécues, des suggestions de questions critiques, s'inspirant de celles proposées par Chinn et Kramer (2008) pour chacun des savoirs infirmiers, étaient proposées aux participantes. Voici quelques exemples de

questions : Quelle est, selon vous, la signification de l'expérience pour la personne soignée? Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît juste pour la personne soignée? Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant? Que ferez-vous la prochaine fois dans une situation semblable? Comment vos connaissances au sujet de l'ÉCA vous ont-elles aidées dans cette situation? Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?

**Synthèse des échanges concernant les expériences vécues.** À la suite des échanges concernant les expériences vécues, l'animatrice demandait aux participantes de faire une synthèse de ce qui leur apparaissait important pour leur pratique auprès d'une personne en ÉCA. Cette synthèse pouvait concerner les préoccupations au sujet de la personne âgée en ÉCA, les stratégies pour entrer en relation avec celle-ci, les interventions pour répondre aux besoins particuliers de cette personne, les connaissances scientifiques et les moyens qui permettraient d'améliorer les soins offerts. Une participante du groupe devait inscrire le contenu de cette synthèse sur des tableaux affichés dans la salle d'enseignement. Le temps prévu pour cette activité était d'environ 30 minutes. Cette synthèse était amorcée au cours du premier atelier de groupe et était complétée lors des autres journées de formation afin de permettre aux participantes d'envisager les multiples possibilités relatives aux soins d'une personne en ÉCA. Une copie de ce tableau synthèse était remise aux participantes à la fin de l'intervention. Un exemple de tableau synthèse est disponible à l'Appendice G.

**Partage d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA.** Finalement, en tenant compte du contenu des échanges qui avaient lieu, des tableaux synthèses et des informations théoriques ou empiriques sur l'ÉCA que les infirmières avaient en leur possession, il était demandé aux participantes de déterminer les informations sur l'ÉCA dont elles avaient besoin pour soigner une personne âgée présentant ce syndrome et d'identifier celles qu'elles ne connaissaient pas ou celles devant être complétées. Par la suite, une courte présentation et des discussions concernant les informations inconnues ou à compléter et les façons de les utiliser dans des situations concrètes de soins avaient lieu afin d'encourager les participantes à ajouter ces

informations à leur corps de connaissances et à réfléchir à la possibilité de les utiliser dans leur pratique. Une période de 45 minutes était prévue pour cette dernière partie de l'atelier. Des informations complémentaires à celles déjà fournies étaient échangées avec les participantes par courriel entre les journées de formation, le cas échéant.

### **Collecte de données**

Un questionnaire sociodémographique a d'abord permis de recueillir des informations sur les caractéristiques de l'échantillon d'infirmières. Pour répondre aux questions de recherche, une triangulation de méthodes de collecte de données a été utilisée. C'est dans ces notes de terrain que l'investigatrice a consigné des données permettant de décrire la mise à l'essai de l'intervention éducative et le contexte dans lequel cette intervention se déroulait et de répondre partiellement aux questions de recherche. Pour compléter les notes de terrain, des données provenant des travaux réflexifs individuels réalisés par les participantes, de questionnaires complétés par celles-ci à la fin de chaque journée de formation et d'entrevues individuelles semi-structurées effectuées avec chacune d'elles à la fin de l'intervention ont été collectées. Une description détaillée de chacune de ces sources de données est maintenant présentée.

### **Questionnaire sociodémographique**

Pour décrire les caractéristiques des participantes de l'étude, des données sociodémographiques ont été recueillies lors de la première journée de formation. Ces données concernent, notamment, l'âge, le niveau de formation, l'expérience de travail, le quart habituel de travail, le type d'unité sur laquelle elles ont un poste régulier et le statut de travail. Il était également demandé aux participantes si elles avaient suivi une formation concernant spécifiquement les personnes âgées en ÉCA ou en délirium au cours des deux dernières années (voir questionnaire Appendice H).



## **Notes de terrain**

Les notes de terrain, complétées par l'investigatrice tout au long de l'intervention éducative, étaient descriptives, méthodologiques et analytiques (Deslauriers, 1991; Laperrière, 2009). Plus précisément, dans la première section des notes de terrain, on retrouve une description du déroulement des journées de formation, des ressources requises et du contexte, de même que les pensées, sentiments, impressions et réactions de l'investigatrice concernant l'expérience vécue, ainsi que les difficultés rencontrées, les solutions envisagées et les ajustements apportés à l'intervention. Certains verbatim provenant des participantes en lien avec l'expression dans la pratique des savoirs empiriques, esthétiques, éthiques, personnels et émancipatoires et avec les résultats de l'intervention sur les participantes, ainsi que sur les personnes âgées en ÉCA et leurs familles, sont aussi inclus dans la première section des notes de terrain. Dans la deuxième section, une analyse du processus est présentée par l'investigatrice. Plus spécifiquement, cette section comprend un résumé du contenu traité lors des journées de formation et ce qui a été le plus marquant pour l'investigatrice, ainsi que ses réflexions sur la cohérence du processus avec les écrits théoriques et empiriques concernant l'ÉCA, la pédagogie narrative et les différents savoirs infirmiers.

Pour faciliter la rédaction des notes de terrain, les ateliers de groupe ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audionumérique. Dans la semaine suivant chaque journée de formation, l'investigatrice rédigeait les notes de terrain à l'aide de ces enregistrements. Ces notes étaient également lues et commentées par la directrice de thèse au fur et à mesure qu'elles étaient faites afin d'enrichir la réflexion et de valider les décisions prises concernant, entre autres, les ajustements à l'intervention éducative.

## **Travail réflexif**

Les travaux réflexifs, réalisés par les participantes lors de chaque journée de formation, ont été photocopiés par l'investigatrice. Ces travaux ont été utilisés comme

source de données pour répondre aux questions de recherche concernant les savoirs des participantes et leurs perceptions des résultats des soins offerts.

### **Questionnaire**

Afin d'évaluer le processus de l'intervention éducative au fur et à mesure de son déroulement et de comprendre comment s'expriment les savoirs des participantes, un questionnaire composé de questions ouvertes élaborées par l'investigatrice était rempli par les participantes après chaque journée de formation (voir lettre de présentation et questionnaire détaillé, Appendice I). Les participantes avaient trois semaines pour répondre à ce questionnaire et le remettre à l'investigatrice.

Ce questionnaire se divise en trois parties et vise à répondre aux cinq premières questions de recherche. Dans la première partie, les questions permettent de déterminer les conditions qui ont facilité la réalisation du travail réflexif et le déroulement de l'atelier de groupe et celles qui ont nui, par exemple : Quand vous pensez au travail réflexif que vous venez de réaliser, qu'est-ce qui a été facile à faire? Qu'est-ce qui vous a aidé à réaliser ce travail? Quand vous pensez à l'atelier de groupe auquel vous venez de participer, qu'est-ce qui s'est bien déroulé? Qu'est-ce qui a nui au déroulement de cet atelier? Dans la deuxième partie du questionnaire, on retrouve des questions visant à préciser les aspects qui, dans le travail réflexif et l'atelier de groupe, apparaissent utiles et moins utiles pour la pratique auprès des personnes âgées en ÉCA. Dans la troisième partie, les questions servent à comprendre ce que les participantes ont appris. La première question de cette troisième partie du questionnaire vise plus particulièrement à savoir ce que les participantes diraient à une de leur collègue sur ce qu'elles ont appris au cours de la journée de formation. Les autres questions servent à explorer plus précisément les apprentissages en lien avec les différents savoirs en demandant aux participantes ce qu'elles ont retenu au sujet des préoccupations que l'on peut avoir concernant une personne âgée en ÉCA, des façons d'entrer en relation avec ces personnes, des interventions pouvant les aider à passer au travers de cette expérience, des informations sur l'ÉCA et des moyens permettant d'améliorer les soins offerts aux personnes âgées en ÉCA.

### **Entrevue individuelle semi-structurée**

Afin d'évaluer le processus et les résultats de l'intervention éducative dans son ensemble, une entrevue individuelle a enfin été réalisée avec chaque participante à la fin de l'intervention. Ces entrevues ont été effectuées par une intervieweuse étrangère au processus de recherche afin de diminuer les biais induits par le phénomène de désirabilité sociale (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). Elles étaient semi-structurées et se sont déroulées dans le milieu de travail, avant ou après le quart de travail de la personne interviewée. Ces entrevues duraient entre 30 et 60 minutes et faisaient l'objet d'un enregistrement audionumérique. Pour s'assurer que l'intervieweuse comprenait bien le but de l'étude, le cadre de référence qui la soutient et le guide d'entrevue, une formation d'une heure a été offerte par l'investigatrice. Lors de cette formation, l'investigatrice suggérait des moyens de mettre à l'aise la personne interviewée, d'approfondir les réponses et d'éviter les redondances.

Les entrevues avec les participantes du premier groupe ont été réalisées par une infirmière détenant une maîtrise en sciences infirmières et ayant déjà réalisé des entrevues semi-structurées. Les entrevues avec les participantes des deuxième et troisième groupes ont été réalisées par une étudiante de deuxième cycle en sciences infirmières n'ayant jamais réalisé ce type d'entrevue. Une formation plus longue, soit de deux heures, a été offerte à cette étudiante par l'investigatrice, et ce, en collaboration avec la personne ayant réalisé les entrevues avec les participantes du premier groupe.

Un guide a été utilisé pour réaliser les entrevues (voir le guide d'entrevue détaillé, Appendice J). L'entrevue se divisait en quatre parties et visait à répondre à l'ensemble des questions de recherche. La première partie de l'entrevue permettait de déterminer les conditions ayant facilité et celles ayant contraint le déroulement de l'intervention éducative, alors que la deuxième visait à identifier ce qui avait été utile et moins utile au cours de cette intervention pour la pratique auprès des personnes âgées en ÉCA. La troisième partie servait à comprendre comment les nouveaux savoirs étaient maintenant intégrés dans la pratique des participantes à l'aide de la question

suivante : Si j'avais pu observer votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA avant et après cette formation, quelles auraient été les différences que j'aurais pu voir? Si besoin, l'intervieweuse approfondissait avec des questions relatives aux différents savoirs infirmiers, telles que : Qu'est-ce qui est différent dans vos préoccupations concernant la personne âgée en ÉCA? Qu'est-ce que vous avez modifié dans vos stratégies d'interventions pour répondre aux besoins des personnes âgées en ÉCA? Qu'est-ce qui a changé dans votre façon d'entrer en relation avec les personnes âgées en ÉCA et leurs proches? Qu'est-ce que vous avez appris et qui vous apparaît utile pour votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA? Quels sont les moyens permettant d'améliorer les soins aux personnes âgées en ÉCA que vous voyez maintenant? Finalement, la dernière partie visait à connaître la perception des participantes quant à l'évolution des résultats des soins qu'elles avaient offerts aux personnes soignées.

Malgré la présence du guide d'entrevue, l'entrevue était se déroulait sous la forme d'une conversation au cours de laquelle l'intervieweuse utilisait un langage familier pour la personne interviewée et était libre de clarifier les propos à l'aide de questions telles « Qu'est-ce que ça signifie pour vous? Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet? Pouvez-vous me donner un exemple? Si je comprends bien, vous me dites....? » (Benner, 1994; Patton, 2002; Sorrell & Redmond, 1995). Après chaque entrevue, l'intervieweuse rédigeait une courte note dans laquelle elle donnait ses impressions générales de l'entrevue et de l'interviewée, les éléments environnementaux ayant pu influencer le déroulement de l'entrevue (p.ex. interruption, chaleur) et les comportements non verbaux de la personne interviewée (p.ex. attitudes, gestes, positions). Le tableau 5 présente une synthèse des différentes méthodes de collecte de données selon les questions de recherche.

Tableau 5

*Méthodes de collecte de données selon les différentes questions de recherche.*

Questions de recherche	Sources de données	Moments de la collecte
1. Quelles sont les conditions qui facilitent le déroulement de l'intervention éducative?	Questionnaires	Après chaque journée de formation
2. Quelles sont les conditions qui contraignent le déroulement de l'intervention éducative?	Entrevues individuelles semi-structurées	Après l'intervention éducative
3. Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent utiles pour leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?	Questionnaires	Après chaque journée de formation
4. Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent moins utiles pour leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?	Entrevues individuelles semi-structurées	Après l'intervention éducative
5. Quels sont les savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative?	Travaux réflexifs individuels	Après la réalisation des travaux réflexifs
	Questionnaires	Après chaque journée de formation
	Entrevues individuelles semi-structurées	Après l'intervention éducative
6. Quelles sont les perceptions des participantes des résultats des soins offerts aux personnes âgées et à leurs familles au cours de l'intervention éducative?	Travaux réflexifs individuels	Après la réalisation des travaux réflexifs
	Entrevues individuelles semi-structurées	Après l'intervention éducative

## **Analyse des données**

Selon Stake (1995), dans une étude de cas, il n'y a pas de moment précis pour débiter l'analyse des données. Dans la présente étude, l'analyse a commencé au moment même où les données étaient collectées afin de tenir compte des premières impressions de l'investigatrice et des suggestions des participantes et, ainsi, d'ajuster l'intervention éducative au fur et à mesure qu'elle se déroulait. Au cours de l'analyse, les données provenant des questionnaires sociodémographiques ont servi à décrire l'échantillon, ainsi que les caractéristiques de chacun des groupes. Les données provenant des notes de terrain ont aidé à décrire la mise à l'essai de l'intervention et à répondre aux questions de recherche en complémentarité avec les sources de données. À ces notes de terrain, se sont ajoutées les données provenant des travaux réflexifs, des tableaux synthèses, des questionnaires et des entrevues individuelles. C'est principalement à l'aide de la méthode d'analyse de données qualitatives proposée par Miles et Huberman (2003), avec l'aide du logiciel QDA-Miner©, qu'a été réalisée l'analyse des données de cette étude. Des analyses de contenu intra-participantes et inter-participantes en fonction de chacun des trois groupes de formation et, par la suite, des analyses combinant les données de tous les groupes visant à identifier les redondances ont été réalisées. Des détails sur l'analyse des différentes sources de données sont maintenant présentés.

### **Questionnaire sociodémographique**

Les réponses aux questionnaires sociodémographiques ont été utilisées pour décrire les caractéristiques individuelles des participantes de chacun des groupes qui ont participé à l'intervention éducative. Un tableau descriptif présentant ces caractéristiques a été conçu et a servi à contextualiser les résultats provenant des autres sources de données.

### **Notes de terrain**

Les données provenant des notes de terrain ont principalement permis de décrire la mise à l'essai de l'intervention. De cette analyse, des thèmes en lien avec le

déroulement de l'intervention, son contexte, les ajustements apportés et les ressources requises ont été identifiés.

Plus précisément, les verbatim provenant des notes de terrain étaient codés et insérés dans des matrices chronologiques en fonction des éléments touchant la mise à l'essai et selon les groupes. Ces matrices étaient en fait des tableaux de codes pour chacune des journées de formation. Par exemple, les codes « recadrage et « légitimation » ont été donnés aux contenu des notes de terrain décrivant des stratégies utilisées par les participantes du deuxième groupe et ont été insérés dans la matrice portant sur le « déroulement de l'intervention » de ce groupe. Du contenu de ces matrices, des sous-thèmes spécifiques à chacun des groupes ont été identifiés. Ces sous-thèmes ont été par la suite insérés dans une nouvelle matrice (regroupant les trois groupes) qui a permis de faire émerger des thèmes redondants pour l'ensemble de l'échantillon.

Quelques verbatim codés provenant des notes de terrain ont également permis d'obtenir des données quant à l'évaluation des résultats de l'intervention. Certains codes ont ainsi été proposés eu égard aux « savoirs exprimés » et aux « résultats perçus des soins » et ont été insérés dans les dossiers d'analyse conçus pour chaque participante en prévision de l'analyse intra-participante (voir Appendice K). Ce dossier permet de regrouper tous les codes et verbatim en fonction des différentes questions de recherche. Par exemple, les solutions proposées lors d'un atelier de groupe par la participante 11 pour diminuer l'agitation d'une personne en ÉCA voulant se lever et se déshabiller durant la nuit ont été codées comme étant un savoir exprimé (savoir esthétique) et insérées dans le dossier d'analyse de cette participante. Une validation de la codification des notes de terrain a été réalisée par la directrice de thèse à quelques reprises au cours du processus et à la fin de celui-ci.

### **Travail réflexif**

Les données écrites provenant des travaux réflexifs réalisés par chacune des participantes ont été analysées et interprétées en fonction des différents savoirs décrits

par Chinn et Kramer (2008), soit les savoirs empiriques, esthétiques, éthiques, personnels et émancipatoires, et de la perception des résultats de soins. Lors de cette démarche, une codification de chaque travail réflexif a été effectuée. À l'instar de Miles et Huberman (2003), pour augmenter la fiabilité de l'analyse, cette codification a été réalisée par l'investigatrice en collaboration avec une personne externe au processus de recherche, détentrice d'une formation supérieure en sciences infirmières, ayant des connaissances théoriques au sujet des différents savoirs de Chinn et Kramer (2008) et ayant réalisé au moins une étude qualitative. Pour les travaux réflexifs du premier groupe, c'est une infirmière détenant une maîtrise en sciences infirmières qui a réalisé la codification avec l'investigatrice, alors que pour les deuxième et troisième groupes, c'est une infirmière possédant un doctorat en sciences infirmières qui a participé à ce processus. La collaboration de ces deux personnes a permis de varier les points de vue et d'approfondir l'analyse.

La codification des travaux réflexifs a été effectuée en cinq périodes au cours desquelles entre cinq et 16 travaux réflexifs étaient codés séparément par l'investigatrice et par la personne externe au processus de recherche et un pourcentage d'accords et de désaccords interjuges déterminé ( $\text{nombre d'accords} / (\text{nombre d'accords} + \text{nombre de désaccords})$ ). Parce que, dans tous les cas, le pourcentage de désaccords interjuges variait entre 8 et 21 %, six rencontres entre les deux personnes ayant réalisé la codification ont eu lieu afin d'établir un consensus sur les désaccords et d'ajuster la liste de codes. Les codes identifiés ont ensuite été insérés dans les dossiers d'analyse intra participante, dans les catégories « savoirs exprimés » ou « résultats des soins perçus » (voir Appendice K). Une validation de la codification a également été réalisée, de façon aléatoire, par la directrice de thèse au cours de la démarche et à la fin de celle-ci.

## **Questionnaire**

Les données écrites provenant des questionnaires ont été insérées dans des matrices structurées en fonction des questions que l'on retrouve dans le questionnaire. Dans chacune de ces matrices, on retrouve la question posée, les réponses de chaque



participante, et ce, pour chaque journée de formation. Le contenu de ces matrices a ensuite été inséré dans les dossiers d'analyse intra participante (voir Appendice K). Par exemple, les réponses aux questions 9 et 11 du questionnaire complété par la participante 12, dans lesquelles il était demandé d'indiquer quels étaient les aspects du travail réflexif et de l'atelier de groupe qui leur apparaissaient utiles pour leur pratique auprès des personnes en ÉCA, ont été insérées dans le dossier d'analyse de cette participante, dans la catégorie « Aspects utiles pour la pratique ».

### **Entrevue individuelle semi-structurée**

Le contenu des fichiers audionumériques des entrevues individuelles a été transcrit et, après avoir été lus et relus, les verbatim ont été codés, catégorisés et insérés dans les dossiers d'analyse intra participante, dans les catégories concernées (voir Appendice K). Une validation de la codification a été réalisée, de façon aléatoire, par la directrice de thèse au cours de la démarche et à la fin de celle-ci.

### **Analyse intra participante**

Étant donné la variété des sources de données permettant de répondre aux questions de recherche, une analyse de contenu thématique de chaque dossier intra participante (Appendice K) a été réalisée. À cet égard, les codes et les données qui étaient redondants ont été recherchés et regroupés par sous-thèmes spécifiques à cette participante, et ce pour chaque catégorie. Par exemple, pour identifier les sous-thèmes relatifs aux savoirs esthétiques de la participante 2, les données provenant des questionnaires et les codes provenant de l'analyse de contenu des travaux réflexifs, des notes de terrain et des entrevues ont été considérés et ont permis d'identifier trois sous-thèmes spécifiques à cette participante, soit écouter, rassurer, informer et impliquer les familles, encourager la personne à signaler les signes d'ÉCA et rechercher et être sensible aux besoins exprimés par la personne.

## Analyse inter participante

Tel que mentionné, des analyses inter-participantes ont également été réalisées afin d'obtenir un portrait de l'ensemble de l'échantillon. Plus précisément, toutes les analyses intra-participantes ont été combinées dans des matrices. Les éléments redondants ou communs à plusieurs participantes ont permis de proposer des sous-thèmes spécifiques à chacun des trois groupes. Par la suite, une seconde matrice regroupant les sous-thèmes issus des trois groupes a été créée et a permis d'identifier des thèmes (voir exemple, Tableau 6).

Tableau 6

*Exemples de sous-thèmes et de thèmes en lien avec les conditions facilitant l'intervention éducative*

<b>SOUS-THÈMES</b>		
<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Groupe 3</b>
Écoute et respect des participantes	Ouverture, respect et intérêt des participantes	Partage d'expériences de soins réelles
Utilisation de situations de soins réelles	Diversité des expériences cliniques des participantes	Diversité des expériences cliniques des participantes
		Respect des règles proposées pour ateliers de groupe
<b>THÈMES</b>		
Écoute, respect et ouverture des participantes		
Diversité des expériences cliniques des participantes		
Utilisation de situations de soins réelles		

## Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche de l'établissement où s'est déroulée l'étude et les recommandations de ce comité ont été respectées. Nous avons fourni aux participantes des informations sur ce que signifiait leur implication dans l'étude et elles ont consenti librement et sans contraintes à y participer. Un formulaire de consentement a été signé par chacune des participantes. Aucun conflit d'intérêts n'était présent. La confidentialité a été respectée en tout temps.

et les informations provenant des notes de terrain, des écrits réflexifs, des questionnaires et des entrevues ont été conservées selon les règles en vigueur dans le milieu de recherche. À cet égard, un code a été attribué à chaque participante afin de les anonymiser. Le bien-être des participantes a été maintenu et priorisé et celles-ci pouvaient se retirer de l'étude en tout temps.

## **Chapitre 4**

### **Résultats**

Ce chapitre expose les résultats de l'étude. Dans un premier temps, les caractéristiques de l'échantillon sont présentées. Par la suite, le chapitre se scinde en trois volets selon le but de l'étude. Le premier volet sert à décrire la mise à l'essai de l'intervention éducative, plus précisément son déroulement, le contexte dans lequel elle a eu lieu, les ajustements apportés à celle-ci et les ressources requises pour la mettre en œuvre. Le deuxième volet concerne l'évaluation du processus de l'intervention. On y retrouve les conditions facilitant et contraignant l'intervention éducative et les aspects s'avérant utiles pour la pratique auprès des personnes âgées en ÉCA. Enfin, dans le troisième volet, l'évaluation des résultats de l'intervention sur les participantes est dévoilée. On y apprend quels sont les savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires qui ont été exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative, ainsi que leurs perceptions des résultats des soins offerts aux personnes âgées en ÉCA et à leurs familles.

### **Caractéristiques des participantes et des groupes**

L'échantillon, par choix raisonné (voir Tableau 7), était composé de 15 participantes dont l'âge variait de 23 à 64 ans. Plus des deux tiers d'entre elles avaient moins de six ans d'expérience (11/15) et près de la moitié avaient suivi une formation universitaire de premier cycle en sciences infirmières (7/15). La majorité (78 %) occupait un poste à temps complet (12/15). Un peu moins de 30 % des participantes travaillaient sur l'unité de soins orthopédiques (4/15), alors que les autres détenaient un poste sur l'unité de soins cardiologiques (11/15). Six participantes travaillaient sur le quart de jour (6/15), cinq sur celui de soir (5/15) et quatre de nuit (4/15).

Tableau 7  
*Caractéristiques sociodémographiques selon les groupes de participantes.*

Sexe	Âge	Expérience (années)	Formation Sc. Inf.	Poste	Spécialité (unité de soins)	Quart de travail
Groupe 1						
F	57	36,5	CU	TC	Cardio	J
F	23	2,5	BAC	TP	Cardio	S
M	32	5,0	DEC	TC	Ortho	S
M	36	0,8	DEC	TC	Ortho	S
F	47	23,0	CU	TP	Cardio	J
Groupe 2						
F	26	3,0	BAC	TC	Cardio	S
F	37	6,0	BAC	TC	Ortho	J
F	24	1,5	BAC	TC	Cardio	N
F	37	4,0	DEC	TC	Cardio	J
F	45	1,5	DEC	TP	Cardio	S
Groupe 3						
M	27	4,0	BAC	TC	Cardio	N
F	64	26,0	DEC	TC	Ortho	N
F	36	16,0	CU	TC	Cardio	J
F	26	5,0	BAC	TC	Cardio	S
F	25	4,0	DES	TC	Cardio	J

Légende : (F) féminin; (M) masculin; (TP) temps partiel; (TC) temps complet; (cardio) cardiologie; (ortho) orthopédie; (J) jour; (S) soir; (N) nuit; (CU) certificat universitaire; (BAC) baccalauréat; (DEC) diplôme d'études collégiales; (DES) diplôme d'état soins infirmiers – France

Tel que mentionné, les 15 participantes étaient réparties également dans trois groupes de cinq personnes. Ces groupes se distinguaient quant au genre, au quart de travail, aux années d'expérience et au type de poste occupé par les participantes. Dans le premier groupe, trois participantes avaient moins de trois ans d'expérience comme infirmière alors que les deux autres en avaient plus de 20. Elles détenaient un poste régulier à temps partiel ou complet, sur les quarts de soir et de jour. Deux personnes de sexe masculin faisaient partie de ce groupe. Quant au deuxième groupe, celui-ci se

composait uniquement de participantes de sexe féminin ayant toutes moins de six ans d'expérience et occupant un poste régulier à temps partiel ou à temps complet. Tous les quarts de travail étaient représentés. Enfin, dans le troisième groupe composé de quatre femmes et d'un homme, deux participantes avaient respectivement 16 et 26 ans d'expérience, alors que les autres en avaient moins de six. Tous les quarts de travail étaient représentés. L'ensemble des participantes occupait un poste régulier à temps complet.

C'est auprès de ces trois groupes que l'évaluation de l'intervention éducative a été réalisée. Cette évaluation visait à comprendre le processus de l'intervention, de même que les résultats en découlant. Dans le premier volet de ce chapitre, la mise à l'essai du processus de l'intervention éducative est décrite.

### **Description de la mise à l'essai de l'intervention éducative**

L'analyse du contenu thématique des notes de terrain de l'investigatrice a permis de décrire le déroulement de l'intervention éducative et son contexte, les ajustements apportés à l'intervention et les ressources requises pour la réaliser. Des extraits de verbatim provenant de ces notes illustrent cette description. Ils sont accompagnés d'un code indiquant leur provenance. Ce code comprend la source (NT), le numéro de la participante (de 1 à 15), les numéros de la ligne de début et de fin de l'extrait et la journée de formation (de 1 à 4). Par exemple, un extrait de verbatim de la participante 12 provenant des notes de terrain de la journée de formation 3 et repéré entre les lignes 54-62 se lirait (NT-12-3 : 54-62).

### **Déroulement de l'intervention éducative**

La présence des participantes aux journées de formation, la nature du rôle de l'animatrice, les stratégies utilisées par cette dernière et par les participantes, de même que les contenus théoriques et empiriques s'ajoutant tout au long de l'intervention sont les thèmes relatifs au déroulement de l'intervention éducative qui ressortent de l'analyse de contenu des notes de terrain.

**Présence des participantes aux journées de formation.** Les participantes du groupe 1 et 2 ont été présentes lors de toutes les journées de formation. Deux participantes du groupe 3 se sont absentes pour des raisons de santé imprévues. L'une pendant deux journées et l'autre pendant une journée et demie. Dans le tableau 8, le taux de présence des participantes par journée et par groupe est indiqué.

Tableau 8

## Présence des participantes lors des journées de formation

	Journée 1	Journée 2	Journée 3	Journée 4
Groupe 1	5	5	5	5
Groupe 2	5	5	5	5
Groupe 3	4	3	5	4,5 *

\*Une participante a quitté la formation dans le milieu de la journée pour une raison de santé

**Nature du rôle de l'animatrice.** Le rôle de l'animatrice au cours de l'intervention éducative était caractérisé par une participation variable selon les journées de formation et par une flexibilité permettant de s'adapter à la diversité.

**Participation variable selon les journées de formation.** La participation de l'animatrice a été différente au cours des quatre journées de formation offertes à chaque groupe. Lors de la première journée, l'animatrice était particulièrement active puisqu'elle expliquait le processus soutenant l'intervention éducative. Plus précisément, au début de cette journée, elle devait décrire le cadre de référence et présenter le document d'accompagnement aux participantes, les différentes stratégies éducatives utilisées et les règles visant à créer un environnement favorable aux apprentissages. Le guide du travail réflexif était lu et illustré avec l'aide d'exemples et les différentes étapes de l'atelier de groupe expliquées. En dépit de ces explications, quelques précisions supplémentaires étaient requises au cours des première et



deuxième journées de formation concernant le choix de la situation de soins pour le travail réflexif et le déroulement de l'atelier de groupe.

Au cours des journées de formation subséquentes, ayant moins d'explications et de précisions à fournir aux participantes, l'animatrice pouvait se concentrer sur le déroulement des présentations et des échanges au sein des groupes. Pour ce faire, elle posait des questions visant à approfondir les situations de soins et cherchait à relier les contenus discutés aux informations théoriques et empiriques existantes sur l'ÉCA, et ce, en respectant la fluidité des échanges.

*Flexibilité pour s'adapter à la diversité.* Étant donné la diversité des situations de soins présentées, du contenu des échanges, des événements et des caractéristiques des groupes, l'animatrice adaptait les contenus théoriques et empiriques, ainsi que le processus de l'intervention éducative d'une journée de formation à l'autre, afin de répondre aux besoins singuliers de chaque groupe. Ces adaptations pouvaient concerner le rappel ou l'ajout d'une notion théorique ou empirique, l'utilisation d'un témoignage audiovisuel, la modification d'une règle prévue, voire l'expression d'un malaise, et exigeaient de la flexibilité de la part de l'animatrice. Voici quelques exemples d'adaptations illustrant cette flexibilité avec chacun des groupes :

Lors de la première journée de formation avec le premier groupe, une discussion animée a eu lieu au sujet d'une situation où des mesures de contrôle physiques avaient été utilisées malgré les désaccords de la famille. Compte tenu des questionnements et des préoccupations des participantes, l'animatrice a fait un retour sur cette situation au début de la deuxième journée de formation à l'aide d'un extrait du témoignage audiovisuel de la famille d'une personne ayant vécu un ÉCA, de la fiche d'information théorique et empirique concernant la gestion d'un dilemme éthique et d'un article de Parenteau, Houle et Cloutier (2010) au sujet des mesures de contrôle.

Dans le deuxième groupe, les discussions entre les participantes étaient intenses et animées et se déroulaient surtout au cours de la présentation des situations de soins. Devant ce constat, il a été convenu avec les membres de ce groupe que la règle initiale

prévoyant un minimum d'interruptions pendant les présentations de situation de soins ne serait pas toujours maintenue afin de respecter la fluidité des échanges.

Avec le troisième groupe, lors de présentations où le contenu était moins riche, l'animatrice a posé des questions de clarification et fait des rappels théoriques plus fréquents afin d'orienter et de maintenir les échanges sur l'objet de la formation. Par exemple, pendant la présentation d'une situation de soins où l'évaluation de l'état cognitif de la personne soignée était peu approfondie, l'animatrice en a profité pour préciser la différence entre un état confusionnel aigu et chronique, les critères de reconnaissance de ces deux syndromes et la possibilité de les observer en concomitance.

Enfin, au cours de la deuxième journée de formation avec le troisième groupe, compte tenu de l'absence de deux participantes, l'animatrice a présenté intégralement les témoignages audiovisuels d'une personne ayant vécu un ÉCA et de sa fille. Ainsi, en plus de leurs situations de soins respectives, les participantes ont pu entendre d'autres expériences vécues et échanger sur celles-ci. Par ailleurs, au cours de cette même journée, l'animatrice, déstabilisée par le nombre d'absences, les retards de certaines participantes et le manque de profondeur des échanges, a exprimé aux participantes qu'elle se sentait moins concentrée et préoccupée. L'expression de ce malaise a permis à l'animatrice de poursuivre le reste de la journée en étant plus réceptive.

**Stratégies utilisées par l'animatrice.** Durant les ateliers de groupe, l'animatrice utilisait des stratégies visant à augmenter la richesse des échanges soit le partage d'expériences cliniques vécues par les participantes, la présentation de témoignages de personnes ayant vécu un ÉCA ou de leurs proches et le questionnement critique des expériences vécues ou des témoignages. Voici des illustrations de ces stratégies :

*Partage d'expériences cliniques vécues par les participantes.* Après avoir écouté la présentation d'une situation de soins concernant un patient très âgé dont

l'état cognitif se détériorait d'une journée à l'autre et pour lequel le médecin traitant tentait peu d'interventions, les participantes ont échangé vivement sur l'effet que pourrait avoir la modification du niveau de soins sur la condition de la personne et sur la possibilité d'aborder ce sujet avec la conjointe. Voici des extraits de verbatim provenant de cet échange :

Ce patient-là a 88 ans. Avec tout ce qu'il a, il est tellement hypothéqué, peut-on lui enlever son code [réanimation cardiorespiratoire]? Que quelqu'un parle à la famille pour arrêter de faire des soins invasifs! Ça va tellement aider son délirium! Lâchez-le! (NT-10-3 :176-178)

Peut-être que la femme les connaît les volontés de son mari? Peut-être que de la mettre au courant, ça pourrait l'aider à l'accompagner dans ce qu'il veut? (NT-08-3 :154-155)

***Présentation de témoignages de personnes ayant vécu un ÉCA et de leurs proches.*** À la suite du visionnement de témoignages audiovisuels d'une personne ayant vécu un ÉCA et de sa fille, au cours desquels il était question d'une expérience antérieure traumatisante reliée à l'administration d'un opiacé et de l'anxiété de la personne quant à la prise de ce type de médication, un échange animé est survenu. Les extraits de verbatim suivants illustrent le contenu de cet échange :

Si, mettons, le patient, il ne nous dit pas pourquoi il ne veut pas de calmant, nous autres on ne peut pas deviner qu'il a eu une mauvaise expérience. Il faut essayer de chercher de l'information. Surtout si le patient est confus et agité, on ne peut pas avoir une conversation avec lui. (...). Moi je pense que l'on appelle la famille! C'est elle qui peut nous expliquer pourquoi il réagit comme ça. (NT-14-2 :122-125)

Tout ça pour résumer qu'on est mieux d'appeler la famille et de créer une bonne relation de collaboration. C'est eux qui le connaissent. Ça fait 40 ans, 50 ans que l'épouse le connaît. (NT-13-2 :103-106)

***Questionnement critique des expériences cliniques ou des témoignages.*** Après avoir écouté la présentation d'une situation de soins concernant l'hospitalisation d'une personne très âgée et sourde, l'animatrice a demandé à une participante ce que signifiait, à son avis, cette expérience pour la personne soignée. Celle-ci a décrit sa

perception des sentiments de la personne soignée de la façon suivante : « Ils ont coupé sa vie en deux (...). Avant, elle était autonome, elle faisait ses affaires. C'est comme s'ils l'avaient attachée » (NT-03-2 :202-204).

Le questionnement critique a aussi encouragé les participantes à réfléchir sur leur pratique, comme l'illustrent les propos d'une des participantes après qu'on lui ait demandé ce qu'elle avait appris de la situation de soins qu'elle venait de décrire :

Que l'on est dans notre unicité. (...). On est là pour l'aider. Je suis là pour lui apporter toute l'aide que moi je peux lui apporter, même si au début je ne voulais rien savoir de ce patient-là. Ce patient-là, au contraire, il a eu besoin de moi. (...). Il faut qu'on soit en équipe pour ce patient-là. (NT-11-3 :100-104)

**Stratégies utilisées par les participantes.** Les notes de terrain ont également permis d'identifier cinq stratégies utilisées par les participantes qui ont contribué à la richesse des échanges, soit : le recadrage, la légitimation, la rassurance, la suggestion de solutions et le partage de connaissances. Des illustrations de ces stratégies sont présentées dans les pages suivantes.

**Recadrage.** Les participantes ont souvent recadré les propos de leurs collègues en leur suggérant une autre façon de voir une situation, un comportement ou un problème. Comme exemple de recadrage, voici ce qu'a proposé une participante après la présentation d'une situation de soins où la personne soignée était agitée au cours de la nuit, voulait se déshabiller et se lever, et que des mesures de contrôle étaient envisagées : « Pourquoi ce patient, on n'aurait pas pu le laisser aller? Était-il capable de marcher? [...]. S'il n'a pas de restriction, s'il a un service privé pour le surveiller et l'accompagner, qu'il aille à la cafétéria s'il le veut!» (NT-08-2 :265-267).

On observe un autre exemple de recadrage lorsqu'une des participantes a suggéré une évaluation plus approfondie :

Tu reliais ça à la douleur, mais y a-t-il d'autres données? Les signes vitaux, les données de laboratoire, tout était beau? Il était somnolent, pourquoi s'il en prenait à la maison? Tu aurais pu t'informer, aller voir initialement ce qu'il prenait. Demander le numéro de la pharmacie. (NT-06-4 :276-280)

**Légitimation.** Quand elles reconnaissaient que les pensées, les sentiments et les comportements de leurs collègues avaient une logique, voire une raison d'être, les participantes légitimaient leurs propos. On observe une telle stratégie lorsqu'une participante dit à une de ses collègues ayant réussi à faire enlever plusieurs contraintes médicales : « Je trouve ça super *le fun* que tu aies pu tout faire enlever ça quand, effectivement, ce n'est pas nécessaire » (NT-10-2 :183-184).

Une telle stratégie a également été utilisée par une participante qui a commenté les actions d'une autre ayant soigné une personne présentant soudainement des signes d'ÉCA. Elle a, entre autres, souligné qu'elle « a su poser les bonnes questions. Se dire que ce patient-là n'était pas comme ça avant. Elle a compris que le patient n'était pas dans son état normal. Il fallait l'amener à se sentir bien en confiance pour qu'il reste » (NT-15-1 :142-147).

**Rassurance.** Il est arrivé qu'une des participantes en rassure une autre quant au suivi offert à une personne qu'elles avaient l'une et l'autre soignée au cours des dernières semaines. Ceci est survenu, entre autres, lorsqu'une participante a indiqué qu'elle avait fait modifier une prescription afin d'augmenter le confort de la personne soignée :

Je peux te rassurer. Hier, j'ai parlé avec le spécialiste en hémodialyse qui s'occupe de lui parce que ça faisait cinq fois qu'il arrachait le Jelco<sup>®</sup>. Tu sais comme il a une peau de soie. Quand j'ai appelé le médecin, il a dit : « C'est correct mademoiselle, j'ai compris votre message ». Il est à l'Inohep<sup>®</sup> [au lieu de l'héparine<sup>®</sup> IV prescrit par le cardiologue]. (NT-11-09-3 :209-212)

**Suggestion de solutions.** Quelques fois, une participante suggérait une solution à un problème mentionné au cours des échanges. Une telle stratégie a notamment été observée à la suite d'une discussion concernant le manque de ressources pour soigner une personne en ÉCA. Une participante a dit qu'elle aimerait « que l'hôpital garde un préposé en réserve. Dans les cas d'urgence, il pourrait faire un service privé » (NT-12-3 :176-177).

Aussi, lorsque des participantes, travaillant de soir, décrivaient leur fardeau de travail, une de leurs collègues, travaillant de jour, leur a mentionné qu'il était difficile de bien cerner leur réalité et leur a fait la suggestion suivante : « Il faut parler. Il faut parler aux bonnes personnes » (NT-08-4 :340).

*Partage de connaissances.* À certaines reprises, des participantes ont partagé des connaissances avec leurs collègues. Voici deux illustrations de ce type de stratégie : « Le délirium a une apparence soudaine. La démence, tu as un historique de ça, c'est quelque chose qui s'en vient tranquillement » (NT-12-3 :85-86). « Il ne faut pas évaluer l'état cognitif d'une personne juste à son réveil » (NT-14-3: 106).

### **Contenus théoriques et empiriques s'ajoutant tout au long de l'intervention**

L'analyse des notes de terrain souligne que le contenu des fiches d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA, fournies aux participantes au début de l'intervention éducative, a été discuté lors des ateliers de groupe. Par ailleurs, en plus de ces informations, d'autres sujets de discussion sont apparus au cours des échanges, et ce, tout au long du déroulement de l'intervention. Parce qu'ils étaient communs à plus d'un groupe et requéraient des précisions utiles pour le processus de l'intervention éducative et pour la pratique auprès des personnes âgées en ÉCA, certains sujets ont nécessité la modification ou l'ajout de fiches d'informations théoriques et empiriques. Ceci fut le cas pour les sujets suivants : l'orientation dans la réalité, l'approche collaborative avec les familles, la gestion de la douleur, l'utilisation de mesures de contrôle physiques et chimiques et les savoirs requis pour soigner une personne en ÉCA (voir fiches modifiées ou ajoutées, Appendice K).

Malgré la modification et l'ajout de fiches d'informations, d'autres sujets ont aussi été abordés par quelques participantes. Ceux-ci étaient étroitement liés à l'environnement dans lequel les participantes évoluaient; aux connaissances supplémentaires que les participantes souhaitaient approfondir; et aux préoccupations éthiques qu'elles exprimaient. En ce qui concerne l'environnement, les participantes ont, entre autres, discuté à quelques reprises de la banalisation de l'ÉCA par les

médecins et par l'équipe de soins, de l'importance de la continuité des soins d'un quart de travail à l'autre, du manque de ressources et de temps pour soigner la personne en ÉCA, de la présence de pratiques cliniques pouvant précipiter le délirium et du besoin d'encadrement des préposés aux bénéficiaires. Quant aux connaissances supplémentaires, elles concernaient les différents types de délirium (hypoactif, hyperactif, mixte, terminal ou causé par une dépendance à l'alcool), les stratégies de gestion des comportements perturbateurs et les signes de dépression. Finalement, les préoccupations éthiques, apparues principalement lors des troisième et quatrième journées de formation, étaient en lien avec l'acharnement thérapeutique et les préjugés relativement aux personnes qui se droguent ou prennent de l'alcool. Les propos des participantes ont également permis de comprendre le contexte organisationnel dans lequel l'ÉCA survient. Ce contexte est maintenant décrit.

### **Contexte organisationnel entourant la survenue de l'ÉCA**

La perception d'un faible soutien organisationnel lorsque l'ÉCA survient est le principal thème qui ressort de l'analyse. Voici une description de ce thème, appuyée par des extraits de verbatim des participantes.

#### **Perception d'un faible soutien organisationnel quand l'ÉCA survient.**

Plusieurs participantes ont indiqué, lors des ateliers de groupe, que le faible soutien organisationnel influençait la qualité et la sécurité des soins dispensés aux personnes en ÉCA. Leurs propos concernaient les transferts de nuit, l'absence de surveillance particulière et le nombre important de personnes qu'elles devaient soigner. Voici comment certaines participantes témoignent de cette réalité :

Souvent, la nuit, ils font des transferts de chambres. (...). Ça réveille les patients des chambres d'en face. Le patient lui-même est dérangé. (NT-15-3: 111-112)

Il y a plein de patients confus sur le département, et là on ne fournit pas les services privés. C'est dangereux. Le patient y s'en allait se « pitcher » en bas de son lit. On entend un [autre] patient dans la chambre crier « HEY!!! ». On se rend toutes dans la chambre. S'il n'y avait pas eu d'autres patients...?! (NT-04 4: 330-333)

Dans certaines circonstances, principalement de soir ou de nuit, le peu de soutien de l'équipe de soins et des autres professionnels est aussi un obstacle à la qualité des soins, puisque l'infirmière se retrouve quelquefois seule avec une personne en crise ou hésite à demander de l'aide comme l'illustrent les extraits de verbatim suivants :

Cette nuit-là, on était toutes dans la merde. « Est-ce que je réveille son infirmière qui dort ? » Mon assistante m'a dit « Bien non, tu gères ça ». (...). Moi, cette journée-là, je n'ai pas pris mon heure de pause. Dans cette situation, tu vas réveiller la personne qui dort!!! Tu es rendue avec 28 patients. J'en prends beaucoup sur mon dos. (NT-09-4: 261-266)

C'est très dur parce que de nuit c'est des R1 [première année de résidence en médecine] souvent qui viennent le voir et ils ne font pas grand-chose avant d'avoir lu tout le dossier. C'est très long (...) et souvent ils finissent par te demander, toi qu'est-ce que tu ferais? Toi, tu es en train de gérer ça. C'est très épuisant physiquement, psychologiquement de gérer une telle situation. (NT-12-3: 166-169)

Quand on est dans le jus, on est débordé, on n'ose pas demander [de l'aide]. (NT-08-4: 254)

### **Ajustements apportés à l'intervention éducative**

Des ajustements à l'intervention éducative ont été faits au cours de sa mise à l'essai d'un groupe à l'autre.

**Contenu des informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA.** Tel que mentionné, pour enrichir les échanges et faciliter le déroulement des ateliers de groupe, des compléments à la fiche d'informations théoriques et empiriques sur les interventions aidant à prévenir et traiter l'ÉCA et une nouvelle fiche concernant les savoirs requis pour soigner une personne en ÉCA ont été produits (voir Appendice K). Ces fiches, s'ajoutant à celles fournies initialement, ont été remises au cours de l'intervention éducative. Les participantes du premier groupe les ont reçues lors de la dernière journée de formation, celles du deuxième groupe, au cours de la deuxième journée, alors que les participantes du troisième groupe les ont eues au tout début de l'intervention.



**Accueil lors de la première journée.** Étant donné l'ambiance peu chaleureuse au début de la première journée de formation avec les deux premiers groupes, une activité d'accueil permettant de « *briser la glace* » plus rapidement a été prévue. Plus précisément, l'animatrice a demandé aux participantes du troisième groupe de préciser ce que signifiait pour elles soigner une personne en ÉCA.

**Temps pour le travail réflexif.** Parce que la majorité des participantes avait terminé la rédaction du travail réflexif plus rapidement que prévu, celui-ci a été réduit au cours de la mise à l'essai. Ainsi, avec le dernier groupe, le temps accordé était d'une heure trente minutes plutôt que les deux heures prévues initialement.

**Contenu des questions du guide du travail réflexif.** Étant donné que le contenu de plusieurs travaux réflexifs concernant les savoirs empiriques et personnels manquait de profondeur, les questions liées à ce travail ont été modifiées pour le troisième groupe afin d'encourager les participantes à approfondir leurs réflexions sur leurs actions. La question « Quelles sont les informations théoriques et empiriques précises au sujet de l'ÉCA qui ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation? » a été remplacée par « Comment vos connaissances théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation? ». De plus, la question « Comment vos expériences personnelles ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation? » a été ajoutée.

**Étapes de l'atelier de groupe.** Initialement, les deuxième et troisième étapes de l'atelier de groupe devaient avoir lieu après la présentation de toutes les situations de soins. Il était alors prévu que les participantes fassent une synthèse de ce qui était important pour leur pratique clinique auprès des personnes en ÉCA et partagent des informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA (voir Appendice F). Toutefois, lors de la première journée avec le premier groupe, l'investigatrice a constaté que les participantes prenaient peu de notes au cours des échanges, semblaient avoir de la difficulté à se rappeler ce qui avait été dit, à décrire des éléments concrets, à choisir dans quels tableaux synthèses inscrire chacun des éléments et à identifier les connaissances dont elles avaient besoin pour améliorer leur pratique. Devant ces

constats, il a été décidé, en collaboration avec les participantes, de compléter la synthèse et de partager des informations théoriques et empiriques après la présentation de chacune des situations de soins afin de faciliter la démarche (voir Appendice M).

**Utilisation des questions critiques.** Des questions critiques ont été proposées aux participantes pour enrichir les échanges, mais celles-ci les ont peu utilisées. Pour favoriser des discussions fluides, l'animatrice a suggéré à tous les groupes de poser les questions qui leur venaient spontanément à l'esprit en s'inspirant de celles qui étaient proposées.

**Contenu des questions critiques.** Certaines questions critiques proposées pour enrichir les échanges ont été modifiées pour le troisième groupe afin d'éviter la redondance avec les questions du travail réflexif.

**Bilan en fin de journée.** Parce que le bilan de fin de journée, fait à 15 h 45, était trop rapide, compte tenu du départ précipité de certaines participantes qui travaillaient à 16 h, il a été prévu de faire ce bilan 30 minutes avant la fin de la journée de formation. Ce changement a permis aux participantes d'exprimer ce qu'elles pensaient de la journée et de faire, s'il y a lieu, des suggestions permettant d'améliorer l'environnement d'apprentissage.

**Contenu des questionnaires.** Les questionnaires, remis après chaque journée de formation, ayant été ardu à compléter pour certaines participantes, l'investigatrice a décidé de modifier cette exigence pour le troisième groupe. Ainsi, elle a demandé aux participantes de ce groupe de remplir le questionnaire complet (18 questions ouvertes) après les première et deuxième journées de formation et un questionnaire plus allégé (six dernières questions du questionnaire complet) après la deuxième et la quatrième journées de formation. Le tableau 9 indique le nombre de questionnaires complétés au cours de l'intervention, et ce, par groupe de participantes et par journée de formation. Aussi, le tableau 10 résume les ajustements apportés à l'intervention au cours de sa mise à l'essai.

Tableau 9  
*Nombre de questionnaires complétés par groupe de participantes  
 et par journée de formation*

	Journée 1	Journée 2	Journée 3	Journée 4
Groupe 1	5*	5*	5*	4*
Groupe 2	5*	4*	3*	2*
Groupe 3	4*	3**	4*	4**

\*Questionnaire complet (18 questions ouvertes)

\*\*Questionnaire allégé (six questions ouvertes)

Tableau 10

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Contenu des informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA	<p>Six fiches d'informations théoriques et empiriques sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment reconnaître l'ÉCA?</li> <li>2. Quelles sont les causes de l'ÉCA?</li> <li>3. Que vivent les personnes qui expérimentent un ÉCA?</li> <li>4. Quelle est l'évaluation que l'on doit faire lorsque l'ÉCA apparaît?</li> <li>5. Quelles sont les interventions aidant à prévenir et à traiter un ÉCA?</li> <li>6. Comment réagir devant un problème éthique?</li> </ol> <p>(voir détails Appendice B)</p>	<p>Sept fiches d'informations théoriques et empiriques sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment reconnaître l'ÉCA?</li> <li>2. Quelles sont les causes de l'ÉCA?</li> <li>3. Que vivent les personnes qui expérimentent un ÉCA?</li> <li>4. Quelle est l'évaluation que l'on doit faire lorsque l'ÉCA apparaît?</li> <li>5. Quelles sont les interventions aidant à prévenir et à traiter un ÉCA (incluant l'orientation dans la réalité, l'approche collaborative avec la famille, la gestion de la douleur et l'utilisation des mesures de contrôle)?**</li> <li>6. Comment réagir devant un problème éthique?</li> <li>7. Quels sont les savoirs requis pour soigner une personne en ÉCA?*</li> </ol> <p>(voir détails Appendice B et K)*</p>

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative

Tableau 10 (suite)

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Accueil lors de la première journée de formation	<p>Chaque participante se présente (nom, unité de soins, quart de travail et nombre d'années d'expérience)</p> <p>L'animatrice explique le déroulement de la journée</p>	<p>Chaque participante se présente (nom, unité de soins, quart de travail et nombre d'années d'expérience), et précise ce que signifie pour elle soigner une personne en ÉCA.**</p> <p>L'animatrice explique le déroulement de la journée</p>
Contenu des questions du guide du travail réflexif	<p>Quelles étaient vos principales préoccupations concernant la personne soignée?</p> <p>Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées pour entrer en relation avec cette personne?</p> <p>Quelles sont les interventions que vous avez mises en œuvre pour répondre aux besoins particuliers de cette personne?</p>	<p>Quelles étaient vos principales préoccupations concernant la personne soignée?</p> <p>Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées pour entrer en relation avec cette personne?</p> <p>Comment vos expériences personnelles ont-elles influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation?*</p>

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative

Tableau 10 (suite)

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Contenu des questions du guide du travail réflexif (suite)	<p>Quelles sont les connaissances théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA sur lesquelles vous vous êtes basées pour déterminer les interventions à faire?</p> <p>Quels sont les moyens qui permettraient d'améliorer les soins qui ont été offerts à cette personne?</p>	<p>Quelles sont les interventions que vous avez mises en œuvre pour répondre aux besoins particuliers de cette personne?</p> <p>Comment vos connaissances théoriques et empiriques au sujet de l'ÉCA ont-elles influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation?*</p> <p>Quels sont les moyens qui permettraient d'améliorer les soins qui ont été offerts à cette personne?</p>
Temps accordé pour le travail réflexif	2 heures 30 minutes	1 heure 30 minutes**

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative

Tableau 10 (suite)

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Déroulement de l'atelier de groupe	<p>L'atelier de groupe se divise en trois étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Présentation des situations cliniques de chaque participante et échanges sur celles-ci.</li> <li>5. Synthèse de ce qui apparaît utile pour la pratique auprès des personnes en ÉCA.</li> <li>6. Partage de connaissances théoriques et empiriques sur l'ÉCA. (voir Appendice F)</li> </ol>	<p>L'atelier se déroule de la façon suivante :</p> <p>Chaque participante présente son expérience vécue et par la suite des échanges ont lieu sur celle-ci. Au fur et à mesure des échanges, des éléments à retenir sont identifiés pour la synthèse et des connaissances théoriques et empiriques sont partagées. (voir Appendice L)**</p>
Utilisation des questions critiques	<p>Les participantes sont encouragées à utiliser les questions critiques suggérées pour approfondir les échanges lors de l'atelier de groupe.</p>	<p>Les participantes sont encouragées à faire des commentaires et à poser des questions pour approfondir les discussions lors de l'atelier de groupe en s'inspirant des questions critiques suggérées.**</p>
Bilan à la fin de chaque journée de formation	<p>Questionnement des participantes sur le déroulement de la journée et sur les ajustements requis.</p> <p>Fait 15 minutes avant la fin de la journée</p>	<p>Questionnement des participantes sur le déroulement de la journée et sur les ajustements requis.</p> <p>Fait 30 minutes avant la fin de la journée**</p>

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative

Tableau 10 (suite)

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Contenu des questions critiques	Quelle est la signification de l'expérience pour vous?	Quelle est la signification de l'évènement pour vous?
	Quelle est, selon vous, la signification de l'expérience pour la personne soignée?	Quelle est, selon vous, la signification de l'évènement pour la personne soignée?
	Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît juste pour la personne soignée?	Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît juste et responsable pour la personne soignée?*
	Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît responsable pour la personne soignée?	Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant?
	Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant?	Que feriez-vous la prochaine fois dans une situation semblable?
	Que ferez-vous la prochaine fois dans une situation semblable?	Quelle aurait été, selon vous, la façon la plus appropriée d'utiliser vos connaissances sur l'ÉCA dans cette situation?
	Comment vos connaissances sur l'état confusionnel aigu vous ont aidé dans cette situation?	Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative



Tableau 10 (suite)

*L'intervention éducative avant et après la mise à l'essai*

	Avant la mise à l'essai	Après la mise à l'essai
Contenu des questions critiques (suite)	<p>Quelle aurait été, selon vous, la façon la plus appropriée d'utiliser vos connaissances sur l'état confusionnel aigu dans cette situation?</p> <p>Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?</p> <p>Qu'est-ce qui n'est pas considéré dans cette situation?</p> <p>Qui retire le plus d'avantages de cette situation?</p>	<p>Qu'est-ce qui n'est pas considéré dans cette situation?</p> <p>Qui retire le plus d'avantages de cette situation?</p>
Contenu des questionnaires	<p>Questionnaire de 18 questions ouvertes à compléter par les participantes après chaque journée de formation.</p>	<p>Questionnaire de 18 questions ouvertes à compléter par les participantes après la première et la troisième journées de formation.**</p> <p>Questionnaire de six questions ouvertes à compléter par les participantes après la deuxième et quatrième journées de formation.**</p>

\* Ajout à l'intervention éducative \*\* Modification de l'intervention éducative

### **Ressources requises pour réaliser l'intervention éducative**

La mise à l'essai de l'intervention éducative auprès des trois groupes de participantes a fourni des informations sur les ressources requises pour la réaliser. Outre les ressources physiques, matérielles, informationnelles et organisationnelles ayant été nécessaires, les ressources professionnelles de l'animatrice ont également été essentielles.

**Ressources physiques.** Un local bien aéré pour six personnes, comprenant une table ovale ou rectangulaire pour que les participantes puissent interagir, ainsi qu'une salle permettant aux participantes de s'isoler pour faire le travail réflexif et d'avoir accès à des documents de références (p.ex. bibliothèque) ont facilité le déroulement des journées de formation.

**Ressources matérielles et informationnelles.** Des ressources matérielles et informationnelles pour la réalisation du travail réflexif (p.ex. guide du travail réflexif, livres de référence), pour l'animation de l'atelier de groupe (p.ex. tableaux synthèse, marqueurs, témoignages audiovisuels) et pour l'évaluation de la journée de formation (p.ex. enregistreur numérique, questionnaires) étaient nécessaires.

**Ressources organisationnelles.** Étant donné la nécessité de libérer les participantes de leur travail pour la tenue des ateliers, la collaboration des gestionnaires des unités de soins et de la direction des soins infirmiers (DSI), ainsi que le soutien d'un technicien à la gestion des horaires de travail étaient requis.

**Ressources professionnelles.** Pour animer les ateliers, l'animatrice devait bien connaître les écrits théoriques et empiriques récents sur l'ÉCA et le délirium, avoir des expériences cliniques auprès de personnes présentant de tels syndromes. Elle devait aussi démontrer des habiletés à naviguer dans les diverses bases de données scientifiques afin de trouver des écrits théoriques et empiriques pertinents et d'être en mesure de répondre aux questions et préoccupations des participantes.

## **Synthèse de la mise à l'essai de l'intervention éducative**

En résumé, l'analyse des notes de terrain a permis de décrire la mise à l'essai de l'intervention éducative. Cette analyse a mis en évidence la nature du rôle de l'animatrice, les stratégies utilisées par celle-ci et par les participantes et la variété des contenus théoriques et empiriques partagés. En regard du contexte, c'est le faible soutien organisationnel lorsque l'ÉCA survient qui ressort. Enfin, les multiples ajustements ayant été apportés à l'intervention éducative, ainsi que les ressources physiques, matérielles, organisationnelles, informationnelles et professionnelles ayant été nécessaires pour la réaliser ont été identifiés. C'est l'évaluation du processus de l'intervention qui est maintenant présentée dans le deuxième volet de ce chapitre.

### **Évaluation qualitative du processus de l'intervention éducative**

Les résultats de cette évaluation découlent de l'analyse de contenu des notes de terrain, des questionnaires et des entrevues individuelles. Cette analyse a permis de décrire les conditions facilitant et contraignant le déroulement de l'intervention et ses aspects apparaissant utiles et moins utiles pour la pratique auprès des personnes en ÉCA.

Des extraits de verbatim des participantes, identifiés par un code, illustrent les résultats. Lorsqu'un code provient d'un questionnaire, il inclut la source (Q), le numéro de la participante (de 1 à 15), la journée de formation (de 1 à 4) et le numéro de la question. S'il provient d'une entrevue finale, le code comprend la source (EF), le numéro de la participante (de 1 à 15) et les numéros de la ligne de début et de fin de l'extrait.

### **Conditions facilitant le déroulement de l'intervention éducative**

L'écoute, le respect et l'ouverture des participantes, la diversité de leurs expériences cliniques et l'utilisation de situations de soins réelles sont les thèmes qui ressortent de l'analyse et qui permettent de répondre à la question de recherche concernant les conditions facilitant le déroulement de l'intervention éducative.

**Écoute, respect et ouverture des participantes.** Plusieurs participantes ont indiqué que les attitudes des membres du groupe, notamment l'écoute, le respect et l'ouverture, étaient des conditions leur permettant de se sentir à l'aise et de s'exprimer librement, sans se sentir jugées, tel que le souligne l'une d'entre elles : « Tout le monde semblait à l'aise, avait une belle attitude. Il est ainsi beaucoup plus facile de s'ouvrir aux autres. (Q-08-1 :q.6) ». Voici comment d'autres participantes s'expriment à ce sujet :

Le groupe, on s'est tenu. On était contentes de s'écouter. Au début, c'est sûr que tout était beau, (...) mais à la fin on était comme capables de se dire : « Bien moi j'aurais peut-être fait ça »; « Qu'est-ce que tu penserais que ...? ». (...). Ça c'était bien! (EF-11: 4-8)

Le respect mutuel. On se sent à l'aise de dire ce que l'on a à dire. Moi, je ne me sens pas jugée. (Q-09-3: q.6)

**Diversité des expériences cliniques des participantes.** La diversité des expériences cliniques des participantes, eu égard au nombre d'années de pratique, au quart de travail ou à la spécialité, permettait de voir d'autres réalités et d'apprendre. Voici ce que disent deux d'entre elles à cet égard :

J'avais une autre compagne de travail (...) qui était un peu plus jeune que moi, mais à peu près de la même époque-là! (...) On trouve que les jeunes d'aujourd'hui ont beaucoup plus de matière (...) que nous autres, au niveau théorique. (...). C'est mieux assimilé aussi! (...) Nous autres, on a appris beaucoup sur le tas! (...) elles ont beaucoup plus de théories. (...) Il leur reste à prendre de l'expérience (...). Les deux contacts ensemble (...) [elles] apportent des choses et on leur apporte des choses aussi. (EF-01: 120-138)

Ça nous permettait de voir la réalité de chaque quart de travail et la culture de chaque quart parce que les interventions pour une même situation sont différentes. (EF-10: 68-69)

**Utilisation de situations de soins réelles.** Plusieurs participantes considéraient que l'utilisation de situations de soins réelles permettait de faire des liens avec la théorie. Elles aimaient « que l'enseignante amène des points d'enseignement théoriques spécifiques à la situation présentée » (Q-13-1: q.5).

Cette condition facilitant l'intervention a, entre autres, été observée quand l'une des participantes a décrit une situation où la personne soignée présentait un ÉCA n'étant pas un signe précoce de délirium, mais plutôt la conséquence d'un accident vasculaire cérébral (AVC) récent. Comme le souligne la participante, cet exemple permettait de faire des liens entre la théorie et la pratique puisqu'il illustre que « quand tu as un patient confus, ce n'est pas automatiquement un délirium! » (EF-08: 460-461).

### **Conditions contraignant le déroulement de l'intervention éducative**

Les conditions contraignant le déroulement de l'intervention éducative étaient aussi recherchées dans cette étude. L'analyse inter participante n'a pas permis d'identifier de telles conditions. Toutefois, si on considère les résultats de chacune des analyses intra participantes, deux éléments ressortent : la redondance des questionnaires et le manque d'habiletés à écrire.

**Redondance des questionnaires.** Aux fins de la recherche, après chaque journée de formation, il était demandé aux participantes de remplir, à la maison, un questionnaire comprenant 18 questions ouvertes portant sur les conditions facilitant et contraignant l'intervention, les aspects utiles pour la pratique clinique et les différents savoirs. Quelques participantes ont souligné, lors de l'entrevue finale, que les questions étaient difficiles à répondre parce qu'elles les percevaient redondantes. Voici deux extraits de verbatim appuyant ce résultat :

C'est pour l'évaluation (...) qu'on faisait chez nous là! (...) il y avait des questions que je trouvais un peu redondantes! (...) Il fallait être très attentif. Tu sais, des fois, il n'y avait pas une si grosse différence. (EF-01: 41-46)

Je n'ai pas été capable de remplir les questionnaires. C'est lourd! Je trouve que les questions étaient redondantes. Je ne suis pas capable de répondre à ça. (EF-15: 612-614)

**Manque d'habiletés à écrire.** Un petit nombre de participantes a admis avoir eu des difficultés à rédiger le travail réflexif. L'incertitude quant au niveau de détails requis, le manque d'habitude et la préférence pour le mode verbal de communication

sont les principales difficultés exprimées par les participantes, comme le soulignent les extraits suivants :

J'avais de la misère à me rappeler de tous les détails en lien avec l'état clinique du patient. Je trouve que c'est difficile de mettre sur papier toutes nos actions en ordre. (Q-09-1: q.3)

Quand même, le travail réflexif (...). Quand ça fait longtemps que tu n'as pas été à l'école. (...). C'était un p'tit peu plus difficile! (EF-05: 107-107)

Euh, moi c'est d'écrire! (...) c'est beaucoup plus facile pour moi de le dire verbalement. (EF-11: 52-53)

Lors du bilan après la seconde journée de formation, quelques participantes ont, par ailleurs, précisé que le travail réflexif était utile pour structurer leur pensée et comme aide-mémoire lorsqu'elles présentaient leur situation de soins devant le groupe et étaient nerveuses.

### **Aspects utiles pour la pratique auprès des personnes en ÉCA**

Une des questions de recherche de l'étude visait à identifier les aspects de l'intervention qui, selon les participantes, s'avéraient utiles pour la pratique auprès des personnes âgées en ÉCA. À cette question, un grand nombre de participantes ont répondu que l'accès à de nouveaux outils d'évaluation était utile.

**Accès à de nouveaux outils d'évaluation.** Des informations théoriques et empiriques sur l'évaluation requise quand l'ÉCA survient, ainsi que des outils permettant d'évaluer le niveau de confusion (échelle de confusion NEECHAM) et de dépister le délirium (*Confusion Assessment Method*), ont été présentés aux participantes. Ces présentations ont eu lieu lors de la première journée de formation en vue de les encourager à intégrer ces informations dans leur pratique. Plusieurs participantes ont considéré que ces outils étaient utiles, comme le soulignent ces propos :

Mais ce que je trouve important, moi, c'est de connaître les éléments qui sont dans l'échelle [NEECHAM]. Ça me permet de savoir ce que je dois surveiller

chez les patients. Je ne le fais pas systématiquement, mais je l'ai toujours en tête. (EF-10 :193-197)

D'avoir de nouveaux outils aussi concrets que l'échelle de confusion NEECHAM pour approfondir ou optimiser notre évaluation de l'ÉCA. (Q-06-2:q.11)

Les outils qui sont à ma disposition maintenant pour m'aider à évaluer de façon optimale les patients en ÉCA. (Q-13-3 :q.9)

### **Aspects moins utiles pour la pratique auprès des personnes en ÉCA**

Compte tenu du choix délibéré des participantes de participer à la formation, du fait que ce sont elles qui apportaient les situations de soins discutées en groupe et que des liens continus entre la théorie et la pratique étaient faits au cours des ateliers de groupe, aucun aspect inutile pour la pratique ne ressort de l'analyse de contenu des transcriptions d'entrevues finales et des questionnaires.

### **Synthèse de l'évaluation qualitative du processus de l'intervention éducative**

En résumé, l'analyse de contenu des notes de terrains, des questionnaires et des entrevues finales a permis de répondre aux questions de recherche relatives aux conditions facilitant et contraignant l'intervention éducative et aux aspects utiles et moins utiles de cette intervention pour la pratique. Les conditions facilitant l'intervention qui découlent de l'analyse sont l'écoute, le respect et l'ouverture des participantes, la diversité des expériences cliniques des participantes et l'utilisation de situations de soins réelles. La redondance des questionnaires et le manque d'habileté à écrire sont, par ailleurs, les conditions contraignant l'intervention éducative soulignées par quelques participantes. L'accès à de nouveaux outils d'évaluation a été identifié par les participantes comme étant l'aspect le plus utile pour leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA. Dans le troisième volet de ce chapitre, c'est l'évaluation des résultats de l'intervention éducative qui est présentée.

### **Évaluation qualitative des résultats de l'intervention éducative**

Une analyse de contenu des notes de terrain de l'investigatrice, des questionnaires, des entrevues individuelles et des travaux réflexifs a permis d'évaluer les résultats de l'intervention éducative et de répondre aux deux dernières questions de recherche concernant les savoirs empiriques, esthétiques, éthiques, personnels et émancipatoires des participantes et leur perception des résultats de l'intervention sur les soins offerts aux personnes soignées et leurs familles.

Comme pour l'évaluation du processus, des extraits de verbatim provenant des participantes appuient les résultats et sont accompagnés d'un code indiquant leur provenance. En plus de ceux provenant des notes de terrains, des questionnaires et des entrevues finales, des extraits de verbatim provenant des travaux réflexifs ont aussi été utilisés pour soutenir les résultats. Dans ce cas, la source identifiée dans le code est (TR) et le reste du code comprend, comme pour les autres sources, le numéro de la participante, la journée de formation et l'endroit où l'extrait est repéré.

#### **Les savoirs des participantes**

L'analyse de contenu provenant de toutes les sources de données a permis d'identifier les savoirs, tels que définis par Chinn et Kramer (2008), qui ont été exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative. Dans le cadre de l'analyse, les savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires exprimés ont été identifiés et regroupés par thèmes. Voici les résultats de cette analyse.

**Les savoirs empiriques des participantes.** Quand l'infirmière utilise ses savoirs empiriques, elle entre dans un processus de résolution de problème et de raisonnement logique en tenant compte des connaissances scientifiques existantes (Chinn & Kramer, 2008). L'analyse de contenu indique que les participantes ont appris certains savoirs empiriques utiles pour soigner une personne en ÉCA. Les thèmes ressortant de l'analyse sont : évaluer la personne en fonction des causes possibles d'ÉCA; éviter la confrontation; éviter les mesures de contrôle physiques; et assurer la



continuité des soins. Voici une description de ces thèmes, ainsi que des extraits de verbatim les illustrant.

***Évaluer la personne en fonction des causes possibles d'ÉCA.*** À l'aide de la fiche d'informations théoriques et empiriques portant sur l'évaluation requise quand l'ÉCA survient, une démarche d'évaluation tenant compte des causes possibles d'ÉCA a été présentée lors des échanges en groupe (voir Appendice B). Les participantes ont compris cette démarche et l'ont intégrée dans leur pratique auprès des personnes âgées à risque d'ÉCA ou en ÉCA qu'elles ont soignées, comme l'illustrent les exemples suivants :

Il était environ 18 h et une participante a été avisée par un membre de l'équipe de soins qu'une personne de 81 ans, en attente de chirurgie, à jeun depuis plus de 16 h, présentait soudainement des signes de confusion. Lors de l'évaluation, la participante a constaté que la personne était souffrante et possiblement déshydratée, compte tenu de son jeûne. L'administration d'un calmant et l'installation d'un soluté ont rapidement amélioré son état cognitif.

Une personne de 85 ans, admise pour un trouble du rythme cardiaque, avait un diagnostic de démence et exprimait peu ses besoins. Voici ce que la participante a considéré, entre autres, comme éléments à surveiller pour prévenir un ÉCA :

Vérifier les résultats sanguins et aviser si anormaux (...). Surveiller le non verbal au sujet des malaises thoraciques car patiente dit toujours qu'elle n'a pas de douleur et à la télémétrie : rythme à 140/min non soutenu. Non verbal = dyspnée, faiblesse. (TR-05-2: 89-93)

***Éviter la confrontation avec la personne soignée.*** Dans un article récent concernant l'orientation dans la réalité chez les personnes en délirium (Day et al., 2011), les auteurs suggèrent que les intervenants et les proches aidants n'obligent pas la personne âgée à être dans la même réalité qu'eux et adaptent leur stratégie d'orientation au caractère fluctuant du délirium. Ces suggestions ont été présentées et discutées au cours de l'intervention éducative et voici comment les participantes les ont intégrées dans leur pratique :

[Au fils d'une personne soignée dont plusieurs membres de la famille étaient au chevet et argumentaient avec elle] Demander à la famille de ne pas la stimuler, de ne pas la contredire. Dans sa tête, elle est à la maison. Argumenter contre elle entraîne une hausse de stimulation. (TR-07-3: 37-39)

J'ai pas trop insisté sur la réorientation de la patiente dans les trois sphères pour ne pas la confronter car elle était bien dans son monde. (TR-14-3: 71-74)

**Éviter les mesures de contrôle physiques.** Ayant été exposées à plusieurs sources d'informations (p.ex. articles scientifiques, témoignages audiovisuels) décrivant le caractère traumatisant des mesures de contrôle physiques pour les personnes soignées, les participantes ont pris conscience de l'importance de les utiliser uniquement en dernier ressort pour éviter l'escalade, comme le souligne cette participante : « Je savais que l'utilisation des contentions physiques était très traumatisante pour le patient. (...) En ce moment, il serait préférable de le calmer avec des contentions chimiques efficaces » (TR-09-4: 58-61). Une autre ajoute : « Avant, je me disais des fois que ça allait aggraver mais (...) que c'est ce qu'il fallait faire, donc je contentionnais quand même. (...). Maintenant, si je pense que ça pourrait aggraver la situation, je ne contentionne pas » (EF-10: 218-221).

**Assurer la continuité des soins.** Au cours des ateliers, les participantes ont échangé sur l'importance de la continuité des soins pour améliorer la qualité du suivi entre les infirmières, les quarts de travail ou les unités de soins. Voici ce que l'une d'entre elles écrit dans le plan thérapeutique infirmier (PTI), à la suite de son évaluation préopératoire, au bénéfice de l'unité des soins intensifs (USI) recevant la personne soignée : « 1. Possible risque de sevrage ou de delirium en post-op re : consommation de trois bières par jour (...) 2. Évaluer le statut cognitif trois fois par jour, et au besoin, en post-op » (TR-02-4: 32-34).

Une autre participante explique qu'elle a donné un rapport à l'infirmière qui la remplaçait durant sa pause afin de s'assurer d'une gestion optimale de la douleur. Voici ce qu'elle note à ce sujet dans son travail réflexif : « Rapport donné à

l'infirmière qui me couvre, car heure de ma pause (...). Discutons ensemble de la quantité de morphine à administrer » (TR-15-3: 18-20).

**Les savoirs éthiques des participantes.** Lorsque l'infirmière se questionne sur ce qui est juste et responsable à faire dans une situation spécifique et que ses actions sont cohérentes avec ce qu'elle pense, elle se sert de ses savoirs éthiques (Chinn et Kramer, 2008). Un thème concernant les mesures de contrôle physiques ressort de l'analyse et est illustré ci-après.

*Se questionner sur l'utilisation de mesures de contrôle physiques.* L'utilisation des mesures de contrôle physiques a été souvent discutée et remise en question lors des ateliers de groupe et plusieurs témoignages et articles scientifiques ont soutenu ces échanges. Les participantes ont intégré dans leur pratique ce questionnement, comme le soulignent les illustrations et les extraits suivants dans lesquels l'une refuse de mettre une mesure de contrôle physique et l'autre s'interroge sur son utilisation :

Dans une situation de soins, une participante a résisté à la pression du personnel soignant et a décidé de ne pas mettre de mesure de contrôle physique à une personne qui avait un comportement inhabituel dans son lit. Voici ce qu'elle a dit à ce sujet : « Il se promenait tête à queue dans le lit. Il se couchait à la tête. Je le laissais faire. (...). Les préposés, ça les fatiguait. Je leur disais de le laisser faire. Ce n'est pas grave. Il ne tombera pas. Il fait juste tourner dans son lit » (NT-10-3: 82-84).

Dans une autre situation de soins se déroulant de nuit, la participante est intervenue auprès d'une personne en ÉCA, qui était sous la responsabilité d'une de ses collègues en pause. La personne soignée était irritée, voire agressive face aux mesures de contrôle physiques utilisées sur elle. Voici ce que la participante a dit et fait : « J'ai passé une bonne heure avec lui. Il fallait que tu lui parles sinon ça marchait plus. Tu sais, quand la confiance est brisée entre le patient et le personnel soignant. J'ai l'impression que c'est ça qui est arrivé » (NT-09-4: 267-269). Après avoir calmé la personne, répondu à ses besoins et négocié une nouvelle façon de gérer la situation, la

participante a informé sa collègue, revenue de sa pause, de ce qu'elle avait fait et lui a fermement conseillé de ne plus mettre de mesure de contrôle physique à cette personne.

**Les savoirs esthétiques des participantes.** Les savoirs esthétiques de l'infirmière lui permettent d'apprécier la signification profonde que la personne soignée ou sa famille donne à son expérience et de trouver des moyens créatifs pour transformer cette expérience (Chinn et Kramer, 2008). L'analyse de contenu des diverses sources de données a révélé que les participantes se sont servies de ces savoirs. Pour ce faire, elles ont écouté et été sensibles aux besoins spécifiques de la personne soignée et elles ont informé, rassuré et impliqué la famille. Une description et des illustrations de ces thèmes sont présentées ci-après.

*Écouter et être sensible aux besoins spécifiques de la personne soignée.* Écouter la personne soignée, chercher ce dont elle a vraiment besoin et y répondre sont des moyens identifiés par les participantes pour aider et soulager les personnes qu'elles soignent. Voici des propos de certaines d'entre elles :

Quand il y avait quelqu'un qui était là, son anxiété diminuait et il avait moins l'impression d'étouffer. Tout seul, il paniquait. Il enlevait ses affaires. (NT-06-4: 88-89)

Je lui ai dit [au fils] qu'il pouvait la promener dans le corridor s'il voulait, car elle n'arrêtait pas de vouloir sortir du lit. (TR-09-3: 27-29)

*Informé, rassuré et impliqué la famille de la personne soignée.* Au cours des échanges en groupe, les participantes ont compris et exprimé, à travers les situations de soins qu'elles ont vécues, l'importance d'informer, de rassurer et d'impliquer les familles des personnes en ÉCA qu'elles considéraient comme une source d'aide dans les circonstances. À ce sujet, une participante souligne : « En travaillant en collaboration avec la famille (...), on peut améliorer les soins des patients » (EF-14: 290-291).

À cet égard, voici ce qu'une des participantes a dit à une famille : « En voyant des visages qu'il reconnaît (...), le patient va se sentir mieux, beaucoup plus rassuré (...). En fin de compte, si vous restez, vous allez le rassurer énormément » (EF-09: 408-410).

D'autres participantes ont écrit, dans leur dernier travail réflexif, les commentaires suivants :

Famille rencontrée, sont inquiets. Veulent rencontrer médecin. Message fait. (...). Expliquons nos intentions et objectifs, famille aidante. (TR-15-4: 26-28)

Discussion avec le fils sur le délirium, le rôle de la famille et valider s'ils souhaitent être appelés dans la nuit si aggravation du délirium. Fils confirme que la sœur de sa mère souhaite être appelée. (TR-10-4: 44-46)

**Les savoirs personnels des participantes.** À l'instar de Chinn et Kramer (2008), l'infirmière se sert de ses savoirs personnels quand son identité propre est utilisée de façon thérapeutique, de sorte que ses relations avec la personne soignée deviennent significatives. En dépit du fait que ces savoirs ne ressortent pas de l'analyse inter participante, les analyses intra participantes mettent, quant à elles, en évidence l'expression de ce type de savoir par quelques participantes ayant maintenu la relation malgré les comportements déviants de la personne soignée. Voici des illustrations de ce savoir.

*Maintenir la relation malgré les comportements déviants.* Lors de l'entrevue finale, une participante a décrit comment, depuis qu'elle suivait la formation, elle avait maintenu la relation avec les personnes qu'elle soignait malgré leur agressivité verbale ou physique. Elle a ajouté que ceci lui permettait d'offrir des soins adéquats. Cette même participante a expliqué, lors d'un atelier de groupe, ce qu'elle a fait lorsqu'une personne en délirium terminal qu'elle avait soignée pendant plusieurs jours et dont les comportements agressifs et fluctuants exigeaient beaucoup d'énergie est décédée :

Je sais que ce patient-là, quand il est décédé, il était tout seul et que ce n'était pas sa volonté. Ce matin-là, je n'étais vraiment pas contente. (...). Je suis allée dans la chambre. J'ai flatté ses cheveux. J'ai dit qu'on avait travaillé fort

ensemble, qu'il m'avait beaucoup appris et que je voulais qu'il repose maintenant. Je suis sortie, j'ai pleuré, je suis allée voir une de mes collègues, je lui ai fait une caresse et j'ai continué ma journée. (NT-11-3: 90-94)

Un autre exemple de ce savoir a été décrit par une des participantes qui a expliqué comment elle est intervenue, pendant plus d'une heure, dans une situation où la personne soignée, qui voulait fumer, était agressive :

J'ai discuté avec lui de tout ça. J'ai pris le temps de lui parler. Je l'ai ramené dans son lit, mais il refusait de me donner son briquet et sa cigarette. Je lui ai encore parlé, il m'a donné le tout que j'ai gardé. (TR-09-4 : 37-43)

**Les savoirs émancipatoires des participantes.** L'infirmière possédant des savoirs émancipatoires est capable d'identifier les iniquités d'une situation, de clarifier les valeurs et les croyances culturelles requises pour que celle-ci soit juste et équitable et d'agir pour la transformer (Chinn et Kramer, 2008). Comme pour les savoirs personnels, l'analyse inter participante n'a pas permis d'identifier, de façon redondante, de tels savoirs, mais les analyses intra participantes en ont mis en évidence. Ainsi, certaines participantes ont constaté la banalisation de l'ÉCA, le manque de temps et de ressources pour soigner les personnes présentant ce syndrome et l'absence de la famille des soins. Ce sont surtout les iniquités des situations qui ont été dénoncées par les participantes et, quelquefois, des actions individuelles qui ont été mises en œuvre pour les transformer. En voici des illustrations :

***Constater la banalisation de l'ÉCA.*** Une des participantes exprime ses inquiétudes quant à l'état clinique d'une personne qu'elle soignait et ce qu'elle a fait devant cette situation qu'elle trouvait inéquitable :

Que ce soit infirmier ou médecin, tout le monde savait que ça n'allait pas, mais il ne se passait pas grand-chose. (...). Je ne comprenais pas pourquoi c'était comme ça. Donc, j'ai posé beaucoup de questions au médecin puis, le lendemain, il avait son scan. (EF-15: 541-547)

Cette banalisation des soins est aussi présente au quotidien, quand les membres de l'équipe de soins se préoccupent peu de la personne soignée qui exprime un

inconfort en invoquant, entre autres, le fait qu'elles ne comprennent pas ce que la personne veut. Voici l'illustration d'une telle situation :

Il y a un monsieur, dans la chambre [...] tout près du poste, 86 ans, polytraumatisé, amputé à la jambe gauche et avec fixateur externe jambe droite. Il crie, ses mots sont incompréhensibles. Parfois j'entends « pipi ». Personne ne réagit. Deux préposés discutent dans le corridor. L'infirmière et l'infirmière auxiliaire du patient sont assises au poste, font leurs notes et se racontent des choses entre elles. Après quelques minutes, devant l'indifférence du personnel, je demande à l'infirmière d'aller voir le patient. (TR-08-1: 11-19)

***Constater le manque de temps et de ressources.*** Quelques participantes ont constaté que le manque de temps et de ressources pour soigner les personnes en ÉCA ne permettaient pas d'offrir des soins adéquats à cette clientèle. Voici ce que certaines ont dit à ce sujet :

On a huit à neuf patients. (...). Paraît que c'est correct! Alors, c'est sûr que des fois, la surveillance, l'écoute et l'évaluation qui devraient être faites, c'est un petit peu plus difficile! (EF-05: 728-732)

Juste aller le voir toutes les deux heures pour lui proposer de l'amener [à la toilette], ça pourrait éviter, enlever beaucoup de risques. Bien, quand (...) j'ai un ou un et demi préposé pour ma section, bien, c'est sûr que ça ne marche pas. (EF-15: 454-457)

***Constater l'absence des familles des soins.*** Quelques participantes ont dénoncé le fait que les familles étaient absentes des soins et que ceci influençait la qualité et la sécurité des soins. Pour l'une d'entre elles, les familles sont d'autant plus importantes que l'on a une « clientèle multiethnique, allophone, âgée, à risque de déconditionnement. En plus, on manque de personnel pour surveiller » (NT-13-4 :107-109). À cet égard, elle suggère un « assouplissement de certaines mesures administratives [heures de visite] pour permettre la présence de la famille (...), pour éviter des contentions chimiques et physiques » (Q-13-3:q.18).

De l'analyse de contenu des différentes sources de données, on retient que les participantes ont exprimé des savoirs empiriques, éthiques et esthétiques. Quant aux savoirs personnels et émancipatoires, seules certaines participantes en ont exprimés.

Les thèmes relatifs aux savoirs exprimés par les participantes sont résumés au tableau 11.

Tableau 11

*Savoirs exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative*

Savoirs	Thèmes
Empiriques	Évaluer la personne soignée en fonction des causes possibles d'ÉCA Éviter la confrontation avec la personne soignée Éviter l'utilisation des mesures de contrôle physiques Assurer la continuité des soins
Éthiques	Se questionner sur l'utilisation des mesures de contrôle physiques
Esthétiques	Écouter et être sensible aux besoins spécifiques de la personne soignée Informer, rassurer et impliquer la famille de la personne soignée
Personnels	Maintenir la relation malgré les comportements déviants*
Émancipatoires	Constater la banalisation de l'ÉCA* Constater le manque de temps et de ressources* Constater l'absence des familles des soins*

\*Exprimé seulement par quelques participantes

### **La perception des participantes quant aux résultats des soins offerts**

L'analyse de contenu des notes de terrain, des travaux réflexifs et des transcriptions de l'entrevue finale a permis de faire ressortir les perceptions des participantes quant aux résultats des soins qu'elles ont offerts aux personnes en ÉCA et à leurs familles au cours de l'intervention éducative. De façon générale, les participantes ont perçu que leurs interventions donnaient des résultats positifs sur les personnes soignées et leurs familles. Voici les thèmes découlant de l'analyse et des illustrations de ceux-ci :



**Personnes soignées calmes, soulagées, rassurées et coopératives.** Plusieurs participantes ont souligné que l'implication de la famille dans les soins ou l'écoute et la sensibilité aux besoins spécifiques de la personne soignée permettaient d'augmenter le bien-être de cette personne. Par exemple, quand un membre de la famille ou de l'équipe de soins était présent, les écoutait et leur parlait, elles étaient plus calmes, rassurées et coopératives. Lorsque l'infirmière reconnaissait leur douleur et administrait un analgésique, elles étaient soulagées et moins agitées. Voici certains de leurs propos qui en témoignent :

Quand sa sœur lui parlait, c'était fou comment il pouvait être calme. (NT-11-3: 89)

À court terme, l'administration d'un analgésique a diminué l'agitation du patient. (TR-06-3: 73)

Le patient s'est senti rassuré, en confiance, car il s'est ouvert à moi. Il n'a pas eu peur de me parler de ses hallucinations. (TR-04-3: 76-77)

Collabore aux soins et traitements. Sonne la cloche au chevet au lieu de crier. (TR-12-4: 67-69)

**Familles rassurées et collaboratives.** Comme il a été souligné précédemment, les participantes ont fréquemment informé, rassuré et impliqué les familles des personnes en ÉCA dans les soins. Elles ont constaté que de telles interventions diminuaient les inquiétudes des familles, qui ne savaient pas ce qui se passait, et augmentaient leur collaboration, comme l'expriment certaines d'entre elles :

La fille du patient a trouvé ça difficile, mais elle a vu qu'elle était, (...) très importante dans la guérison de son père. (EF-05: 874-875)

Fils se sent impliqué et sent qu'on connaît bien la situation clinique de sa mère. (TR-10-4: 59-60)

En discutant avec les enfants de ce que c'est l'ÉCA et de ce que ça risque d'amener, ils ont décidé qu'il y aurait toujours quelqu'un avec elle. (TR-09-3: 79-81)

### **Synthèse de l'évaluation qualitative des résultats de l'intervention éducative**

En résumé, l'analyse de contenu des différentes sources de données a permis de répondre aux questions de recherche portant sur les résultats de l'intervention eu égard aux savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires des participantes et à leur perception des résultats des soins offerts. Ce sont les savoirs empiriques, éthiques et esthétiques qui ont été les plus souvent exprimés par les participantes qui ont, entre autres, effectué des évaluations plus approfondies des personnes en ÉCA, ont évité l'utilisation des mesures de contrôle physiques et impliqué les familles dans les soins de leurs proches. Les résultats des soins perçus par les participantes concernent les personnes soignées qui étaient davantage rassurées, soulagées et calmes, ainsi que les familles qui semblaient moins inquiètes et collaboraient aux soins.

### **Synthèse globale des résultats de l'étude**

Dans ce chapitre, la mise à l'essai de l'intervention éducative a été décrite et l'évaluation du processus et des résultats de celle-ci a été présentée. On retient principalement de la description de la mise à l'essai, l'émergence d'un environnement d'apprentissage dans lequel les stratégies permettant d'enrichir les échanges provenaient autant de l'animatrice que des participantes. Cet environnement se caractérise par une flexibilité permettant de répondre aux besoins variés des participantes et des groupes et d'ajuster l'intervention au fur et à mesure de son déroulement, par exemple en ajoutant des informations théoriques et empiriques ou en modifiant certaines règles. L'évaluation du processus a fait ressortir que l'écoute, le respect et l'ouverture des participantes, la diversité de leur expérience et l'utilisation de situations réelles de soins sont les conditions ayant facilité l'intervention et que l'accès à des outils d'évaluation de la personne en ÉCA était particulièrement utile pour la pratique auprès de cette clientèle. Enfin, l'évaluation des résultats souligne que tous les types de savoirs décrits par Chinn et Kramer (2008) ont été exprimés par les participantes mais que ce sont principalement des savoirs empiriques, esthétiques et éthiques qui étaient les plus nombreux. Des résultats des soins perçus par les

participantes sur le bien-être physique et psychologique des personnes âgées et sur les inquiétudes des familles, ainsi que sur leur collaboration, ressortent aussi de cette évaluation. Dans le prochain chapitre, les principaux résultats ressortant de l'étude seront discutés. Cette discussion sera présentée en trois volets soit la description de la mise à l'essai de l'intervention, l'évaluation du processus de cette intervention et l'évaluation des résultats de celles-ci.

**Chapitre 5**  
**Discussion**

Cette étude visait à concevoir, mettre à l'essai et évaluer qualitativement une intervention éducative auprès d'infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA. Dans ce chapitre, les résultats de l'étude sont discutés. Des considérations théoriques et méthodologiques sont d'abord présentées. Par la suite, les principaux résultats concernant la description de la mise à l'essai de l'intervention éducative et l'évaluation du processus et des résultats de cette étude sont confrontés aux connaissances existantes. Enfin, la contribution de l'étude au développement des connaissances en sciences infirmières, une réflexion critique sur la pédagogie narrative ainsi que les implications de l'étude pour l'enseignement, la pratique, la gestion et la recherche sont abordées.

### **Considérations théoriques**

Le cadre de référence de cette étude était composé des savoirs de Chinn et Kramer (2008) et de la pédagogie narrative de Diekelmann (2001), utilisés en concomitance pour concevoir l'intervention éducative. Ce choix est justifié par le fait que ces deux perspectives émergent de la recherche en sciences infirmières et concernent respectivement le développement des savoirs des infirmières et l'enseignement et l'apprentissage en sciences infirmières. Les résultats obtenus soutiennent que les orientations philosophiques et conceptuelles et les stratégies d'enseignement-apprentissage découlant de ce cadre de référence bicéphale sont applicables et utiles en sciences infirmières.

Pour Chinn et Kramer (2008), il faut aller au-delà des connaissances empiriques pour obtenir une vision complète du soin infirmier qu'elles conçoivent comme un processus dynamique et interactif qui ne peut être compris qu'à travers l'intégration des savoirs empiriques, éthiques, esthétiques, personnels et émancipatoires de l'infirmière. Ayant défini les différentes expressions, dans la pratique, de ces savoirs et identifié des questions critiques permettant de les explorer, Chinn et Kramer (2008) ont permis, dans la présente étude, de rendre visibles les savoirs des infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA.

Tel que mentionné, la pédagogie narrative, proposée par Diekelmann (2001), est une façon de comprendre l'enseignement et l'apprentissage en sciences infirmières. Cette auteure encourage le partage et l'interprétation de narrations contemporaines afin de créer un environnement où tout est ouvert et questionné. Les pratiques découlant des études phénoménologiques interprétatives de Diekelmann (2001) mettent en évidence que la présence attentive, l'écoute, le souci de l'autre, la réflexion, le dialogue, la recherche de signification et l'ouverture aux diverses possibilités sont requis dans un tel environnement. Ces pratiques ont aidé à déterminer les différentes stratégies d'enseignement-apprentissage composant l'intervention éducative mise à l'essai dans la présente étude et à identifier les attitudes et les comportements favorisant la création d'un environnement propice aux apprentissages.

L'environnement d'apprentissage dans lequel les participantes ont partagé et interprété des expériences vécues impliquant des personnes âgées en ÉCA, ont identifié les différents savoirs dont elles avaient besoin pour soigner ces personnes et ont fait des liens avec les informations théoriques et empiriques existantes à ce sujet, a été un élément fondamental de cette étude. Autant la pédagogie narrative de Diekelmann (2001) que les savoirs infirmiers de Chinn et Kramer (2008) ont contribué à sa création.

Plus précisément, Chinn et Kramer (2008) ont proposé des stratégies éducatives spécifiques au développement de chacun des savoirs infirmiers et Diekelmann (2001) a offert une approche éducative intégrant plusieurs de ces stratégies, favorisant ainsi le développement simultané de tous les savoirs. Toutefois, l'approche proposée par Diekelmann (2001), encourageant les utilisateurs à partager, questionner et interpréter des expériences vécues et à s'ouvrir aux diverses possibilités découlant des échanges, fournit peu de stratégies concrètes permettant de questionner les expériences vécues partagées. En utilisant les questions critiques proposées par Chinn et Kramer (2008), il a été possible de pallier cette limite. Ces constats illustrent l'utilité, ainsi que la complémentarité de ces deux perspectives pour la formation en sciences infirmières.

Le choix de ce cadre de référence pour la présente étude est également soutenu par les propos de théoriciennes en sciences infirmières. Il est notamment cohérent avec le *caring* en sciences infirmières, tel que défini par Boykin & Schoenhoffer (2001), et avec les façons de transformer la formation des infirmières suggérées par Benner et al. (2010). Pour ces dernières auteures, c'est principalement à travers un questionnement et une réflexion concernant des situations de soins que l'infirmière apprend et se développe.

Les résultats de revues d'écrits concernant la formation des infirmières (Forbes, & Hickey, 2009; Griscti & Jacono, 2006) et d'autres professionnels en santé (Forsetlund et al., 2009) appuient aussi l'utilisation d'un tel cadre de référence. Les auteurs de ces revues soutiennent que des approches éducatives où les infirmières sont actives sont plus efficaces pour modifier des comportements complexes et encourager le développement continu des savoirs.

Il est aussi intéressant de constater que le cadre de référence de l'étude est une façon de considérer l'enseignement et l'apprentissage compatible avec d'autres approches éducatives utilisées dans les milieux de soins auprès des infirmières, notamment la pratique réflexive (Dubé, 2012), le codéveloppement (Payette & Champagne, 1997) et la communauté de pratique (Berry, 2011). Quoique les bases conceptuelles et philosophiques, ainsi que le volume et le type d'études empiriques portant sur ces approches diffèrent, elles encouragent toutes, d'une certaine manière, les infirmières à s'engager dans leur apprentissage et à rechercher des moyens d'améliorer leur pratique, principalement à l'aide d'un questionnement et d'une réflexion individuelle et en groupe.

Enfin, l'utilisation d'un cadre de référence composé de perspectives en sciences infirmières a permis d'obtenir des résultats qui diffèrent de ceux que l'on retrouve dans les études réalisées auprès de populations d'infirmières soignant des personnes en délirium, mais ne s'inspirant pas de perspectives dans cette discipline. Plus précisément, les résultats de la présente étude contrastent avec ceux découlant des études de Devlin et al. (2008), Pun et al. (2005) et Soja et al. (2008), dans lesquelles

les chercheurs ont exploré, auprès d'infirmières, les résultats d'une intervention visant essentiellement le dépistage du délirium à l'aide d'un instrument validé. La variété des savoirs exprimés par les participantes pour soigner une personne âgée en ÉCA et leurs perceptions des résultats des soins sur les personnes en ÉCA et leurs familles qui ressortent de la présente étude apportent des connaissances nouvelles et différentes à la problématique. Les données recueillies rendent visibles les diverses expressions du soin et tiennent compte des expériences vécues par les personnes soignées et leurs proches et, à cet égard, illustrent la cohérence du cadre de référence utilisé avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). À l'instar des propos de Bordage (2009), la mise en évidence de la complexité du rôle de l'infirmière soignant des personnes en ÉCA et de sa contribution au bien-être de ces personnes justifie l'utilisation d'un cadre de référence en sciences infirmières. Certaines considérations méthodologiques sont maintenant abordées.

### **Considérations méthodologiques**

#### **Devis de recherche**

L'étude de cas, comme devis de recherche, a été pertinente pour décrire et évaluer l'intervention éducative mise à l'essai auprès d'infirmières soignant des personnes en ÉCA. Cette approche méthodologique avait la flexibilité requise pour atteindre le but et répondre aux questions de recherche. En outre, elle a permis de mettre à l'essai l'intervention éducative et de l'ajuster au fur et à mesure de son déroulement, contribuant ainsi à son applicabilité pour la formation continue des infirmières. Les résultats renforcent l'utilité de l'étude de cas en sciences infirmières, non seulement pour décrire, explorer, comprendre et évaluer un phénomène (Anthony & Jack, 2009), mais aussi pour mettre à l'essai et évaluer une intervention.

#### **Échantillon**

L'échantillon par choix raisonné, qui permet la sélection d'une variété de participantes, a contribué à la richesse des résultats. La présence de participantes travaillant sur les trois quarts de travail et ayant des niveaux de formation différents a



été un des facteurs d'influence sur la mise à l'essai et l'évaluation de l'intervention éducative. L'inclusion de participantes travaillant de nuit a permis de comprendre leur contexte de travail et certains savoirs particulièrement utiles sur ce quart de travail, notamment l'évitement des mesures de contrôle physiques et l'implication de la famille dans les soins. Quelques participantes ayant une formation universitaire ont, quant à elles, partagé leurs connaissances sur différents sujets, entre autres, l'approche systémique familiale et le soulagement de la douleur. Par ailleurs, la présence dans les groupes de participantes ayant peu d'expérience, qui étaient par ailleurs très actives lors des ateliers de groupe, a également contribué à la mise à l'essai de l'intervention, et à son évaluation, en augmentant le nombre et la profondeur des échanges des participantes. À la lumière de ce constat, il aurait été pertinent d'ajouter un critère de sélection relatif à l'expérience dans la stratégie d'échantillonnage retenue.

### **Critères de scientificité**

Les critères qui ont permis d'assurer la rigueur de l'étude sont ceux proposés par Lincoln et Guba (1985) et repris par Laperrière (1997). Ces critères sont la crédibilité, la transférabilité, la confirmabilité et la fiabilité.

**Crédibilité.** La crédibilité est possible lorsque le chercheur établit un lien juste, pertinent et ayant du sens entre les données obtenues et les interprétations (Laperrière, 1997). La triangulation, le temps, la cohérence interne, la vérification par les pairs et par les sujets sont des mesures qui assurent la crédibilité d'une étude (Lincoln et Guba, 1985). C'est principalement l'immersion prolongée de l'investigatrice sur le terrain et la rédaction de notes de terrain qui ont contribué à la crédibilité de l'étude. La confrontation continue des données collectées avec les écrits existants et la validation des analyses par un évaluateur externe et la directrice de thèse étaient les principaux moyens de vérification utilisés par l'investigatrice. Ces moyens étaient particulièrement aidants pour la prise de décision quant aux ajustements à effectuer au processus de l'intervention éducative et pour la catégorisation, par thèmes, des données relatives aux différents savoirs.

La diversité des méthodes utilisées, ou la triangulation des méthodes pour collecter les données, a également contribué à la crédibilité de l'étude. Ces différentes méthodes ont permis d'obtenir des données provenant des échanges verbaux entre les participantes lors des ateliers, de leurs réflexions personnelles écrites dans les travaux réflexifs et dans les questionnaires et de leurs réflexions verbales lors de l'entrevue finale. Ces données ont enrichi les résultats quant aux différents aspects de la mise à l'essai de l'intervention éducative et aux résultats en découlant (Patton, 2002). Une source de données unique, telle que le travail réflexif, n'aurait pas permis d'obtenir des résultats aussi approfondis quant aux savoirs des participantes.

**Transférabilité.** La transférabilité d'une étude est la possibilité de l'appliquer à des populations situées dans des contextes similaires (Laperrière, 1997). C'est en couvrant le plus de variations possible du phénomène à l'étude et en obtenant des informations détaillées au sujet de la population étudiée et du contexte que les possibilités d'obtenir des résultats transférables augmentent (Lincoln et Guba, 1985). La description détaillée de la mise à l'essai de l'intervention éducative et de son contexte, a contribué à la transférabilité de l'étude. Elle a, entre autres, permis de cerner les comportements et les attitudes de l'animatrice, des participantes et des groupes pouvant être transférables à d'autres situations. Comme le souligne Laperrière (1997) : « Si le processus social fondamental a été correctement ciblé [...], les variations observées n'entraîneront que raffinement de sa définition » (p.382). Par exemple, certaines stratégies utilisées par les participantes pour enrichir les échanges lors des ateliers de groupe pourraient être différentes de celles décrites dans la présente étude dans des groupes présentant des caractéristiques similaires et leur ajout ne ferait qu'enrichir les résultats.

**Fiabilité et confirmabilité.** La fiabilité et la confirmabilité sont, selon Lincoln et Guba (1985), la possibilité, pour d'autres chercheurs, de retracer les changements décrits et interprétés. La description et l'analyse approfondie des processus sociaux fondamentaux d'une situation et de leur évolution, la révision et l'évaluation, par d'autres chercheurs, de la démarche de recherche, plus particulièrement de l'analyse

des changements observés et des réorientations théoriques survenant au cours du processus sont les mesures qui permettent d'assurer la fiabilité et la confirmabilité (Lincoln et Guba, 1985; Laperrière, 1997). Dans la présente étude, l'immersion de l'investigatrice dans le contexte, la triangulation des données et la description en profondeur du processus et des résultats de l'intervention éducative ont permis d'explorer les multiples facettes de la situation et d'en faire une interprétation précise, tenant compte de son évolution. La durée prolongée de l'intervention éducative, permettant d'identifier les changements dans le temps et selon les groupes, et de comprendre les conditions les provoquant, a également contribué à la fiabilité de l'étude. Par exemple, les variations dans le rôle de l'animatrice, entre la première journée de formation et les subséquentes, ont pu être observées et faire l'objet d'une description en profondeur de la mise à l'essai de l'intervention éducative.

À l'instar de Laperrière (1997), d'autres mesures ont été ajoutées, soit les enregistrements audionumériques des ateliers de groupe et des entrevues individuelles; un codage des travaux réflexifs par deux personnes, ainsi que la vérification des stratégies de recherche par un évaluateur externe, en l'occurrence la directrice de thèse de l'investigatrice. Celle-ci a pu suivre de près le déroulement de l'intervention et valider les interprétations de l'investigatrice dans les notes de terrain et l'analyse.

### **Limites de l'étude**

Malgré le souci accordé à la rigueur de l'étude, certaines limites de celle-ci méritent d'être signalées. Ces limites concernent la qualité des données, la taille de l'échantillon ainsi que la faisabilité et la durée de l'étude.

Le processus de sélection des participantes, le type d'instruments de collecte de données et la désirabilité sociale peuvent avoir influencé la qualité des données et, conséquemment, la crédibilité de l'étude. Des infirmières volontaires pour participer à l'étude ont, possiblement, permis d'augmenter la richesse des données collectées. Par ailleurs, les difficultés des participantes avec le mode de communication écrit peuvent avoir diminué la profondeur du contenu des travaux réflexifs et des questionnaires. À

cet égard, la modification de la fréquence de passation du questionnaire et la diminution du nombre de questions, voire une reformulation de celles-ci, seront à explorer dans des études ultérieures. Enfin, le désir des participantes de présenter une image positive d'elles-mêmes a peut-être influencé leurs propos et leurs écrits.

Bien que l'échantillon ait permis de mettre à l'essai l'intervention et d'obtenir des données riches et abondantes pour l'ensemble des participantes, une augmentation de sa taille et de ses variations aurait augmenté les possibilités de transfert de l'intervention. Ces mesures auraient permis d'avoir davantage de résultats pour différents groupes de participantes, notamment celles ayant une formation collégiale ou universitaire ou encore plus ou moins d'expérience.

Étant donné le contexte économique actuel, la faisabilité de l'étude est aussi une limite à prendre en compte dans cette étude. Plus précisément, les gestionnaires dans les milieux de soins peuvent considérer que les coûts associés à la rémunération de quatre journées de formation offertes à des groupes de cinq infirmières sont trop élevés. À ces gestionnaires, il serait approprié de faire valoir l'importance de considérer non seulement les coûts, mais aussi la complexité de la tâche à enseigner, de même que les connaissances et les expériences des infirmières sur le sujet traité lorsqu'ils ont à choisir une approche éducative. Par ailleurs, le choix d'une approche basée sur la pédagogie narrative serait facilité par la disponibilité d'études empiriques expérimentales dans lesquelles les effets d'une telle approche sur les personnes et leurs familles seraient mesurés, fournissant ainsi des résultats sur la qualité des soins. La nouvelle norme de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) concernant la formation continue des infirmières (OIIQ, 2012), obligeant ces professionnelles à suivre un nombre d'heures de formation précis chaque année, pourrait inciter les gestionnaires à repenser la formation continue. Aussi, un allègement de l'intervention proposée pourrait influencer le processus décisionnel des gestionnaires. À cet égard, les résultats de l'étude permettent de souligner qu'il serait possible d'offrir deux journées complètes de formation et de compléter celles-ci par des activités plus courtes dans lesquelles les participantes partageraient verbalement des expériences vécues

récemment et feraient des liens avec la théorie. Ces activités pourraient se dérouler pendant quelques mois, à intervalles réguliers.

Quant à la durée de l'étude, elle a permis à l'investigatrice de comprendre et d'évaluer le processus de l'intervention pédagogique et les résultats sur les participantes. Cependant, elle n'a pas permis d'évaluer le maintien des savoirs des participantes dans le temps. La description de la mise à l'essai de l'intervention est discutée dans la section qui suit.

### **Description de la mise à l'essai de l'intervention éducative**

#### **Déroulement de l'intervention éducative**

Les différentes stratégies de l'animatrice et des participantes pour enrichir les échanges, ainsi que le contenu théorique et empirique évoluant avec les participantes et les groupes allant au-delà du contenu initial prévu, sont des résultats ressortant de l'étude. Ces résultats sont cohérents avec les écrits empiriques sur la pédagogie narrative. D'une part, ils renforcent les propos d'Ironside (2001) décrivant la pédagogie narrative comme un moyen de transcender l'isolement et la compétition et d'encourager le dialogue réflexif entre l'enseignante et les étudiantes. D'autre part, ils confirment les résultats des études empiriques de cette même auteure, ainsi que ceux de Scheckel et Ironside (2006), soulignant qu'en s'inspirant de la pédagogie narrative, on ouvre la porte à de multiples interprétations d'une situation et à des connaissances variées.

La flexibilité requise pour animer les ateliers de groupe est un élément-clé qui ressort de l'étude et qui s'accorde également avec les résultats de l'étude d'Ironside (2004) dans laquelle elle souligne que l'utilisation de la pédagogie narrative encourage les cliniciennes et les enseignantes à continuellement réfléchir sur leur pratique de l'enseignement pour l'améliorer. Forbes et Hickey (2009), dans une revue des écrits sur les innovations pédagogiques en sciences infirmières, font aussi ressortir l'importance, pour les enseignantes, de se concentrer et de réfléchir sur leur approche de l'enseignement, plutôt que sur le contenu à transmettre, et d'explorer des approches

encourageant la réflexion et l'engagement des étudiantes dans leurs apprentissages. Cependant, cette flexibilité peut représenter un défi pour certaines enseignantes et cliniciennes en sciences infirmières qui, traditionnellement, préparent le contenu des formations qu'elles offrent, transmettent ce contenu de façon conventionnelle et ont peu l'habitude de réfléchir sur leur pratique de l'enseignement. Pour ces formatrices, l'enseignement apparaît principalement comme un moyen de s'assurer de l'acquisition de connaissances techniques et du respect de protocoles par les étudiantes et les infirmières. Une telle vision de l'enseignement est préoccupante. Comme le soulignent Benner et al. (2010), on ne peut apprendre le soin infirmier par imitation, mais plutôt par la créativité, la réflexion critique, le questionnement et l'innovation.

### **Contexte organisationnel entourant la survenue de l'ÉCA**

Le manque de soutien organisationnel lorsqu'une personne âgée présente un ÉCA caractérise le contexte. La perception du peu d'appui des gestionnaires, de l'équipe de soins et des autres professionnels lorsque l'ÉCA survient est mise en évidence. Ce constat fait ressortir l'importance de la collaboration entre les différents acteurs évoluant autour d'une personne en ÉCA dans le but d'améliorer les soins offerts. Il s'ajoute aux résultats découlant d'études empiriques existantes indiquant que le stress, la rapidité des soins et le manque de ressources (McCarthy, 2003b; Yevchak, 2012), ainsi que l'âgisme (Neville, 2008), la banalisation de l'ÉCA (Kjorven, Rush & Hole., 2011) et la priorisation de la sécurité, au détriment de la dignité et la compassion (Schofield et al., 2011), influencent la qualité des soins offerts aux personnes en ÉCA.

En fait, parce que l'ÉCA survient soudainement et peut avoir de sérieuses conséquences pour la personne atteinte et sa famille, il exige, à l'instar de Kjorven et al. (2011), une intervention semblable à celle que l'on observe, par exemple, lors d'une détresse respiratoire ou d'une douleur thoracique. Dans de telles situations, tous les intervenants travaillent ensemble pour aider rapidement la personne en situation critique.

## **Ajustements apportés à l'intervention éducative**

Au cours de sa mise à l'essai, à l'aide des suggestions des participantes et des interprétations de l'investigatrice, plusieurs ajustements ont été apportés à l'intervention éducative pour augmenter le type et la profondeur des contenus théoriques et empiriques partagés et améliorer l'environnement d'apprentissage. Cette démarche trouve un appui dans les propos d'Ironside (2001), lorsqu'elle précise que « parce que la pédagogie narrative s'exprime à travers la réflexion, l'interprétation et le dialogue entre l'enseignant et les étudiants, elle est spécifique au contexte dans lequel elle se déroule » [traduction libre] (p.81). Or, ce constat met en évidence que l'intervention pourrait nécessiter de nouveaux ajustements si elle était utilisée dans un autre contexte, avec des participantes et des groupes ayant des caractéristiques différentes. Ainsi, les ajustements à l'intervention ne sont pas une fin en soi, mais plutôt un processus étroitement lié à l'approche éducative utilisée. Les principaux résultats de l'évaluation du processus de l'intervention éducative sont maintenant discutés.

## **Évaluation du processus de l'intervention éducative**

### **Conditions facilitant le déroulement de l'intervention éducative**

Les attitudes des participantes, notamment l'écoute, l'ouverture et le respect, et l'utilisation de situations de soins réelles, sont des conditions qui, selon les participantes, ont facilité le déroulement de l'intervention éducative. Ces résultats sont cohérents avec les pratiques découlant des travaux de Diekelmann (2001). Plus précisément, ils confirment l'utilité des règles établies au début de la formation quant aux attitudes et aux comportements des participantes et des expériences vécues comme matériel de base lors des échanges.

La diversité des expériences est un autre thème s'ajoutant au portrait des conditions facilitant le déroulement de l'intervention. Pour les participantes, il s'est avéré intéressant qu'il y ait, dans les groupes, des infirmières ayant des niveaux de formation, des années d'expérience et des quarts de travail différents afin de stimuler

et d'approfondir les échanges. Ce résultat s'ajoute à ceux ressortant des études phénoménologiques interprétatives de Diekelmann (2001) portant sur l'expérience d'apprentissage et d'enseignement des enseignantes, des étudiantes et des cliniciennes, dans lesquelles les caractéristiques des participantes ont été peu documentées. Ce résultat fournit des indications quant à la composition des groupes d'infirmières participant à une formation basée sur la pédagogie narrative.

### **Conditions contraignant le déroulement de l'intervention éducative**

En ce qui concerne les conditions contraignant l'intervention éducative, quelques participantes ont indiqué avoir des difficultés avec l'expression écrite. Quelques-unes ont dit préférer le mode verbal de communication. Dans les faits, c'est à travers ce mode d'expression, utilisé lors des ateliers de groupes et des entrevues finales, que le contenu des propos des participantes était le plus abondant et riche.

À ce sujet, Flaming (2003) discute de la culture orale et littéraire des infirmières et fournit une interprétation intéressante de celle-ci pour les enseignantes en sciences infirmières. Pour cet auteur, les documents écrits permettent la réflexion et la critique, mais sont décontextualisés et fixes puisqu'ils ne permettent pas de voir les expressions faciales et les mouvements corporels de l'auteur, et de vérifier la signification que celui-ci donne à ses propos. Selon Flaming (2003), les documents écrits ne sont pas nécessairement les meilleurs moyens de transmission des connaissances expérientielles. Il reconnaît que les enseignantes doivent utiliser des documents écrits, mais il leur suggère de ne pas les glorifier. À son avis, les histoires racontées procurent des connaissances spécifiques et nuancées favorisant l'excellence en soins infirmiers (*phronetic nursing*).

Les propos de Flaming (2003) soutiennent les écrits de Diekelmann (2001) et encouragent l'utilisation, dans l'intervention éducative, d'activités d'enseignement-apprentissage mixtes, au cours desquelles les participantes mettent par écrit des situations de soins, qu'elles partagent et interprètent ensuite verbalement. Boykin et Schoenhoffer (2001) et Benner et al. (2010), recommandant aux enseignantes en



sciences infirmières de se servir de situations de soins pour cerner toute la complexité du soin, vont dans le même sens.

### **Utilité de l'intervention éducative pour la pratique**

L'accès à de nouveaux outils d'évaluation est l'aspect qui illustre ce qui, selon les participantes, a été le plus utile pour leur pratique auprès des personnes en ÉCA. L'échelle de confusion NEECHAM (Champagne, Neelon, McConnell, & Funk, 1987; Neelon, Champagne, Carlson, & Funk, 1996) et la *Confusion Assessment Method* (Laplante et al., 2005) sont les outils qui ont été présentés aux participantes au cours de la première journée de formation. L'échelle de confusion NEECHAM est l'outil dont les participantes se sont principalement servies dans les situations de soins qu'elles ont partagées à partir de la deuxième journée de formation. Elles ont indiqué que cette échelle était facile et rapide à utiliser. Leurs propos confirment les résultats de l'étude de Gemert van & Schuurmans (2007) ayant, entre autres, exploré l'applicabilité de cette échelle de confusion dans le travail quotidien de l'infirmière. Ainsi, l'intervention a favorisé l'appropriation et l'intégration, dans la pratique, d'instruments d'évaluation de la personne en ÉCA. La présente étude diffère de celles de Devlin et al. (2008), Pun et al. (2005) et Soja et al. (2008) dans lesquelles les auteurs ont évalué les résultats, sur les personnes hospitalisées, d'une formation offerte aux infirmières portant sur un instrument de dépistage du délirium, notamment la CAM, sans se soucier de l'intégration d'un tel instrument dans la pratique quotidienne de ces professionnelles. Les principaux résultats concernant l'évaluation qualitative des résultats de l'intervention sont maintenant discutés.

### **Évaluation des résultats de l'intervention éducative**

#### **Savoirs exprimés par les participantes**

**Savoirs empiriques.** Au cours de l'intervention éducative, les participantes ont exprimé différents savoirs empiriques qu'elles avaient intégrés dans leur pratique. Ces savoirs concernaient, plus précisément, l'évaluation de la personne soignée en fonction

des causes possibles de l'ÉCA, l'évitement de la confrontation et des mesures de contrôle physiques avec les personnes atteintes et la continuité des soins.

Ce résultat met en évidence que l'exposition à des connaissances scientifiques, le partage de diverses situations de soins réelles, ainsi que le questionnement et l'interprétation de ces situations stimulent l'intégration des connaissances dans la pratique. Cette approche éducative est pertinente dans un contexte où les connaissances scientifiques augmentent continuellement et ne peuvent toutes être mémorisées (Ironsides, 2005). À cet égard, il est judicieux de fournir aux infirmières des informations théoriques et empiriques qu'elles peuvent consulter au besoin et de les encourager à réfléchir sur leur façon d'intégrer ces connaissances dans leur pratique. Benner et al (2010) appuient cette approche éducative lorsqu'elles soulignent que les enseignantes doivent explorer des stratégies encourageant les étudiantes en sciences infirmières, ou les infirmières, à se questionner sur les façons d'intégrer les connaissances théoriques et empiriques dans des situations de soins en constante évolution. Cette façon de faire est également cohérente avec les écrits de DiCenso et al. (2005) concernant la pratique basée sur les résultats probants qui indiquent que l'expertise clinique passe par la considération des résultats probants, mais aussi des préférences et des actions des personnes soignées, de leur état clinique, des lieux, des circonstances et des ressources disponibles.

**Savoirs éthiques.** En se questionnant sur l'utilisation des mesures de contrôle physiques dans leur pratique, les participantes ont exprimé un savoir éthique au cours de l'intervention. Ce résultat s'ajoute aux propos de plusieurs auteures suggérant d'utiliser des présentations théoriques et des situations de soins spécifiques pour développer les savoirs éthiques des infirmières (Chinn & Kramer, 2008; Keatings & Smith, 2010; Saint-Arnaud, 2009).

Par ailleurs, la différence entre l'approche éducative expérimentée par Lin et al. (2010) et celle utilisée dans la présente étude fait réfléchir quant aux stratégies à privilégier dans une formation visant, entre autres, le développement des savoirs éthiques des infirmières. Dans l'étude de Lin et al. (2010), les situations de soins

étaient fictives et les participantes ont développé des habiletés pour résoudre des dilemmes éthiques, alors que dans la présente étude, les situations étaient réelles et les résultats indiquent que les participantes ont appris différentes façons d'intégrer un savoir éthique dans la pratique.

À l'instar d'Ironside (2001), ces deux approches éducatives mettent en évidence des visions différentes de l'apprentissage. Dans la première approche, plus conventionnelle, les chercheuses considéraient l'apprentissage comme rationnel, ordonné et séquentiel et visaient l'acquisition d'habiletés éthiques déterminées, alors que dans la présente étude, une approche éducative phénoménologique a été utilisée. Dans celle-ci, pour avoir accès aux multiples dimensions d'un soin éthique, c'est la compréhension de l'expérience vécue qui était recherchée, et ce, en étant attentive au dialogue réflexif et ouvert aux diverses possibilités de soins qui surgissaient.

**Savoirs esthétiques.** Des savoirs esthétiques, permettant de transformer l'expérience vécue par la personne soignée, ont été exprimés par les participantes au cours de l'étude. Plus précisément, celles-ci ont compris l'importance d'écouter et d'être sensibles aux besoins spécifiques de la personne soignée, mais aussi d'informer, de rassurer et d'impliquer la famille de cette personne dans les soins. De plus, elles ont intégré ces savoirs dans leur pratique, et ce, de différentes façons.

L'écoute et la sensibilité aux besoins spécifiques de la personne soignée est un résultat cohérent avec ceux découlant de l'approche éducative utilisée par Michael et Candela (2006), ainsi qu'avec les propos de Leight (2001), suggérant l'exploration de l'expérience vécue par la personne soignée pour voir cette personne au-delà de sa maladie, pour s'ouvrir à diverses possibilités pour le futur et pour ajuster les interventions afin de transformer cette expérience. Ce savoir implique que l'infirmière soit capable de s'ajuster aux événements et de reconnaître ce qui est prioritaire pour la personne soignée.

Dans les échanges sur les expériences de soins partagées au cours de l'intervention éducative, la présence de la famille a été vue par les participantes

comme une façon particulièrement utile pour transformer l'expérience que vivait la personne en ÉCA. Cette façon de voir le rôle de la famille est un début de réponse aux propos de Rudolph et al. (2011), qui soulignent que les stratégies à éviter auprès des personnes en délirium seraient celles ayant des effets néfastes pour ces personnes, alors que celles à promouvoir sont liées à l'individualisation des soins. Ce savoir esthétique, qui ressort peu des écrits sur l'ÉCA ou le délirium, met en évidence les bénéfices de l'intervention quant à l'identification d'autres possibilités de soins.

**Savoirs personnels.** Quelques participantes ont exprimé un savoir personnel en maintenant la relation avec la personne en ÉCA malgré ses comportements déviants. Ce résultat est cohérent avec les études qualitatives concernant l'expérience vécue par les infirmières soignant une personne en ÉCA dans lesquelles on apprend que les infirmières ont transcendé leur inconfort devant les personnes soignées et ont tenté de les aider avec des moyens diversifiés (Bélangier et Ducharme, 2011).

Il est intéressant que des participantes aient décrit comment elles faisaient face aux comportements déviants des personnes soignées dans le cadre de l'intervention éducative, considérant qu'aucune étude ayant mis en évidence un tel savoir n'a été retracée dans les écrits empiriques. Par ailleurs, le petit nombre de participantes ayant exprimé des savoirs personnels s'explique par le fait que celui-ci exige une réflexion approfondie sur soi et une capacité de s'exprimer à ce sujet. À l'origine, Carper (1978) indiquait que ce type de savoir était le plus difficile à maîtriser et à enseigner. Pour encourager l'expression de tels savoirs, d'autres stratégies pourraient être considérées. À cet égard, Chinn et Kramer (2008), en plus de la narration d'expériences vécues, proposent différents types de pratiques réflexives, voire méditatives. Ainsi, à l'instar de ces auteurs, il serait utile, pour encourager les participantes à approfondir leurs expériences personnelles, d'explorer des moyens stimulant une réflexion sur elles-mêmes et sur leur relation avec les personnes soignées. Une question visant à explorer la signification de l'expérience vécue par la participante, ainsi qu'une image ou une photo illustrant cette expérience, seraient des moyens qui pourraient aider les participantes à s'exprimer sur la signification que revêt l'expérience pour elles.

**Savoirs émancipatoires.** Quelques participantes ont également exprimé des savoirs émancipatoires quand elles ont souligné, entre autres, qu'elles observaient une banalisation de l'ÉCA et constataient un manque de temps et de ressources. Certaines participantes ont pris conscience de cette réalité et ont agi pour la transformer, par exemple, en posant plus de questions ou en recherchant d'autres ressources pour aider la personne en ÉCA. À l'instar de Chinn et Kramer (2008), l'environnement d'apprentissage mis en place, dans lequel les participantes se sentaient en sécurité pour s'exprimer, a favorisé l'émergence de tels savoirs. Toutefois, le fait que seulement quelques participantes ont exprimé des savoirs émancipatoires est préoccupant étant donné que ces savoirs sont essentiels, entre autres, pour la transformation de contextes sociaux et politiques incompatibles avec des soins justes et équitables (Chinn et Kramer, 2008). À ce sujet, quelques explications surgissent des écrits théoriques en sciences infirmières. En fait, l'expression des savoirs émancipatoires limitée à quelques participantes peut s'expliquer par les difficultés qu'éprouvent les infirmières à décrire ce qu'elles savent et ce qu'elles font et à contribuer aux débats interdisciplinaires concernant les soins à offrir aux personnes qu'elles soignent (Schultz et Meleis, 2012; White, 1995, 2012). Ces constats inspirent l'ajout, dans l'intervention, de moyens favorisant l'expression de ces savoirs. Par exemple, lors du travail réflexif et des ateliers de groupe, il serait intéressant de demander aux participantes de préciser ce qu'elles ont fait ou dit pour transformer une situation qu'elles considéraient comme injuste ou inéquitable pour la personne soignée. Aussi, l'ajout dans les groupes de participantes provenant d'autres disciplines serait un moyen permettant à l'infirmière d'être plus visible et de prendre part à des débats interdisciplinaires concernant les situations de soins partagées.

### **Perceptions des résultats des soins offerts**

Les perceptions des participantes quant aux résultats des soins qu'elles ont offerts aux personnes âgées en ÉCA au cours de l'intervention concernent le bien-être physique et psychologique des personnes soignées, les inquiétudes de leurs familles et

leur collaboration aux soins. Ces résultats diffèrent de ceux que l'on retrouve dans les écrits empiriques existants sur l'ÉCA.

Tel que mentionné, il y a peu de chercheuses qui ont expérimenté une intervention éducative auprès des infirmières soignant des personnes en ÉCA (Bogardus et al., 2003; Devlin et al., 2008; Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Milisen et al., 2001; Pun et al., 2005; Soja et al., 2008; Tabet et al., 2005; Wanich et al., 1992). Dans ces études, les résultats de l'intervention ont été mesurés directement auprès des personnes soignées et concernent la reconnaissance du délirium, l'incidence et l'intensité de ce syndrome, la durée du séjour hospitalier, l'état fonctionnel et cognitif et la mortalité.

Le bien-être physique et psychologique des personnes en ÉCA est une variable qui ressort peu des études répertoriées. À notre connaissance, seuls Black et Parahoo (2011) ont mesuré cette variable dans leur étude visant à expérimenter une intervention auprès des familles de personnes hospitalisées aux soins intensifs au cours de laquelle les infirmières les encourageaient à offrir du soutien psychologique à leurs proches. L'intervention comprenait des informations écrites et verbales, basées sur des résultats probants, concernant le délirium et les moyens permettant de soutenir psychologiquement la personne atteinte de ce syndrome, ainsi qu'une maximisation de la présence des familles auprès de leurs proches hospitalisés. Les résultats de cette étude font ressortir que l'intervention n'a pas permis de diminuer l'incidence du délirium mais a eu un effet positif sur le bien-être physique et psychologique des personnes dans les semaines suivant leur hospitalisation en soins critiques.

Les résultats obtenus quant aux soins perçus font également ressortir l'importance de rassurer, d'informer et d'impliquer les familles dans les soins pour diminuer leurs inquiétudes et pour augmenter leur collaboration aux soins. Par ailleurs, peu de chercheuses ont expérimenté des interventions visant de tels objectifs. À notre connaissance, la seule étude empirique identifiée est celle de Gagnon et al. (2002). Dans cette étude, les chercheurs ont développé une intervention psychoéducative pour les aidants de personnes soignées pour un cancer à un stade avancé et à risque de

délirium. Les résultats soulignent que les aidants trouvaient important d'être informés sur le délirium et sur la possibilité qu'il survienne en soins palliatifs et ont augmenté leur confiance dans leur capacité à prendre leurs propres décisions.

Les résultats de la présente étude mettent en évidence la pertinence de l'intervention éducative pour améliorer les soins offerts aux personnes en ÉCA et à leurs familles et donnent aussi des pistes quant aux indicateurs qui pourraient être utilisés lors d'études ultérieures visant à explorer les effets d'une intervention similaire. Les contributions de l'étude au développement des connaissances en sciences infirmières sont discutées dans les prochaines sections.

### **Contributions au développement des connaissances en sciences infirmières**

Cette étude contribue au développement des connaissances en sciences infirmières de multiples façons. L'intervention éducative, conçue à l'aide d'une revue d'écrits concernant la pédagogie narrative de Diekelmann (2001) et les savoirs infirmiers décrits par Chinn et Kramer (2008), mise à l'essai auprès d'infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA et ayant fait l'objet d'une évaluation qualitative, est particulièrement originale, pertinente et utile pour la formation continue en sciences infirmières.

Plus précisément, une des contributions de cette étude concerne la conception d'une intervention basée sur des perspectives en sciences infirmières découlant de la recherche, perspectives qui constituent des bases importantes de la discipline infirmière. L'intervention a, entre autres, permis aux participantes de prendre conscience de leurs multiples savoirs, souvent méconnus et invisibles. Elle a aussi mis en évidence, à travers les situations de soins partagées, l'unicité des personnes soignées et des interventions pouvant les soulager, créant ainsi une ouverture sur diverses possibilités de soins et encourageant les participantes à individualiser leurs interventions.

L'étude a également permis la construction d'une intervention flexible et dynamique, tenant compte du contexte et pouvant être raffinée en fonction des participantes et des situations de soins partagées. Ce type d'intervention est particulièrement pertinent dans le contexte actuel des soins de santé où la population vieillit, les besoins en matière de santé sont de plus en plus complexes et l'évolution technologique est exponentielle.

La proposition d'une approche éducative novatrice pour la formation continue des infirmières, approche applicable, perçue utile pour la pratique et favorisant des liens étroits entre la théorie et la pratique, constitue aussi une contribution importante de la présente étude au développement des connaissances en sciences infirmières. Cette approche peut être une source d'inspiration pour les cliniciennes et les enseignantes dans les milieux de soins et d'enseignement recherchant des stratégies éducatives permettant de s'ajuster à l'augmentation continue des connaissances empiriques et à la complexité grandissante des soins.

Même si les résultats de l'intervention mise à l'essai dans cette étude n'ont pas été évalués systématiquement sur les patients et leurs familles, les perceptions des infirmières sur les résultats des soins qu'elles ont offerts soulignent le caractère prometteur de cette intervention pour l'amélioration des soins aux personnes âgées en ÉCA. Ces résultats offrent des pistes à considérer pour la pratique auprès de cette clientèle cible et à explorer dans des études ultérieures.

Enfin, l'intervention issue de l'étude apparaît transférable à d'autres contextes de formation continue et auprès d'autres populations d'infirmières confrontées à des situations de soins complexes, notamment en gériatrie, en oncologie et en soins palliatifs, compte tenu du vieillissement de la population et de la prévalence accrue des maladies chroniques qui l'accompagnent et qui complexifient les soins.

En résumé, parce que l'étude est basée sur des perspectives en sciences infirmières découlant de la recherche dans cette discipline, a la flexibilité requise pour s'ajuster à l'évolution des connaissances et à la complexité des soins, donne accès à



diverses possibilités de soins permettant de répondre aux besoins spécifiques des personnes soignées, offre des pistes prometteuses pour l'amélioration des soins offerts aux personnes âgées en ÉCA et à leurs familles et est transférable à des populations d'infirmières soignant des personnes ayant des besoins complexes, elle contribue au développement des connaissances en sciences infirmières. Malgré les multiples contributions de l'étude qui viennent d'être soulignées, l'intervention éducative inspirée de la pédagogie narrative mise à l'essai et évaluée dans cette étude présente des limites. À cet égard, une réflexion critique concernant cette intervention, plus précisément la pédagogie narrative qui l'inspire, est maintenant présentée.

### **Réflexion critique sur la pédagogie narrative**

Tel que mentionné, la pédagogie narrative présente certaines limites reliées au manque de précisions sur les façons de l'utiliser et au peu de diversité des études empiriques dont elle a fait l'objet. En plus de ces limites, les cliniciennes voulant utiliser cette approche éducative peuvent être confrontées à certains défis liés à son caractère novateur et à son utilisation moins indiquée dans certaines circonstances.

Plus précisément, la redéfinition des rôles de l'animatrice et des participantes au cours d'une intervention basée sur la pédagogie narrative exige du temps pour s'adapter et apprendre. Par exemple, dans une telle intervention, l'animatrice ne peut contrôler tout le processus et le contenu des échanges. Elle doit être capable de s'ajuster aux besoins des participantes et démontrer des habiletés d'animation de groupe. Les participantes, quant à elles, doivent participer activement aux activités prévues, collaborer avec les autres participantes et réfléchir sur leur pratique clinique. À l'instar de Scheckel (2005), les infirmières qui participent à ce type de formation doivent, entre autres, cultiver une pensée analytique, réflexive, globale, pluraliste, contextualisée et commune.

De plus, les cliniciennes voulant utiliser la pédagogie narrative doivent être conscientes que cette approche n'est pas indiquée pour des apprentissages simples. En fait, le choix d'une approche éducative dépend de la complexité de la tâche à enseigner

et des connaissances de l'apprenant (Ertmer et Newby, 1993). Par exemple, la transmission d'un savoir préétabli, décortiqué en étapes et visant un changement de comportement précis, est plus indiquée lorsqu'on doit enseigner une tâche simple à des infirmières n'ayant aucune connaissance sur celle-ci (Vienneau, 2005). Par ailleurs, pour l'apprentissage d'une nouvelle procédure, la construction de nouvelles connaissances qui nécessite le rappel de connaissances antérieures à l'aide, entre autres, de la résolution de problèmes (Vienneau, 2005), serait plus utile pour les infirmières ayant certaines connaissances sur le sujet et ont de l'expérience clinique. Enfin, pour des tâches plus complexes, provoquant des conflits cognitifs et demandant une plus grande capacité d'adaptation, l'apprentissage coopératif (Gamble, 2002) ou expérientiel, comme proposé par Diekelmann (2001) et Kolb (1984) serait un meilleur choix. Pour trouver l'approche éducative la plus appropriée, les cliniciennes peuvent se poser certaines questions : Qui est la clientèle cible ? Quels sont les besoins de cette clientèle ? Quelles sont les connaissances des infirmières à ce sujet ? Quels sont les savoirs nécessaires à l'amélioration des soins infirmiers offerts ?

En somme, bien que la pédagogie narrative semble être bénéfique pour l'intégration de la théorie dans la pratique clinique et l'amélioration des soins offerts à des personnes ayant des besoins complexes, telles les personnes âgées en ÉCA, elle présente certaines limites reliées principalement au peu de résultats probants disponibles, aux défis que son utilisation représente pour les cliniciennes et les infirmières et au fait qu'elle n'est pas utile pour tous les types d'apprentissage. Les considérations théoriques et méthodologiques examinées, ainsi que les principaux résultats de l'étude, leurs contributions au développement des connaissances en sciences infirmières et la réflexion critique concernant la pédagogie narrative ont des implications pour la pratique clinique des infirmières qui sont maintenant abordées.

### **Implications pour la pratique clinique**

Les milieux de soins de courte durée font face au vieillissement de leur clientèle qui est plus à risque de présenter un ÉCA. Ce syndrome exige des savoirs multiples de la part des infirmières devant s'ajuster à l'évolution des clientèles qu'elles

soignent. Les résultats de l'étude ont mis, entre autres, en évidence les différents savoirs que les participantes utilisent pour soigner les personnes âgées en ÉCA et leurs perceptions des résultats des soins offerts. Par exemple, en considérant l'évaluation de la personne en ÉCA comme une démarche visant à identifier la ou les cause(s) de ce syndrome, les participantes ont pu, dans certains cas, les éliminer, et ainsi obtenir des résultats de soins conséquents sur les personnes soignées (p.ex. soulagement de la douleur, diminution de l'agitation). En explorant les différentes possibilités de soins et en maintenant la relation avec les personnes en ÉCA malgré ses comportements déviants, elles ont évité l'utilisation de mesures de contrôle physiques. Elles ont également compris que l'implication de la famille de la personne en ÉCA était un moyen utile pour assurer le bien-être de la personne soignée. Enfin, la prise de conscience par les participantes de la banalisation de l'ÉCA, par les membres de l'équipe de soins et les autres professionnels, et de leurs responsabilités professionnelles en regard des personnes âgées soignées sont également des savoirs ayant été exprimés.

À la lumière de ces résultats, il s'avère primordial que, suite à une formation basée sur la pédagogie narrative, les infirmières continuent à se questionner sur leur pratique, à rechercher des moyens pour l'améliorer et à agir pour la transformer. C'est principalement en s'intéressant à l'expérience vécue par les personnes âgées en ÉCA qu'elles soignent, en recherchant ce qui est prioritaire pour ces personnes et en explorant, en collaboration avec les proches de cette personne, l'équipe de soins, les autres professionnels et les gestionnaires, des moyens permettant de transformer l'expérience de ces personnes que les infirmières peuvent améliorer leur pratique et les soins qu'elles offrent. Ceci implique que ces professionnelles s'éloignent de l'application de protocoles standardisés et s'émancipent quant aux approches véhiculées dans les milieux de soins qui s'intéressent surtout aux symptômes physiques et aux traitements de la maladie. Étant donné les défis qui accompagnent cette façon novatrice d'entrevoir le soin, les infirmières voulant s'engager dans une telle pratique, doivent être encouragées et soutenues par les gestionnaires dans le milieu de soins. L'absence de ce soutien risque de décourager ces infirmières, voire de

les épuiser professionnellement, sans compter les effets néfastes sur les personnes soignées et leurs familles. Ainsi, l'étude a également des implications pour la gestion, présentées ci-après.

### **Implications pour la gestion**

En plus de soutenir la formation continue (p.ex. gestion des horaires, réservation des locaux) offerte aux infirmières, les gestionnaires des unités de soins ont une responsabilité en regard de l'expression des savoirs de ces professionnelles. En fait, pour soutenir les infirmières soignant des personnes en ÉCA et voulant intégrer dans leur pratique autant leurs savoirs empiriques, éthiques, esthétiques que personnels et émancipatoires, les gestionnaires sont interpellées comme responsables de la qualité des soins offerts sur l'unité de soins et des ressources humaines qui les prodiguent.

À cet égard, il est souhaitable que les gestionnaires soient informées du contenu et du processus de l'intervention éducative offerte aux infirmières, voire qu'elles s'impliquent dans celle-ci. Ainsi, elles seront en mesure d'échanger avec les infirmières sur leurs apprentissages, d'encourager l'expression de leurs savoirs et de constater l'influence de cette formation sur la qualité des soins offerts.

Parce que l'expression des multiples savoirs des infirmières pourrait impliquer la remise en question de certaines pratiques de soins, des interventions de la gestionnaire auprès des membres de l'équipe de soins, des autres professionnels, voire des autres gestionnaires, pourraient être requises. Par exemple, des résultats de l'étude, on retient que la répartition des services privés, les changements de chambres, les relations interprofessionnelles et les obstacles organisationnels limitant l'implication des familles dans les soins sont des éléments sensibles qui pourraient requérir l'attention des gestionnaires.

En résumé, en soutenant la formation continue des infirmières, en encourageant l'expression de leurs multiples savoirs, en recherchant avec les infirmières des moyens permettant de transformer l'expérience des personnes en ÉCA et en agissant sur certains obstacles à une prestation de soins de qualité, les gestionnaires assument leurs

responsabilités cliniques et de gestion des ressources humaines. Pour soutenir les gestionnaires dans leurs fonctions, les responsables de la formation continue dans le milieu de soins ont également un rôle à jouer. Ainsi, les implications de l'étude pour la formation continue en sciences infirmières sont maintenant présentées.

### **Implications pour la formation continue**

Les résultats de l'étude encouragent les milieux de soins à s'inspirer de la pédagogie narrative pour la formation des infirmières soignant des personnes âgées hospitalisées présentant des signes d'ÉCA. Bien que cette intervention ait été mise à l'essai auprès d'infirmières travaillant en chirurgie, elle pourrait, avec quelques adaptations, être également utilisée auprès de celles travaillant sur d'autres unités de soins accueillant des personnes âgées ayant des besoins complexes, par exemple en gériatrie, en oncologie ou aux soins palliatifs.

Pour prendre un virage vers la pédagogie narrative, il est essentiel que les conseillères en soins infirmiers, assumant généralement la formation continue du personnel infirmier, remettent en question leur vision de l'enseignement et de l'apprentissage et s'ouvrent aux nouvelles possibilités qu'offre cette approche éducative novatrice. Il est aussi souhaitable que les personnes responsables du développement des programmes de formation continue soutiennent ce virage en entrant dans une démarche similaire.

Plus précisément, ce changement de vision de l'enseignement et de l'apprentissage des conseillères en soins infirmiers implique que celles-ci aillent au-delà de l'enseignement de protocoles et de techniques de soins standardisés, et s'intéressent aux expériences vécues, autant par les infirmières qu'elles forment que par les personnes soignées et leurs proches, et soient ouvertes aux diverses possibilités de soins qui surgissent de ces expériences. Pour entreprendre cette transformation, elles peuvent envisager différentes stratégies découlant de la présente étude telles : la recherche continue de témoignages, écrits ou verbaux, provenant des infirmières et des personnes âgées soignées et de leurs proches; la mise à jour continue des informations

théoriques et empiriques permettant de répondre aux préoccupations des infirmières, des personnes soignées ou de leurs proches ressortant des témoignages; et l'exploration de différentes façons de partager et interpréter les expériences des infirmières, des personnes soignées et de leurs proches (p.ex. atelier de groupe, club de lecture modifié, *coaching*).

Les responsables des programmes de formation continue des infirmières ont également un rôle à jouer pour soutenir cette transformation. À cet égard, il est souhaitable qu'en collaboration avec les conseillères en soins infirmiers, elles développent des programmes de formation s'inspirant de la pédagogie narrative, les diffusent et les mettent en œuvre. Différents moyens peuvent être explorés pour appuyer ce développement. En voici quelques-uns : l'identification de groupes de personnes âgées hospitalisées présentant des besoins complexes; le soutien des infirmières cliniciennes dans leur recherche de témoignages et d'informations théoriques et empiriques (p.ex. ordinateur, accès à des bases de données en santé, soutien d'une bibliothécaire); et, à l'instar de Diekelmann et Diekelmann (2009), l'organisation d'activités de partage, de questionnement et d'interprétation d'expériences vécues.

En somme, les résultats de l'étude suggèrent que les conseillères en soins infirmiers et les responsables des programmes de formation continue remettent en question l'utilité des stratégies de formation fragmentées, visant la standardisation des soins, et s'intéressent à des approches éducatives plus respectueuses de ce que vivent les personnes soignées et leurs proches, de même que les infirmières qui les soignent. Ainsi, il s'avère important qu'elles entrent dans une démarche de réflexion sur leur pratique de l'enseignement et se demandent si celle-ci permet d'améliorer les soins offerts. À cet égard, Benner et al. (2010) fournissent quelques pistes quand elles soulignent qu'une pratique de l'enseignement de qualité en sciences infirmières requiert une connaissance avancée de la pratique, une réflexion critique sur les situations cliniques, une capacité de changer et de s'interroger sur le changement et

l'engagement dans un processus d'apprentissage et de développement continu. Des implications pour la recherche sont maintenant présentées.

### **Implications pour la recherche**

La présente étude a permis de mettre à l'essai et d'évaluer qualitativement une intervention éducative auprès d'infirmières soignant des personnes âgées en ÉCA avec l'aide d'une étude de cas s'inspirant de Stake (2005, 1995). Une intervention éducative, applicable et favorisant l'expression et l'intégration dans la pratique des savoirs des infirmières soignant ces personnes, ressort de cette étude. Ce résultat ouvre la porte à d'autres avenues de recherche en sciences infirmières.

Pour permettre le raffinement de l'intervention éducative et augmenter la robustesse des résultats, de futures études auprès d'un plus grand nombre et d'une plus grande variété de participantes et réalisées à l'aide d'un devis mixte seraient appropriées. Un tel devis permettrait d'obtenir des données qualitatives et quantitatives permettant de documenter les effets de l'intervention sur les participantes, ainsi que sur les personnes soignées et leurs familles. Plus précisément, à la lumière des résultats de la présente étude, afin de documenter les effets de l'intervention éducative sur les infirmières, des indicateurs tels que le type d'intervention mis en œuvre (p.ex. réponses aux besoins significatifs, utilisation de mesures de contrôle) et la nature des échanges interprofessionnels et de la communication avec la famille des personnes soignées pourraient être retenus. Pour les personnes en ECA, des mesures de l'évolution de l'état cognitif et du bien-être physique et psychologique, de même que la durée du séjour hospitalier seraient à considérer. Enfin, en ce qui concerne les familles, leur engagement dans les soins ainsi que leur niveau d'anxiété et d'auto-efficacité pourraient être parmi les indicateurs permettant d'évaluer les effets de l'intervention éducative.

Compte tenu des résultats obtenus et des caractéristiques de ce type d'intervention éducative, il y a lieu de croire qu'elle serait transférable, après quelques ajustements, à d'autres clientèles, notamment les infirmières travaillant auprès de

personnes hospitalisées ayant des besoins complexes, notamment en gériatrie, en oncologie et aux soins palliatifs. Pour ce faire, d'autres études permettant de la mettre à l'essai et d'en évaluer la portée seraient requises.

Somme toute, les résultats de la présente étude inspirent la réalisation d'études ultérieures en sciences infirmières. Les études envisagées permettraient de raffiner l'intervention éducative et d'identifier ses effets sur les infirmières, sur les personnes en ÉCA et leurs familles, ainsi que d'explorer son applicabilité et son utilité pour des clientèles variées. Elles contribueraient au développement des connaissances en sciences infirmières pour la formation des infirmières soignant des personnes ayant des besoins complexes.



## Références

- Agar, M., Draper, B., Phillips, P., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., & Currow, D. (2012). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7), 887-896. doi: 10.1177/0269216311419884
- Andersson, E. M., Hallberg, I. R., & Edberg, A.-K. (2003). Nurses' experiences of the encounter with elderly patients in acute confusional state in orthopaedic care. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 437-448.
- Andersson, E. M., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Edberg, A.-K. (2002). The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(7), 652-663.
- Andersson, E. M., Knutsson, I. K., Hallberg, I. R., & Norberg, A. (1993). The experience of being confused: a case study. *Geriatric Nursing*, 14(5), 242-247.
- Andrews, C. A., Ironside, P. M., Nosek, C., Sims, S. L., Swenson, M. M., Yeomans, C., et al. (2001). Enacting narrative pedagogy. The lived experiences of students and teachers. *Nursing & Health Care Perspectives*, 22(5), 252-259.
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders*. Washington, DC: Auteur.
- Arcand, J., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Montréal: Edisem.
- Arend, E., & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 145-154.
- Arnold, E. (2005). Sorting out the 3 D's: delirium, dementia, depression: learn how to sift through overlapping signs and symptoms so you can help improve an older patient's quality of life. *Holistic Nursing Practice*, 19(3), 99-104; quiz 104-105.
- Anthony, S., & Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1171-1181.
- Balsamo, D., & Martin, I. S. (1995a). Developing the sociology of health in nurse education: towards a more critical curriculum -- part 1: andragogy and sociology in Project 2000. *Nurse Education Today*, 15(6), 427-432.
- Balsamo, D., & Martin, I. S. (1995b). Developing the sociology of health in nurse education: towards a more critical curriculum -- part 2: linking methodology and epistemology. *Nurse Education Today*, 15(6), 433-438.

- Banks-Wallace, J. (1998). Emancipatory potential of storytelling in a group. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 17-21.
- Barlow, A. (2004). Evaluation research: using comprehensive methods for improving healthcare practices. *The Royal College of Midwives for Evidence-based Midwifery*, 2(1), 4-7.
- Barriball, K. L., While, A. E., & Norman, I. J. (1992). Continuing professional education for qualified nurses: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1129-1140.
- Beckerman, A. (1994). A personal journal of caring through esthetic knowing. *Advances in Nursing Science*, 17(1), 71-79.
- Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent*. Document audiovisuel. Montréal : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L., Roch, G., & Ducharme, F. (2008). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë (ÉCA)*. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2011). Nurses and patients' experience of delirium: review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*. 16(6), 303-315.
- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2012). Toward the development of a nursing practice for older persons with acute confusional state (ACS). *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 13p. doi: 10.1515/1548-923X.2454
- Belzile, J. (2011). Les antipsychotiques atypiques : une surveillance clinique importante. *Perspective Infirmière*, 8(5), 51-54.
- Benner, P. (1994). *Interpretative phenomenology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99-101.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses. a call for a transformation*. San Francisco: Josey Bass.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New-York: Springer Publishing.

- Berry, L. E. (2011). Creating community: strengthening education and practice partnerships through communities of practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1-18. doi: 10.2202/1548-923X.2180
- Bevis, E. O., & Murray, J. P. (1990). The essence of the curriculum revolution: emancipatory teaching. *Journal of Nursing Education*, 29(7), 326-331.
- Black, P., P., & Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1091-1101. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x>
- Bogardus, S. T., Jr., Desai, M. M., Williams, C. S., Leo-Summers, L., Acampora, D., & Inouye, S. K. (2003). The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. *American Journal of Medicine*, 114(5), 383-390.
- Bordage, G. (2009). Conceptual frameworks to illuminate and magnify. *Medical Education*, 43(4), 312-319.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Brajtman, S., Higuchi, K., & McPherson, C. (2006). Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(4), 150-156.
- Bruce, A. J., Ritchie, C. W., Blizard, R., Lai, R., & Raven, P. (2007). The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 197-214.
- Bucht, G., Gustafson, Y., & Sandberg, O. (1999). Epidemiology of delirium. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 315-318.
- Burns, N., & Grove, K. S. (2005). *The Practice of Nursing Research: conduct, critique and utilization*. St-Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carper, B. A. (1975). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing* (Unpublished doctoral dissertation). Columbia University, New-York.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) (2006). *Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Auteur.

- Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice, 16*(1), 27-34.
- Champagne, M. T., Neelon, V. J., McConnell, E. S., & Funk, S. G. (1987). The Neecham confusion Scale: assessing acute confusion in the hospitalized and nursing home elderly. *Gerontologist, 27*, 4A.
- Chapman, E. (1997). Nurse education: a feminist approach. *Nurse Education Today, 17*(3), 209-214.
- Chinn, P. L. (1989). Nursing patterns of knowing and feminist thought. *Nursing & health Care, 10*(2), 71-75.
- Chinn, P. L. (2001). *Peace and power: building communities for the future* (5 ed.). New York: Jones and Bartlett.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated Knowledge Development in Nursing*. St-Louis, Missouri: Mosby.
- Cohen, M. Z., Pace, E. A., Kaur, G., & Bruera, E. (2009). Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. *Journal of Palliative Care, 25*(3), 164-171.
- Cole, M. G., McCusker, J., Bellavance, F., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., & Laplante, J. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal, 167*(7), 753-759.
- Cole, M. G., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., Masciarelli, F., Engelsmann, F.,...Ducic, D. (1994). Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal, 151*(7), 965-970.
- Cooper, J. L., Robinson, P., & Ball, D. (2003). *Small group instruction in higher education*. Stillwater: New Forums Press Inc.
- Cote-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (1999). Practical advice for planning and conducting focus groups. *Nursing Research, 48*(5), 280-283.
- Dahlberg, K., Ekebergh, M., & Ironside, P. M. (2003). Converging conversations from phenomenological pedagogies. Toward a science of health professions education. In N. L. Diekelmann (Ed.), *Teaching the practitioners of care* (pp. 22-58). Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(6), 41-47.
- Darbyshire, C., & Fleming, V. E. M. (2008). Mobilizing Foucault: history, subjectivity and autonomous learners in nurse education. *Nursing Inquiry, 15*(4), 263-269.
- Dasgupta, M., & Dumbrell, A. C. (2006). Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(10), 1578-1589.
- Day, J., Higgins, I., & Keatinge, D. (2011). Orientation strategies during delirium: are they helpful? *Journal of Clinical Nursing, 20*, 3285-3294. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03849.x
- de Witt, L., & Ploeg, J. (2006). Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 55*(2), 215-229.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal: McGraw-hill La Chenelière.
- Devlin, J. W., Marquis, F., Riker, R. R., Robbins, T., Garpestad, E., Fong, J. J.,...Skrobik, Y. (2008). Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care, 12*(1), 1-6.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence Based Nursing: a guide to clinical practice*. St-Louis: Mosby.
- Diekelmann, N. (2001). Narrative Pedagogy: heideggerian hermeneutical analyses of lived experiences of students, teachers, and clinicians. *Advances in Nursing Science, 23*(3), 53-71.
- Diekelmann, N., & Diekelmann, J. (2009). *Schooling Learning Teaching toward Narrative Pedagogy*. New-York, Bloomington: iUniverse, Inc.
- Dinc, L., & Gorgulu, R. S. (2002). Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics, 9*(3), 259-268.
- 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* (Unpublished doctoral dissertation). Université de Montréal. Montréal, Québec.

- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Duppils, G. S., & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 810-818.
- Eden, B. M., & Foreman, M. D. (1996). Problems associated with underrecognition of delirium in critical care: a case study. *Heart & lung, 25*(5), 388-400.
- Edlund, A., Lundstrom, M., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2001). Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(10), 1335-1340.
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr.,... Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal of the American Medical Association, 291*(14), 1753-1762.
- Ertmer, P. A., & Newby, T. J. (1993). Behaviorism, Cognitivism, Constructivism: comparing critical Features from an Instructional Design Perspective. *Performance Improvement Quarterly, 6*(4), 50-72.
- Evans, B. C., & Bendel, R. (2004). Cognitive and ethical maturity in baccalaureate nursing students: did a class using narrative pedagogy make a difference? *Nursing Education Perspectives, 25*(4), 188-195.
- Fagerberg, I., & Jonhagen, M. E. (2002). Temporary confusion: a fearful experience. *Journal of Psychiatric & Mental health Nursing, 9*(3), 339-346.
- Falk-Rafael, A.-R., Chinn, P. L., Anderson, M. A., Laschinger, H., & Rubotzky, A. M. (2004). The effectiveness of feminist pedagogy in empowering a community of learners. *Journal of Nursing Education, 43*(3), 107-115.
- Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing, 1*(1), 13-21.
- Flaming, D. (2003). Orality to literacy: effects on nursing knowledge. *Nursing Outlook, 51*(5), 233-238.
- Fletcher, K. (2007). Optimizing reserve in hospitalized elderly. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 19*(3), 285-302,vi.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case studies research. *Qualitative Inquiry, 12*(2), 219-245.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Mchugh, P. R., & Fanjiang, G. (2001). *Mini-Mental State Examination user's guide*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Forbes, M. O., & Hickey, M. T. (2009). Curriculum reform in baccalaureate nursing education: review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 16p. doi: 10.2202/1548-923X.1797
- Foreman, D. M., & Vermeersch, P. E. H. (2004). Measuring cognitive status. Dans M. Frank-Stromberg & S. J. Olsen (Dir.), *Instruments for the Clinical health-Care Research* (pp. 100-126). Sudbury,MA: Jones and Bartlett.
- Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F.,...Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD003030.
- Gadow, S. (1996). Ethical Narratives in practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(1), 8-9.
- Gadow, S. (1999). Relational narrative: the postmodern turn in nursing ethics. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13(1), 57-70.
- Gagnon, P., Charbonneau, C., Allard, P., Soulard, C., Dumont, S., & Fillion, L. (2002). Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *Journal of Palliative Care*, 18(4), 253-261.
- Gamble, J. (2002). Pour une pédagogie de la coopération. *Éducation et francophonie*, 30(2), 188-219.
- Gastmans, C. (2002). A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nursing Ethics*, 9(5), 494-507.
- Gélinas, C. (2007). Le thermomètre d'intensité de la douleur: un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique. *Perspective Infirmiere*, 4(4), 12-20.
- Gemert van, L. A., & Schuurmans, M. J. (2007). The Neecham confusion scale and the delirium obsrvation screening scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nursing*, 6(3). doi:10.1186/1472-6955-6-3
- Giro, E. A. (1995). Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 387-394.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discoveries of grounded theory strategies for qualitative research*. New-York: Aldine Publishing.



- Gouvernement du Québec (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers (L.R.Q., c. I-8). Québec : Éditeur officiel du Québec. Repéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I\\_8/I8R9.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.htm).
- Gouvernement du Québec (2012). Loi des infirmières et infirmiers du Québec (LRQ c 1-8). Québec : Auteur. Repéré de <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-i-8/derniere/lrq-c-i-8.html>
- Granberg, A., Engberg, I. B., & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive & Critical Care Nursing*, 14(6), 294-307.
- Granberg, A., Engberg, I. B., & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive & Critical Care Nursing*, 15(1), 19-33.
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.
- Halcomb, E., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1000-1011
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29(1), 23-31.
- Hartrick, G. (1998). A critical pedagogy for family nursing. *Journal of Nursing Education*, 37(2), 80-84.
- Healy, M. E. (1947). Le Play's contribution to sociology. *The American Catholic Sociological Review*, 8(8), 97-110.
- Holmes, V., & Gregory, D. (1998). Writing poetry: a way of knowing nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1191-1194.
- Hunter, L. A. (2008). Stories as integrated patterns of knowing in nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 14p.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Coney, L.M. Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.

- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M., Jr. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.
- Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 234-242.
- Institut canadien de l'information sur la santé (2013). Statistiques éclair. hospitalisations, volumes, durée de séjour normalisées. Répéré de [http://apps.cihi.ca/MicroStrategy/asp/Main.aspx?server=torapprd30.CIHI.CA&project=Quick+Stats&uid=pce\\_pub\\_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=2FCF97EA11DF67CC00100080693738A0](http://apps.cihi.ca/MicroStrategy/asp/Main.aspx?server=torapprd30.CIHI.CA&project=Quick+Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=2FCF97EA11DF67CC00100080693738A0).
- Ironside, P. M. (2001). Creating a research base for nursing education: An interpretative review of conventional, critical, feminist, postmodern, and phenomenologic pedagogies. *Advances in Nursing Science*, 23(3), 72-87.
- Ironside, P. M. (2003a). New pedagogies for teaching thinking: the lived experiences of students and teachers enacting narrative pedagogy. *Journal of Nursing Education*, 42(11), 509-516.
- Ironside, P. M. (2003b). Trying something new: implementing and evaluating narrative pedagogy using a multimethod approach. *Nursing Education Perspectives*, 24(3), 122-128.
- Ironside, P. M. (2004). "Covering content" and teaching thinking: deconstructing the additive curriculum. *Journal of Nursing Education*, 43(1), 5-12.
- Ironside, P. M. (2005). Teaching thinking and reaching the limits of memorization: enacting new pedagogies. *Journal of Nursing Education*, 44(10), 441-449.
- Ironside, P. (2006). Using narrative pedagogy: learning and practising interpretive thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 478-486.
- Ironside, P. M., Scheckel, M., Wessels, C., Bailey, M. E., Powers, S., & Seeley, D. K. (2003). Experiencing chronic illness: cocreating new understandings. *Qualitative Health Research*, 13(2), 171-183.
- Jacobs-Kramer, M. K., & Chinn, P. L. (1988). Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(2), 129-144.
- Jacobs, B. B., Fontana, J. S., Kehoe, M. H., Matarese, C., & Chinn, P. L. (2005). An emancipatory study of contemporary nursing practice. *Nursing Outlook*, 53(1), 6-14.

- Kavanagh, K. H. (2003). Mirrors. A cultural and historical interpretation of nursing's pedagogies. In N. L. Diekelmann (Ed.), *Teaching the practitioners of care* (pp. 59-153). Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Keatings, M., & Smith, O. B. (2010). *Ethical and legal Issue in Canadian Nursing*. Toronto, ON: Elsevier.
- Kirschenbaum, H. (1975). Clarifying value clarification: some theoretical issues. Dans D. Purple & K. Ryan (Dir.), *Moral education: It comes with the territory* (pp. 116-125). Berkeley, CA: McCutchan.
- Kjorven, M., Rush, B., & Hole, R. (2011). A discursive exploration of the practices that shape and discipline nurses' responses to postoperative delirium. *Nursing Inquiry*, 18(4), 325-335.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Kyle, G. (2008). Using anonymized reflection to teach ethics: a pilot study. *Nursing Ethics*, 15(1), 6-16.
- Laitinen, H. (1996). Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery. *Intensive & Critical Care Nursing*, 12(2), 79-83.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp. 312-336). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière & R. Mayer (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologique et méthodologiques* (pp.365-389). Montréal: Gaëtan Morin.
- Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Ouimet, M. A. (2005). Confusion Assessment Method: validation d'une version française. *Perspective infirmière*, 3(1), 13-22.
- Law, T. J., Leistikow, N. A., Hoffring, L., Krumm, S. K., Neufeld, K. J., & Needham, D. M. (2012). A survey of nurses' perceptions of the intensive care delirium screening checklist. *Dynamics*, 23(4), 18-24.
- Leight, S. B. (2002). Starry night: Using story to inform aesthetic knowing in women's health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 108-114.

- Lin, C.-F., Lu, M.-S., Chung, C.-C., & Yang, C.-M. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics, 17*(3), 373-382.
- Lincoln, Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Lipowski, Z. J. (1980). *Delirium : acute brain failure in man*. Springfield, Ill. : Thomas.
- Lipowski, Z. J. (1990). *Delirium : acute confusional states*. New York: Oxford University Press.
- Lipowski, Z. J. (1991). Delirium: how Its concept has developped. *International Psychogeriatrics, 3*(2), 115-120.
- Lopez, M. N., Charter, R. A., Mostafavi, B., Nibut, L. P., & Smith, W. E. (2005). Psychometric properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment, 12*(2), 137-144.
- Lou, M. F., & Dai, Y. T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research 10*(4), 279-290.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 622-628.
- Marcantonio, E. (2002). The management of delirium. Dans J. Lindesay, K. Rockwood & A. Macdonald (Dir.), *Delirium in old Age* (pp.123-151). Oxford: Oxford University Press.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(5), 516-522.
- Martineau, R. (2000). La pensée historique...une alternative précieuse pour l'éducation du citoyen. Dans R. Pallascio & L. Lafortune (Dir.), *Pour une pensée réflexive en éducation* (pp.281-309) . Québec: Presses de l'Université du Québec.
- McAllister, M. (2005a). Transformative teaching in nursing education: leading by example. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia, 12*(2), 11-16.

- McAllister, M. (2005b). Transformative teaching in nursing education: preparing for the possible. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 12(1), 13-18.
- McCarthy, M. (2003a). Situated clinical reasoning: distinguishing acute confusion from dementia in hospitalized older adults. *Research in Nursing & Health*, 26(2), 90-101.
- McCarthy, M. C. (2003b). Detecting acute confusion in older adults: comparing clinical reasoning of nurses working in acute, long-term, and community health care environments. *Research in Nursing & health*, 26(3), 203-212.
- McCurren, C., & Cronin, S. N. (2003). Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nursing*, 12(5), 318-323.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Han, L., Podoba, J. E., & Ramman-Haddad, L. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1327-1334.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F., & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., & Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- Mc Donnell, S., & Timmins, F. (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2488-2498.
- McNicoll, L., Pisani, M. A., Zhang, Y., Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouye, S. K. (2003). Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 591-508.
- Michael, S., & Candela, L. (2006). Using aesthetic knowing to teach diversity of the chronic illness experience to nursing students. *Home health Care Management & Practice*, 18(6), 439-443.
- Miles, B. M., & Huberman, A. M. (2003). *Analyses des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Milisen, K., Braes, T., Fick, D. M., & Foreman, M. D. (2006). Cognitive assessment and differentiating the 3 Ds (dementia, depression, delirium). *Nursing Clinics of North America*, 41(1), 1-22.

- Milisen, K., Foreman, M. D., Abraham, I. L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E.,...Broos, P. L. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 523-532.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *INFO-MED-ECHO*. Bulletin d'information sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec (*Bulletin 14*). Québec: Auteur.
- Munhall, P. L. (1993). 'Unknowing': toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41(3), 125-128.
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM Confusion scale: construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324-330.
- Neville, S. (2008). Older people with delirium: worthless and childlike. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 463-469.
- Nilstun, T., Cuttini, M., & Saracci, R. (2001). Teaching medical ethics to experienced staff: participants, teachers and method. *Journal of Medical Ethics*, 27(6), 409-412.
- Northington, L., Wilkerson, R., Fisher, W., & Schenk, L. (2005). Enhancing nursing students' clinical experiences using aesthetics. *Journal of Professional Nursing*, 21(1), 66-71.
- Osterbrink, J., McDonough, J. P., Ewers, A., & Mayer, H. (2005). The occurrence of acute postoperative confusion in patients after cardiac surgery. *ScientificWorldJournal*, 5, 874-883.
- Paley, J., Cheyne, H., Dalglish, L., Duncan, E. A. S., & Niven, C. A. (2007). Nursing's ways of knowing and dual process theories of cognition. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 692-701.
- Pardue, K. T. (2004). Introducing readers theater! A strategy to foster aesthetic knowing in nursing. *Nurse Educator*, 29(2), 58-62.
- Parenteau, M., Houle, J., & Cloutier, L. (2010). Contentions aux soins intensifs. *Perspective Infirmiere*, 7(6), 35-40.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Payette, A., & Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Sainte-Foy Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G., & Meiers, S. J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501.
- Pepin, K  rouac et Ducharme (2010). *La pensée infirmière*, Montréal : Chenelière   ducation.
- Perlman, D. (2008). Experiential ethics education: one successful model of ethics education for undergraduate nursing students in the United States. *Monash Bioethics Review*, 27(1-2), 9-32.
- Pitkala, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. S. (2008). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: effects on costs and health-related quality of life. *The journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(1), 56-61.
- Pitkala, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(2), 176-181.
- Platt, J. (1992). "Case Study" in american methodological thought. *Current Sociology*, 40, 17-48.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter, S. (2010). Fundamental patterns of knowing in nursing: The challenge of evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14.
- Prowse, M. (2006). Postoperative pain in older people: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 84-97.
- Pun, B. T., Gordon, S. M., Peterson, J. F., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Foss, J.,...Ely, E. W. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers.[see comment]. *Critical Care Medicine*, 33(6), 1199-1205.

- Rapp, C. G., Wakefield, B., Kundrat, M., Mentes, J., Tripp-Reimer, T., Culp, K.,... Onega, L. L. (2000). Acute confusion assessment instruments: clinical versus research usability. *Applied Nursing Research*, 13(1), 37-45.
- Raths, L., Harmin, M., & Simon, S. (1978). *Values and teaching : Working with values in the classroom*. Columbus, Oh: Charles E. Merrill.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2010). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Repéré de <http://rnao.ca/bpg/guidelines/screening-delirium-dementia-and-depression-older-adult>
- Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24.
- Rogers, A. C., & Gibson, C. H. (2002). Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6(1), 9-17.
- Rolfson, D. (2002). The causes of delirium. Dans J. Lindesay, K. Rockwood & A. Macdonald (Dir.), *Delirium in old Age*. (pp.101-122). Oxford: Oxford University Press.
- Ropper, A. H., & Brown, R. H. (2005). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. New York : Toronto McGraw-Hill Medical Pub. Division.
- Rudolph, J. L., Boustani, M., Kamholz, B., Shaughnessey, M., & Shay, K. (2011). Delirium: a strategic plan to bring an ancient disease into the 21st century. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, S237-S240. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03670.x
- Saint-Arnaud (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Schaefer, K. M. (2002). Reflections on caring narratives: enhancing patterns of knowing. *Nursing Education Perspectives*, 23(6), 286-293.
- Schank, M. J. (1990). Wanted: nurses with critical thinking skills. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 21(2), 86-89.
- Scheckel, M. (2005). *Trying something new: understanding the common practices of reforming nursing education* (unpublished doctoral dissertation). University of Wisconsin-Madison, WI.
- Scheckel, M., & Ironside, P. (2006). Cultivating interpretive thinking through enacting narrative pedagogy. *Nursing Outlook*, 54(3), 159-165.



- Schofield, I. (1997). A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 942-952.
- Schofield, I., Tolson, D., & Fleming, V. (2011). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a critical discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 18, 1-12.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. London: Temple Smith.
- Schultz, P. R., & Meleis, A. I. (2012). Nursing epistemology: traditions, insights, questions. In P. G. Reed & N. B. C. Shearer (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* (pp. 227-234). New-York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schuermans, M. J., Deschamps, P. I., Markham, S. W., Shortridge-Baggett, L. M., & Duursma, S. A. (2003). The measurement of delirium: review of scales. *Research & Theory for Nursing Practice*, 17(3), 207-223.
- Sendelbach, S., & Guthrie, P. F. (2009). *Evidence-based practice guideline. Acute confusion / delirium*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Severtsen, B. (2004). Cultivating stories of care. Dans K. H. Kavanagh & V. Knowlden (Dir.), *Many voices. Toward caring culture in healthcare and healing* (pp.181-217). Madison: The University of Wisconsin Press.
- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364.
- Silva, M. C., Sorrell, J. M., & Sorrell, C. D. (1995). From Carper's patterns of knowing to ways of being: an ontological philosophical shift in nursing. *Advances in Nursing Science*, 18(1), 1-13.
- Smith, M. J., Breitbart, W. S., & Platt, M. M. (1995). A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. *Journal of Pain & Symptom Management*, 10(1), 35-77.
- Sockalingam, S., Parekh, N., Bogoch, I. I., Sun, J., Mahtani, R., Beach, C.,...Bhalerao, S. (2005). Delirium in the postoperative cardiac patient: a review. *Journal of Cardiac Surgery*, 20(6), 560-567.
- Soja, S. L., Pandharipande, P. P., Fleming, S. B., Cotton, B. A., Miller, L. R., Weaver, S. G.,...Ely, E. W. (2008). Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in trauma patients. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1263-1268.

- Sorrell, J. M. (1994). Remembrance of things past through writing: esthetic patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science, 17*(1), 60-70.
- Sorrell, J. M., & Redmond, G. M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6), 1117-1122.
- Stake, R. (2005). Qualitative Case Studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3<sup>e</sup> éd., pp. 443-465). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stake, R. E. & Easley, J. A. (1979). *Case Studies in Science Education*. Illinois: CIRCE.
- Stein, K. F., Corte, C., Colling, K. B., & Whall, A. (1998). A theoretical analysis of Carper's ways of knowing using a model of social cognition. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 12*(1), 43-60.
- Steis, M. R., Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(9), 40-48.
- Steis, M. R., Evans, L., Hirschman, K. B., Hanlon, A., Fick, D. M., Flanagan, N., & Inouye, S. K. (2012). Screening for delirium using family caregivers: convergent validity of the family confusion assessment method and interviewer-rated confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(11), 2121-2126. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04200.x
- Stenner, K., Carey, N., & Courtenay, M. (2010). Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes. *Journal of Advanced Nursing, 66*(3), 522-531.
- Stenwall, E., Jonhagen, M. E., Sandberg, J., & Fagerberg, I. (2008). The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: an interview study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(11), 1577-1585.
- Stenwall, E., Sandberg, J., Jönhagen, M. E., & Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. *International Journal of Older People Nursing, 3*(4), 243-251.
- Stenwall, E., Sandberg, J., Jönhagen, M. E., & Fagerberg, I. (2007). Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*(4), 515-522.

- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 19, 416-427.
- Swenson, M. M., & Sims, S. L. (2003). Listening to learn. Narrative strategies and interpretive practices in clinical education. Dans N. Diekelmann (Dir.), *Teaching the practitioners of care. New Pedagogies for the health professions* (pp. 154-193). Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., & Howard, R. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age & Ageing*, 34(2), 152-156.
- Tanner, C. A. (1993). A feminist pedagogy in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32(2), 51-51.
- Tarlier, D. (2005). Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*, 12(2), 126-134.
- Trzepacz, P. T. (1994). A review of delirium assessment instruments. *General Hospital Psychiatry*, 16(6), 397-405.
- Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: a systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 98-107.
- Vienneau, R. (2005). *Apprentissage et enseignement: Théories et pratiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Vinson, J. A. (2000). Nursing's epistemology revisited in relation to professional education competencies. *Journal of Professional Nursing*, 16(1), 39-46.
- Wanich, C. K., Sullivan-Marx, E. M., Gottlieb, G. L., & Johnson, J. C. (1992). Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 24(3), 201-207.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: Colorado Associated University Press.
- Weyenberg, D. (1998). The construction of feminist pedagogy in nursing education: a preliminary critique. *Journal of Nursing Education*, 37(8), 345-353.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.

- White, J. (2012). Patterns of Knowing: review, critique, and update. In P. G. Reed & N. B. C. Shearer (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* (pp. 207-216). New-York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wiener-Ogilvie, S., Huby, G., Pinnock, H., Gillies, J., & Sheikh, A. (2008). Practice organisational characteristics can impact on compliance with the BTS/SIGN asthma guideline: qualitative comparative case study in primary care. *BMC Family Practice*, 9, 32p.
- Yevchak, A., Steis, M., Diehl, T., Hill, N., Kolanowski, A., & Fick, D. (2012). Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 152-162. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00324.x
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. Beverly hills, Calif.: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: design and methods*. (5<sup>e</sup> éd.). California: Sage Publications, Inc.
- Young, P. K. (2004). Trying something new: reform as embracing the possible, the familiar, and the at-hand. *Nursing Education Perspectives*, 25(3), 124-130.
- Zimmermann, D. T., Miner, D. C., & Zittel, B. (2010). Advancing the education of nurses: a call for action. *The Journal of Nursing Administration*, 40(12), 529-533.

## **Appendice A**

### **Formulaire d'information et de consentement**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT<sup>2</sup>

### Titre du projet

Conception, mise à l'essai et évaluation qualitative d'une intervention éducative narrative destinée aux infirmières soignant des personnes âgées en état confusionnel aigu.

Chercheur principal	Francine Ducharme, inf., Ph. D.	Professeure titulaire Faculté des Sciences infirmières Université de Montréal Montréal, Québec
Co-chercheur	Johanne Goudreau, inf., Ph. D.	Vice-doyenne aux études de 1 <sup>er</sup> cycle Faculté des Sciences infirmières Université de Montréal Montréal, Québec
Responsable du projet	Louise Bélanger, inf., M.Sc. Candidate au doctorat en sciences infirmières	Candidate au doctorat en sciences infirmières Faculté des Sciences infirmières Université de Montréal Montréal, Québec

### Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair. Une participation simultanée à plusieurs études pourrait vous être préjudiciable. Si vous participez déjà à d'autres études, veuillez en informer le chercheur.

### Nature et objectifs du projet

Les personnes âgées hospitalisées sont à risque de présenter les signes d'un état confusionnel aigu, ou de délirium, et les infirmières ont un rôle majeur auprès de celles-ci, entre autres, pour le dépistage de ce syndrome, l'évaluation clinique, l'intervention, l'éducation et pour faire le lien avec les autres professionnels et les familles. La formation des infirmières soignant ces personnes doit couvrir plusieurs aspects du soin et peu de chercheurs se préoccupent de ces besoins éducatifs spécifiques. Cette étude vise à mettre à l'essai une formation destinée à des infirmières soignant des personnes âgées en état confusionnel aigu et à comprendre ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien, ce qui est utile et ce qui est moins utile

<sup>2</sup> L'expression sujet de recherche couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

dans cette formation, ainsi que son influence sur les savoirs des infirmières et sur leur perception des résultats des soins offerts.

#### Déroulement du projet de recherche

Ce projet de recherche durera 15 semaines au cours desquelles vous serez invitée à participer à quatre journées de formation (8 h à 16 h) et à des activités d'évaluation de cette formation. Le groupe avec lequel vous suivrez la formation sera composé d'une infirmière enseignante et d'environ cinq infirmières. Cette formation aura lieu sur le quart de jour dans une salle de formation située dans votre milieu de travail. Chaque journée de formation comprendra un travail réflexif individuel et un atelier de groupe. L'évaluation de la formation sera réalisée à l'aide de questionnaires et d'une entrevue individuelle. Voici des informations précises sur les activités qui sont prévues dans le projet de recherche.

Les travaux réflexifs sont des écrits dans lesquels vous devrez décrire une expérience de soins que vous avez vécue dans les trois dernières semaines avec une personne âgée en état confusionnel aigu, ou qui est à risque de présenter des signes d'un état confusionnel aigu, et répondre à six questions au sujet de cette expérience. Ils seront réalisés individuellement au début de chaque journée de formation. Vous aurez deux heures pour réaliser ce travail. Ces travaux seront remis à l'infirmière enseignante.

Les ateliers de groupe sont des activités qui auront lieu au cours de chaque journée de formation. Cinq heures sont prévues pour chacun de ces ateliers. Au cours de ceux-ci, les expériences décrites dans les travaux réflexifs faits par chaque participante seront présentées et discutées afin de mieux comprendre ces situations et d'identifier les diverses possibilités concernant les soins offerts aux personnes âgées en état confusionnel aigu. Une synthèse de ce qui apparaît important pour soigner des personnes âgées en état confusionnel aigu sera élaborée par le groupe de participantes au cours de ces ateliers. Des informations concernant l'état confusionnel aigu seront aussi partagées et discutées. Ces ateliers seront enregistrés.

Un questionnaire d'évaluation des activités de formation sera complété au moment et à l'endroit de votre choix dans les trois semaines suivant chaque journée de formation et remis à l'investigatrice. Le temps requis pour répondre à ce questionnaire est d'environ 45 minutes.

Enfin, une entrevue individuelle d'au plus 90 minutes est aussi prévue afin de savoir ce que vous pensez de la formation dans son ensemble et ce que vous avez appris au cours de celle-ci. Cette entrevue aura lieu à l'heure et à l'endroit de votre choix trois semaines après la dernière journée de formation et sera enregistrée.

#### Inconvénients associés au projet de recherche

La réflexion et le partage d'expériences vécues en groupe et le temps requis pour compléter les questionnaires après chaque journée de formation et participer à l'entrevue à la fin du projet peut engendrer de la fatigue et provoquer des réactions émotives chez certaines des participantes. Si cela survient, vous pourrez en discuter

avec la responsable du projet de recherche. Si besoin, vous pourrez être orientée vers une ressource appropriée (p.ex. service d'aide aux employés).

#### Avantages à participer au projet

En participant à cette étude, vous pourrez augmenter vos connaissances sur l'état confusionnel aigu et les soins à offrir aux personnes âgées présentant ce problème et améliorer votre pratique auprès de cette clientèle. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances au sujet de la formation continue des infirmières travaillant en milieu hospitalier auprès des personnes âgées en état confusionnel aigu.

#### Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Le chercheur responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les exigences du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou si vous êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai, verbalement ou par écrit.

#### Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable recueillera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ces renseignements peuvent comprendre des informations personnelles telles que votre nom, votre âge, votre sexe, votre niveau de formation, le poste régulier occupé, la spécialité de l'unité où vous avez ce poste, le quart de travail, le nombre d'années d'expérience, les formations suivies concernant les soins aux personnes âgées.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable. Toutes les données recueillies seront codées au cours de la démarche de transcription, d'analyse et de transmission des résultats. Seuls les chercheurs auront accès aux données audio. Tous les enregistrements seront détruits après l'analyse. Le



chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant sept ans par le chercheur responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de présentations scientifiques locales, nationales et internationales, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

#### Indemnisation en cas de préjudice et droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

#### Compensation

Quatre jours de formation sont prévus pour votre participation à cette étude. Ces journées seront rémunérées par votre employeur. Si nécessaire, vous serez libérée de votre travail pour participer aux journées de formation. Aucune rémunération n'est prévue pour compléter le questionnaire à la fin de chaque jour de formation et pour participer à l'entrevue individuelle.

#### Identification des personnes ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale.

#### Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision ou modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Consentement du sujet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

\_\_\_\_\_  
Nom du sujet de recherche

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet de recherche

Date : \_\_\_\_\_

---

### Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à remettre une copie signée au sujet de recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date \_\_\_\_\_

**Appendice B**  
**Fiches d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA**

## FICHES D'INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉCA

Voici six fiches contenant les informations disponibles dans les écrits scientifiques permettant de répondre à diverses questions concernant l'ÉCA et les stratégies d'évaluation et d'interventions possibles devant un tel syndrome.

Fiche # 1- Comment reconnaître l'ÉCA?

Fiche # 2- Quelles sont les causes de l'ÉCA?

Fiche # 3- Que vivent les personnes qui expérimentent un ÉCA?

Fiche # 4- Quelle est l'évaluation que l'on doit faire lorsque le l'ÉCA apparaît?

Fiche # 5- Quelles sont les interventions aidant à prévenir et à traiter un ÉCA?

Fiche # 6- Comment réagir devant un problème éthique?

Dans chacune de ces fiches, vous retrouvez un résumé des informations concernant le thème traité ainsi que des références bibliographiques pour en savoir davantage.

Prenez note que toutes les références bibliographiques suggérées sont disponibles sur internet ou à la bibliothèque du centre hospitalier.

## Fiche # 1

<b>COMMENT RECONNAÎTRE UN ÉCA?</b>
------------------------------------

Quand l'ÉCA apparaît, on peut observer une altération soudaine, fluctuante et temporaire de l'attention, de la conscience et du discours d'une personne, combinée avec une difficulté à répondre à des questions directes, à enregistrer ce qui se passe et à penser clairement, rapidement et avec cohérence. Il est aussi possible qu'une perturbation du sommeil, de la mémoire, de l'activité psychomotrice et des perceptions soit présente (Arcand & Hébert, 2007; Ropper & Brown, 2005). Afin que les interventions soient pertinentes et efficaces pour la personne qui présente des signes d'ÉCA, il est important que les infirmières le reconnaissent pour amorcer rapidement, en collaboration avec le médecin, une démarche visant à identifier sa ou ses causes (Marcantonio, 2002; Rolfson, 2002). Cependant, certaines infirmières le confondent avec la démence, et même avec l'état cognitif normal d'une personne âgée (McCarthy, 2003a). Pour aider à différencier ces différents états cognitifs, vous retrouverez, dans le tableau ci-joint, les signes cliniques observés chez des personnes âgées ayant un état cognitif normal, ainsi que ceux que l'on peut voir chez celles en démence et en délirium, qui est le type d'ÉCA le plus fréquent chez les personnes hospitalisées.

Caractéristiques	État cognitif normal de la personne âgée	Démence	Délirium
<b>Évolution</b>	Progressive et liée au vieillissement	Progressive	Soudaine
<b>Fluctuation</b>	Aucune	Stable au cours de la journée. Sommeil généralement normal. Syndrome crépusculaire possible.	Variable. Période de lucidité. Aggravation nocturne. Sommeil perturbé.
<b>Conscience</b>	Claire	Claire	Réduite
<b>Attention</b>	Sélective et divisée	Sélective et divisée	Réduite et fluctuante
<b>Vigilance</b>	Adéquate	Généralement adéquate	Perturbée et fluctuante
<b>Orientation temporospatiale</b>	Adéquate	Atteinte probable	Fluctuante et presque toujours atteinte
<b>Activité psychomotrice</b>	Souvent adéquate	Souvent adéquate dans les premiers stades	Souvent augmentée ou diminuée
<b>Discours</b>	Adéquat mais ralenti	Appauvri. Difficultés de jugement et d'abstraction. Cherche ses mots.	Désorganisé, déformé, lent, fragmenté ou incohérent
<b>Perception</b>	Adéquate	Fausses perceptions rares	hallucinations, illusions ou fausses perceptions

(adapté de Bélanger, et al. (2009))

On retrouve, dans les écrits, plusieurs outils d'évaluation et de dépistage de la confusion ou du delirium pouvant aider à préciser et à transmettre ses observations concernant l'état cognitif de la personne soignée. La NEECHAM (Neelon, Champagne, Carlson, & Funk, 1996) et la *Confusion assessment method* (CAM) (Laplante, Cole, McCusker, Singh, & Ouimet, 2005) sont des instruments fiables et valides, fréquemment suggérés par les auteurs consultés.

### **Pour en savoir davantage sur la NEECHAM et la CAM**

Bélangier, L., Coulombe, R., Wanis, L., Roch, G., & Ducharme, F. (2008). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë*. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (pp. 16-19 et annexe 1).

(disponible en ligne :

[http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion\\_aigue.pdf](http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion_aigue.pdf))

Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Ouimet, M. (2005). Confusion assessment method: validation of a French-language version. *Perspective Infirmière*, 3(1), 13-22. (disponible en ligne :

<http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-anterieurs>)

## Fiche # 2

<b>QUELLES SONT LES CAUSES DE L'ÉCA?</b>
--

L'ÉCA peut être provoqué par de multiples causes. Entre autres, les études sur le délirium nous indiquent que les personnes âgées ainsi que celles qui ont une démence, une maladie sévère, une déficience auditive ou visuelle, de l'hypertension ou qui consomment de l'alcool ou des psychotropes sont plus à risque de développer ce syndrome. Ces études nous apprennent aussi que le délirium pourrait être provoqué par l'utilisation de divers médicaments (voir tableau ci-joint) ainsi que par la douleur, la privation de sommeil, la fièvre, l'infection, l'hypoxie, l'hypotension, les déséquilibres électrolytiques et métaboliques, la malnutrition, les chirurgies retardées, l'immobilité, l'ajout de plus de trois médicaments ou l'arrêt abrupt d'un traitement pharmacologique prolongé (Arend & Christensen, 2009; CCSMH, 2006; Dasgupta & Dumbrell, 2006; Van Rompaey et al., 2008). L'absence d'horloge, les changements de chambre, la présence de mesures de contrôle ou de contraintes médicales (présence de cathéters divers, oxygénothérapie) pourraient également être à l'origine de l'ÉCA (McCusker et al., 2001).

<b>Médicaments à risque élevé de provoquer un délirium</b>	
Sédatifs Hypnotiques	Benzodiazépines Barbituriques Antihistaminiques
Opiacés	Mépidine
Médicaments anti-cholinergiques	Oxybutynine Tolteridone Antinauséux (antihistaminiques, antipsychotiques) Stimulants de la motilité gastrointestinale Antidépresseurs tricycliques Antipsychotiques Effet cumulatif de plusieurs médicaments ayant des effets anticholinergiques
Antihistaminiques	Cimétidine
Antiépileptiques	Mysoline Phénobarbitone
Antiparkinsonien	Agonistes de la dopamine Levodopa-carbidopa Phénytoin Amantadine Anticholinergiques Benztropine

(Adapté de CCSMH, 2006)

**Pour en savoir davantage sur les causes de l'ÉCA**

Arend, E., & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care, 14*(3), 145-154.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Auteur. (disponible en ligne : <http://www.ccsmh.ca/fr/guidelinesUsers.cfm>)



## Fiche # 3

**QUE VIVENT LES PERSONNES QUI EXPÉRIMENTENT UN ÉCA?**

Depuis un peu plus de dix ans, certaines études dans lesquelles les chercheurs voulaient comprendre ce qu'ont vécu les personnes ayant expérimenté un ÉCA ou un délirium ont été réalisées. De ces études, on retient que lorsque ce syndrome survient, les personnes atteintes peuvent ressentir de l'incompréhension et d'autres sentiments inconfortables tels que l'anxiété, la détresse, l'isolement, la peur et la frustration, et que dans cet état d'esprit, certaines cherchent à se protéger en camouflant leur confusion, en luttant contre une menace perçue ou en fuyant cette dernière. Par exemple, lorsqu'elles n'avaient pas confiance dans les individus qu'elles rencontraient et ne sentaient pas que ceux-ci comprenaient l'expérience qu'elles vivaient et voulaient les aider, elles pouvaient choisir de garder leur distance en ne prenant pas l'initiative de la communication et en répondant brièvement aux questions qui leur étaient adressées. Alors que, quand l'ÉCA entraînait des hallucinations ou des illusions, les personnes atteintes se sentaient menacées et cherchaient à se protéger en voulant se sauver ou en luttant contre les personnes qui, selon ce qu'elles percevaient, voulaient les agresser. Dans cet état d'esprit, des personnes interviewées ont dit avoir éprouvé le besoin de s'évader de leur lit lorsqu'elles pensaient qu'un événement dangereux allait arriver. D'autres se sont senties attaquées et ont réagi avec agressivité devant des interventions trop directives ou invasives.

Pour les aider à passer plus facilement au travers de l'ÉCA, les personnes qui ont participé à ces études ont dit avoir besoin de compréhension, de soutien, de la présence de leurs proches, que l'on croit ce qu'elles vivent, qu'on leur explique ce qui se passe, et qu'on leur donne la possibilité de parler de l'expérience vécue. Entre autres, certaines personnes ont révélé que les attitudes des infirmières avaient une grande importance pour elles. En fait, la présence physique a augmenté leur sentiment de sécurité. À ce sujet, elles ont dit être en mesure de différencier la qualité de cette présence par la façon de parler, de toucher, d'agir ou d'être silencieuse de l'infirmière.

**Pour en savoir davantage sur ce que vivent les personnes ayant expérimenté un ÉCA**

Bélangier, L., & Ducharme, F. (2011). Nurses and Patients' experience of delirium: review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x

## Fiche # 4

**QUELLE EST L'ÉVALUATION QUE L'ON DOIT FAIRE LORSQUE L'ÉCA APPARAÎT?**

Après avoir reconnu la présence d'un ÉCA, il est urgent d'identifier les causes de ce syndrome, et ce, en effectuant une évaluation de l'état cognitif et physique de la personne soignée et de l'environnement dans lequel elle se trouve (CCSMH, 2006). Les résultats de l'évaluation de l'infirmière devraient comprendre, entre autres, les éléments suivants :

- Documentation de l'état cognitif (attention, orientation, langage, comportement verbal ou moteur)
- Signes vitaux et neurologiques
- Bilan liquidien
- Fonctionnement intestinal
- Examen physique sommaire (p.ex. asymétrie des mouvements, globe vésical, ballonnement, douleur)
- Informations sur certains résultats d'examens diagnostiques récents concernant les électrolytes, l'urée, la créatinine et l'hémoglobine (Hb)
- Médicaments prescrits et administrés qui sont à risque élevé de provoquer un delirium (voir fiche # 3)

L'infirmière devrait aussi se préoccuper de certains facteurs environnementaux pouvant contribuer au développement de l'ÉCA ou à son maintien, tels que la présence de contraintes physiques, la déprivation sensorielle (p.ex. l'isolement), la surstimulation sensorielle, l'absence de fenêtre, d'horloge ou d'aides visuelles ou auditives.

**Pour en savoir davantage sur l'évaluation de la personne en ÉCA**

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA, 2006). *Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Auteur (disponible en ligne : <http://www.ccsmh.ca/fr/guidelinesUsers.cfm>) .

## Fiche # 5

**QUELLES SONT LES INTERVENTIONS AIDANT À PRÉVENIR OU À TRAITER UN ÉCA?**

Étant donné la variété de causes qui sont à l'origine d'un ÉCA, les interventions pour le prévenir et le traiter sont multiples. Dans les études expérimentales réalisées à ce sujet, les chercheurs ont constaté que c'est avec la création d'un environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel visant l'équilibre physiologique, le confort et la sécurité que l'on peut diminuer l'incidence, la durée et la sévérité de l'ÉCA et améliorer l'état fonctionnel de la personne soignée (Milisen et al., 2005). Le tableau ci-joint résume les composantes de cet environnement.

<b>Environnement de soutien</b>	<b>Interventions</b>	<b>Résultats visés</b>
Interpersonnel	Communication thérapeutique (rassurer, reconnaître les besoins et les perceptions et expliquer à l'avance les interventions). Explication de l'ÉCA à la personne et à ses proches. Rétrospection exploratoire (susciter un retour sur l'expérience vécue).	Confort (impression de contrôle) Sécurité
Physique	Gestion de la douleur. Mobilisation précoce. Alimentation et hydratation adéquates. Gestion du sommeil (idéalement sans médicament). Gestion de l'agitation (mesures de contrôle chimiques ou physiques).	Équilibre physiologique Confort Sécurité (éviter les blessures)
Sensoriel	Gestion de la vision et l'audition. Orientation dans la réalité et visite quotidienne (membres du personnel, proches, bénévoles). Activités thérapeutiques (lectures, mots croisés, discussion sur l'actualité).	Sécurité (Orientation dans la réalité)

**Pour en savoir davantage sur les interventions aidant à prévenir et traiter un ÉCA**

- Bélangier, L., Coulombe, R., Wanis, L., Roch, G., & Ducharme, F. (2008). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë*. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (pp. 20-25 et annexe 2, 4, 5 et 6). (disponible en ligne : [http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion\\_aigue.pdf](http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion_aigue.pdf))
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA,2006). Lignes directrices nationales. *La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Auteur (disponible en ligne : <http://www.ccsmh.ca/fr/guidelinesUsers.cfm>).
- Gélinas, C. (2007). Le thermomètre d'intensité de la douleur: un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique. *Perspective Infirmière*, 4(4), 12-20. (disponible en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-antérieurs>).
- Parenteau, M., Houle, J., & Cloutier, L. (2010). Contentions aux soins intensifs. *Perspective Infirmière*, 7(6), 35-40. (disponible en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-antérieurs>).

## Fiche # 6

**COMMENT RÉAGIR DEVANT UN PROBLÈME ÉTHIQUE?**

Lorsqu'elles soignent une personne en ÉCA, les infirmières peuvent être confrontées à des problèmes éthiques qu'elles doivent examiner avant de prendre une décision (Saint-Arnaud, 2009). Elles peuvent, entre autres, se poser certaines questions, telles que :

- Est-ce que je dois mettre une contention physique même si je sais que ce n'est pas la meilleure intervention à faire?
- Y-a-t-il d'autres moyens que la contention physique ou chimique que je pourrais utiliser pour assurer la sécurité de cette personne?
- Est-ce que je dois appeler la famille d'une personne qui commence à présenter des signes d'ÉCA même si nous sommes en pleine nuit?
- À quelle personne dois-je donner la priorité si je n'arrive pas à répondre aux besoins de toutes les personnes qui sont sous sa responsabilité?

Devant un problème éthique, Saint-Arnaud (2009) propose d'utiliser une approche comportementale dans laquelle l'infirmière et l'équipe de soins, ainsi que la famille et la personne soignée, travaillent en partenariat pour trouver la meilleure façon de résoudre un problème et ainsi éviter d'intervenir de façon inappropriée ou de créer de fausses attentes.

Parallèlement à ce dialogue entre les différentes personnes concernées par un problème éthique, Saint-Arnaud propose que l'infirmière considère également les normes déontologiques et juridiques (p.ex. le code de déontologie des infirmières et infirmiers), les différentes théories éthiques et les principes éthiques qu'elle identifie comme étant le respect de l'autonomie, la bienfaisance, l'équité et le *caring*. À ce sujet, vous trouverez, dans le tableau ci-joint, les règles associées à chacun de ces principes.

Principes éthiques	Règles
Respect de l'autonomie	Consentement libre et éclairé. Confidentialité des données personnelles.
Bienfaisance	Choix de l'option qui apporte le plus de bénéfices pour les moindres torts en considérant le court, le moyen et le long termes.
Équité	Impartialité. Réponse aux besoins sanitaires sans discrimination.
<i>Caring</i>	Partenariat entre l'équipe de soins et la personne soignée.

(Adapté de Saint Arnaud, 2009)

Étant donné l'obligation morale que tout professionnel a d'évaluer une situation problématique et de proposer des solutions qui respectent les principes éthiques que nous venons de décrire, Saint-Arnaud (2009) propose un processus décisionnel en dix étapes. Ces étapes sont :

1. Identifier le problème
2. Identifier les faits pertinents
3. Identifier les personnes et les rôles
4. Identifier les options possibles
5. Identifier les normes et les contraintes
6. Identifier les repères éthiques
7. Procéder à l'analyse
8. Présenter et discuter les options proposées
9. Choisir une option
10. Évaluer l'intervention

### **Pour en savoir davantage sur les repères pour la réflexion et la résolution des problèmes éthiques**

Gouvernement du Québec (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers (L.R.Q., c. I-8, a. 3). Québec : Éditeur officiel du Québec. (Disponible en ligne : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I\\_8/I8R9.hTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.hTM)).

Saint-Arnaud (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin (chap. 9, 10, 11, 12 et 13).

**Appendice C**  
**Horaire type d'une journée de formation**

**HORAIRE TYPE D'UNE JOURNÉE DE FORMATION**

Heure	Activités
8h00	Accueil des participants
8h15	Travail réflexif individuel
10h15	Pause
10h30	Atelier de groupe
12h00	Dîner
12h45	Atelier de groupe
14h15	Pause
15h00	Atelier de groupe
15h45	Bilan de la journée
16h00	Fin de la journée



**Appendice D**  
**Guide du travail réflexif**  
**pour les participantes**

Code du participant : \_\_\_\_\_

## TRAVAIL RÉFLEXIF

### Instructions préalables

**Répondez aux questions avec le plus de détails possibles sur le lieu et le moment où s'est déroulé l'évènement ainsi que sur les attitudes, les propos et les comportements des personnes impliquées, par exemple vous-même, le patient, la famille, le préposé aux bénéficiaires ou le médecin.**

**Si les consignes, les questions ou certains mots ne sont pas clairs, n'hésitez pas à demander des précisions à l'animatrice.**

**Vous pouvez utiliser les fiches d'informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA qui vous ont été remises ou toutes autres informations pertinentes pour réaliser ce travail.**

**Respectez la confidentialité en évitant d'identifier par leur vrai nom les personnes impliquées dans l'évènement décrit.**

**Vous disposez d'environ deux heures pour réaliser ce travail.**

Rappelez-vous une personne âgée (65 ans et plus) que vous avez soignée au cours des trois dernières semaines et qui présentait des signes d'état confusionnel aigu (ÉCA), était à risque de se retrouver en ÉCA ou avait vécu un tel syndrome au cours de l'hospitalisation.

Quand vous pensez à cette personne, racontez-moi, avec le plus de détails possible, un évènement qui vous a marqué, positivement ou négativement.

1. Quelles étaient vos **principales préoccupations** concernant cette personne?
2. Quelles sont les **interventions** que vous avez mises en œuvre pour **répondre aux besoins particuliers** de cette personne?
3. Quelles sont les **stratégies** que vous avez utilisées **pour entrer en relation** avec cette personne?
4. Quelles sont les **informations théoriques et empiriques** sur l'ÉCA qui ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation?
5. Quels ont été les **résultats** à court terme, positifs ou négatifs, de vos interventions sur la personne âgée soignée?

6. Qu'est-ce qui **permettrait d'améliorer les soins** qui ont été offerts à cette personne?

**Appendice E**  
**Exemples de travaux réflexifs réalisés**  
**par une participante**

### Premier travail réflexif

Rappelez-vous une personne âgée (65 ans et plus) que vous avez soignée au cours des trois dernières semaines et qui présentait des signes d'état confusionnel aigu (ÉCA), était à risque de se retrouver en ÉCA ou avait vécu un tel syndrome au cours de l'hospitalisation.

Quand vous pensez à cette personne, racontez-moi, avec le plus de détails possible, un **évènement qui vous a marqué**, positivement ou négativement.

*Patient d'environ 70 ans qui a subi une chirurgie cardiaque. À ma visite dans la chambre, le patient est calme, mais me demande qui je suis et ce que je fais chez lui. Le patient est désorienté dans le temps. Voit la chambre comme sa maison (ses meubles, son lit à lui...).*

*La visite de son fils unique m'a touchée car le patient ne reconnaissait pas son fils et sa belle-fille. Son fils était paniqué parce qu'il croyait que son père pouvait rester dans cet état de désorientation le restant de sa vie. Il croyait qu'il ne pouvait plus être autonome chez lui et me disait qu'il ne voyait pas son père en centre d'hébergement. Le fils sortait dans le corridor pour pleurer. Le patient n'était pas agité mais parlait beaucoup.*

1. Quelles étaient vos **principales préoccupations** concernant cette personne?

*Est-ce que le comportement du patient est (désorientation) le même ou s'il y a aggravation de son état ? La famille est-elle au courant ? Peut-il se lever seul et chuter de son lit ? A-t-il reçu une médication dans les dernières heures ? S'hydratera-t-il et s'alimentera-t-il seul ?*

2. Quelles sont les **interventions** que vous avez mises en œuvre pour **répondre aux besoins particuliers** de cette personne?

*Je me suis présentée et j'ai présenté l'auxiliaire avec qui je travaillais. Je lui parlais avec de courtes phrases en répétant souvent où il était, la date, le mois et le pourquoi de son hospitalisation.*

*Je lui ai parlé de sa famille. J'ai avisé le préposé de l'état du patient, ses besoins d'aide pour sa toilette et stimulation aux repas. Je me suis assurée qu'il n'était pas souffrant.*

3. Quelles sont les **stratégies** que vous avez utilisées **pour entrer en relation** avec cette personne?

*J'ai essayé de visiter le patient le plus souvent possible en lui mentionnant mon nom. J'ai parlé avec son fils des activités que le patient pratiquait chez lui. Son*

*fil*s pouvait revenir à n'importe quelle heure de la journée. J'ai tenté de le sevrer de l'oxygène pour diminuer au maximum l'usage de « tubes ». J'ai regardé si le patient prenait un narcotique régulièrement.

4. Quelles sont les **informations théoriques et empiriques sur l'ÉCA** qui ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation ?

*Le patient a 70 ans et plus. Chirurgie importante avec anesthésie et circulation extracorporelle. Reçoit opiacé en post-op. Séjour aux soins intensifs et transfert sur l'étage.*

5. Quels ont été les **résultats** à court terme, positifs ou négatifs, de vos interventions sur la personne âgée soignée ?

*Patient n'a pas été obligé d'avoir une contention. Le patient a dîné légèrement avec l'aide de la préposée. Son fils apportera une photo de son petit-fils.*

6. Qu'est-ce qui **permettrait d'améliorer les soins** qui ont été offerts à cette personne?

*Avoir plus de temps à consacrer au patient pour verbaliser avec lui. Communiquer clairement et simplement (beaucoup d'intervenants visitent le patient et posent souvent les mêmes questions). Milieu de travail très actif donc peu de temps accordé à chaque patient. Incrire au Kardex [plan de traitement] toutes particularités au sujet du patient – antécédents, médicaments, habitudes.*

### Quatrième travail réflexif

Rappelez-vous une personne âgée (65 ans et plus) que vous avez soignée au cours des trois dernières semaines et qui présentait des signes d'ÉCA, était à risque de se retrouver un état confusionnel aigu (ÉCA) ou avait vécu un tel syndrome au cours de l'hospitalisation.

Quand vous pensez à cette personne, racontez-moi, avec le plus de détails possible, un **évènement qui vous a marqué**, positivement ou négativement.

*Il s'agit d'un homme de 72 ans admis il y a quelques jours avec un diagnostic de spondylite. Cet homme demeure à Rouyn Noranda et n'a pas de famille, sauf une sœur qui vit à Québec. N.B. Que ce patient a été admis ici avec un diagnostic de délirium car il a reçu du dilaudid à Rouyn (douleurs aux dos et aux jambes). Depuis, il demeure avec une confusion fluctuante. À ma première visite, patient inconfortable, désaturé à 80% avec lunette nasale et dit étouffer. Incapable de garder position bouge++, refuse BIPAP (Bi-level Positive Airway Pressure) qui est prescrit en cas de détresse respiratoire. Visite de l'inhalothérapeute et de la résidente en pneumologie. Celle-ci demande au patient son orientation temps et lieu et il répond de façon orientée. Il accepte le BIPAP à contrecœur. Après 30 minutes, il réclame qu'on enlève le BIPAP. Je visite souvent le patient pour m'assurer qu'il garde le BIPAP et pour vérifier sa saturation. Lorsque je repasse dans la chambre, le patient est contentonné aux poignets et semble apeuré. Après visite médicale, BIPAP cessé et contention aussi. Patient orienté mais propos incohérents avec manque d'attention. La pneumologue lui explique sa condition : son état de santé qui se dégrade de façon très rapide. Lui explique qu'il pourrait avoir de la morphine pour le soulager de sa douleur et qu'il pourrait mourir prochainement. Son regard à ce moment est devenu un regard de panique. Malgré des propos incohérents à ce moment, dit qu'il ne peut pas mourir à 72 ans. Consultation en soins palliatifs demandée après visite de la pneumologue. Patient reçoit petite dose de morphine et a lunettes nasales seulement. Repose bien après analgésique mais s'agite et crie par courtes périodes. Patient vu par médecin en soins palliatifs (...) Le patient a accepté la morphine mais j'ai dû lui expliquer que cette dose l'aiderait au niveau respiratoire et que ça diminuerait ses douleurs constantes au dos et aux jambes. J'ai demandé au médecin de rejoindre sa sœur pour lui expliquer la situation.*

1. Quelles étaient vos **principales préoccupations** concernant cette personne?

*Au début de ma journée, qu'il sature bien; qu'il garde le BIPAP le plus longtemps possible. Par la suite, après visite médicale et explication de son état précaire, qu'il soit soulagé, qu'il ne soit pas seul et qu'il verbalise malgré son état confusionnel.*

2. Quelles sont les **stratégies** que vous avez utilisées **pour entrer en relation** avec cette personne?

*Expliquer les soins et traitements à venir. Lorsque le médecin a appelé sa sœur à Québec, j'ai pris le téléphone sans fil du département et le patient a pu parler à celle-ci. Il parlait de sujets incohérents et n'a pas parlé de la mort.*

3. Quelles sont les **interventions** que vous avez mises en œuvre pour **répondre aux besoins particuliers** de cette personne?

*J'ai visité ce patient plus souvent, à chaque visite médicale j'étais présente dans la chambre pour répéter ce que le médecin lui disait. Je tentais de valider avec le patient sa compréhension de son état de santé*

4. Quelles sont les **informations théoriques ou empiriques sur l'ÉCA** qui ont influencé vos préoccupations et vos actions dans cette situation?

*Échelle de confusion de NEECHAM (14/30)  
Age, insuffisance pulmonaire, désaturation  
Douleur due à la maladie infectieuse (spondylite)  
Alitement.*

5. Quels ont été les **résultats** à court terme, positifs ou négatifs, de vos interventions sur la personne âgée soignée?

*Positifs : la morphine lui a permis de s'asseoir au fauteuil et de s'alimenter. Il a pu parler à sa sœur (la seule chose qui lui a probablement donné un souvenir de sa vie avant l'hospitalisation)*

*+ - négatif : Ce patient n'a pas pris connaissance, même avec explications, du médecin, qu'il s'orientait vers une mort prochaine.*

6. Qu'est-ce qui **permettrait d'améliorer les soins** qui ont été offerts à cette personne?

*Le service de bénévoles pourrait-il venir visiter le patient ?  
Lui offrir de voir l'aumônier*



**Appendice F**  
**Guide du déroulement de l'atelier de groupe**  
**pour les participantes**

## **GUIDE DU DÉROULEMENT DE L'ATELIER DE GROUPE POUR LES PARTICIPANTES**

Vous participez maintenant à un atelier de groupe visant à échanger sur les expériences vécues que vous venez de décrire dans un travail réflexif et à approfondir le contenu de celles-ci. Dans ce document, vous trouverez des informations sur le déroulement de cet atelier qui se divise en trois parties.

### **PARTIE 1 : Échanges au sujet des expériences vécues**

Au cours de cette partie de l'atelier, qui durera trois heures, vous raconterez à tour de rôle l'expérience que vous venez de décrire dans le travail réflexif en donnant le plus de détails possible. Pour que vous vous sentiez toutes à l'aise au cours de cette activité, nous vous suggérons :

- d'écouter attentivement la personne qui parle;
- d'avoir des attitudes verbales et non verbales respectueuses, sans jugement;
- d'éviter d'interrompre la personne qui parle;
- de poser, si besoin, des questions de clarification si vous ne comprenez pas certains éléments de l'expérience racontée.

Après chaque présentation, des échanges auront lieu au sujet de l'expérience racontée. Pour approfondir ces échanges, vous pouvez utiliser les questions critiques suggérées dans le tableau ci-dessous.

#### **Questions critiques pour approfondir les échanges**

Quelle est la signification de l'expérience pour vous?  
 Quelle est, selon vous, la signification de l'expérience pour la personne soignée?  
 Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît juste pour la personne soignée?  
 Qu'est-ce qui a été fait dans cette situation qui vous apparaît responsable pour la personne soignée?  
 Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant?  
 Que ferez-vous la prochaine fois dans une situation semblable?  
 Comment vos connaissances sur l'état confusionnel aigu vous ont aidée dans cette situation?  
 Quelle aurait été, selon vous, la façon la plus appropriée d'utiliser vos connaissances sur l'état confusionnel aigu dans cette situation?  
 Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?  
 Qu'est-ce qui n'est pas considéré dans cette situation?  
 Qui retire le plus d'avantages de cette situation?

Pour que ces échanges soient le plus riches possible, il serait souhaitable que chacune de vous y participe activement et laissent le temps aux personnes de s'exprimer en tolérant, entre autres, les silences.

## **PARTIE 2 : Synthèse des échanges**

Au cours de cette partie de l'atelier, qui durera environ 30 minutes, nous vous demandons d'identifier ce que vous retenir des échanges et qui vous apparaît important pour soigner une personne en ÉCA, notamment les principales préoccupations de l'infirmière au sujet de la personne âgée en état confusionnel aigu (ÉCA), les stratégies pour entrer en relation avec celle-ci, les interventions pour répondre aux besoins significatifs de cette personne, les connaissances scientifiques et les moyens qui permettraient d'améliorer les soins offerts.

## **PARTIE 3 : Partage de connaissances sur l'état confusionnel aigu**

Dans cette dernière partie de l'atelier, d'une durée d'environ 45 minutes, nous vous demandons de considérer le contenu des échanges au sujet des expériences vécues qui ont eu lieu, la synthèse que vous venez de faire, ainsi que les informations sur l'état confusionnel aigu que vous avez en votre possession et d'identifier :

1. les informations sur l'ÉCA qui vous apparaissent utiles pour soigner une personne qui présente ce syndrome;
2. les informations sur l'ÉCA que vous ne connaissez pas ou celles qui doivent être complétées.

Par la suite, une courte présentation et une discussion concernant les informations sur l'ÉCA qui vous manquent, ou sur celles qui sont à compléter, auront lieu pour vous aider à les comprendre et à réfléchir à la possibilité de les utiliser dans votre pratique future.

Si le besoin est exprimé, des informations complémentaires à celles déjà fournies pourraient être transmises par courriel après cet atelier.

**Appendice G**  
**Exemple d'un tableau synthèse complété**  
**lors des ateliers de groupe**

**Tableau synthèse  
Groupe 1**

	<b>Principales préoccupations</b> (savoirs éthiques)	<b>Stratégies relationnelles</b> (savoirs personnels)	<b>Interventions pour répondre aux besoins particuliers</b> (savoirs esthétiques)	<b>Informations scientifiques</b> (savoirs empiriques)	<b>Moyens pour améliorer les soins</b> (savoirs émancipatoires)
<b>Jour 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cibler clientèle ROH et en aviser le MD</li> <li>• Maintenir un environnement sécuritaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoute active</li> <li>• Attitude empathique</li> <li>• Réminiscence</li> <li>• Se présenter</li> <li>• Réorienter le patient</li> <li>• Éviter l'infantilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer la famille</li> <li>• Question unique : Si vous aviez une question à poser, laquelle poseriez-vous en premier</li> <li>• Interroger le patient sur ses besoins</li> <li>• Prévoir disponibilité de la famille en cas d'ÉCA/délirium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les causes de délirium</li> <li>• Consulter les articles/documents de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail d'équipe (multidisciplinaire)</li> <li>• Rédiger un PTI spécifique au risque élevé d'ÉCA/délirium</li> <li>• Cibler l'évaluation/la collecte de données sur les causes connues de l'ÉCA/délirium</li> </ul>
<b>Jour 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer le client et la famille</li> <li>• Soulager la douleur vs exacerbation du delirium (dilemme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mettre au niveau du patient</li> <li>• Éviter la confrontation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec la famille et informer</li> <li>• Appliquer adéquatement les repères (horloge, vêtements, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Différencier le délirium de la démence</li> <li>• Éliminer les causes</li> <li>• Évaluer correctement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager les mesures de contention d'un point de vue éthique</li> <li>• Inscire au kardex + dossier les suspicions d'intolérance</li> <li>• Compléter profil de santé adéquatement</li> <li>• Effectuer évaluation initiale</li> <li>• Effectuer rapport interservices complet</li> <li>• Utiliser différents</li> </ul>

	<b>Principales préoccupations</b> (savoirs éthiques)	<b>Stratégies relationnelles</b> (savoirs personnels)	<b>Interventions pour répondre aux besoins particuliers</b> (savoirs esthétiques)	<b>Informations scientifiques</b> (savoirs empiriques)	<b>Moyens pour améliorer les soins</b> (savoirs émancipatoires)
					médiateurs de transmission des connaissances
<b>Jour 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter d'augmenter l'escalade de l'agressivité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• humour</li> <li>• Contact avec famille (cibler personne ressource)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux patients de verbaliser et faire un retour sur l'évènement</li> <li>• Considérer expertise, expérience, espoir, existence (4E)</li> </ul>	Mise à jour des connaissances: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Famille</li> <li>• Intervention</li> <li>• Réorientation</li> <li>• Causes</li> <li>• Rôle de l'infirmière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Génogramme /Écocarte</li> <li>• Évaluer douleur/signes objectifs et subjectifs</li> <li>• Soulager douleur</li> <li>• Identifier personnes ressources</li> <li>• Agir sur les causes (prévention)</li> </ul>
<b>Jour 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cibler clientèle à risque et avoir un outil fiable pour bonifier l'enseignement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation significative avec le patient (ex. accompagner pt lors de visite médicale car pt ne peut être seul)</li> <li>• Connaître C/F (croyances, culture, connaissances)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire appel aux services de bénévolat et aumônier</li> <li>• Préparer le deuil avec la famille</li> <li>• S'adapter aux besoins du patient par divers moyens (passer le téléphone, asseoir au fauteuil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les facteurs précipitant et prédisposant le délirium</li> <li>• Différencier types de délirium (hypo, hyper, tremens, terminal)</li> <li>• Mise à jour des connaissances thérapeutiques (ex. moyens en soins palliatifs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour le PTI</li> <li>• Travail avec médecin et pharmacien pour augmenter qualité des soins</li> <li>• S'adapter à l'évolution de la situation (répondre aux besoins particuliers)</li> <li>• Soulager la douleur totale</li> </ul>

**Appendice H**  
**Questionnaire sociodémographique pour les participantes**

Code du participant : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_
2. Genre : Féminin \_\_\_\_\_ Masculin : \_\_\_\_\_
3. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière? \_\_\_\_\_
4. Actuellement, quel type de poste occupez-vous?  
Temps partiel : \_\_\_\_\_  
Temps complet : \_\_\_\_\_
5. Quelle est la spécialité de l'unité de soins sur laquelle vous détenez ce poste?  
Cardiologie : \_\_\_\_\_  
Orthopédie : \_\_\_\_\_
6. Sur quel quart de travail occupez-vous ce poste?  
Jour : \_\_\_\_\_  
Soir : \_\_\_\_\_  
Nuit : \_\_\_\_\_
7. Depuis combien de temps détenez-vous ce poste : \_\_\_\_\_
8. Quelle est votre formation?  
DEC : \_\_\_\_\_  
Certificats : \_\_\_\_\_  
Baccalauréat : \_\_\_\_\_  
Maîtrise : \_\_\_\_\_  
Autres (spécifiez): \_\_\_\_\_
9. Avez-vous suivi une formation en lien avec les soins aux personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium au cours des deux dernières années?  
Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Si oui, spécifiez le ou les objectif(s) de la formation et sa durée :

---



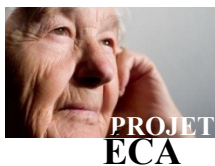
---

—



## **Appendice I**

**Lettre et questionnaire remis aux participantes  
après chaque journée de formation**



Montréal, le [date]

Participants du groupe [1, 2 ou 3]

[Noms des unités de soins]

[Nom du centre hospitalier]

Madame ou Monsieur,

Vous avez participé à une [première, deuxième, troisième ou quatrième] journée de formation dans laquelle vous avez réalisé un travail réflexif et participé à un atelier de groupe. Avant de poursuivre cette formation, nous souhaitons savoir ce que vous pensez de ces activités et de leur utilité pour votre pratique auprès de personnes âgées en état confusionnel aigu (ÉCA) et ce que vous reprenez de celles-ci.

À cet égard, nous vous demandons, s'il-vous-plaît, de remplir un questionnaire (voir document joint) et de le transmettre par courrier interne, dans l'enveloppe préadressée jointe à cet envoi, ou de le remettre à l'animatrice au début de la prochaine journée de formation.

Veillez recevoir, Madame ou Monsieur, mes sincères salutations et mes remerciements pour votre contribution à la recherche en sciences infirmières.

[Nom de l'investigatrice]

[Adresse postale]

[Téléphone]

[Courriel]

p.j.

Code du participant : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE

**Vous avez participé à une journée de formation dans laquelle vous avez réalisé un travail réflexif et participé à un atelier de groupe. Nous souhaitons savoir ce que vous pensez de ces activités et de leur utilité pour votre pratique auprès de personnes âgées en état confusionnel aigu (ÉCA) et ce que vous retenir de celles-ci.**

### *Partie 1*

1. Quand vous pensez au **travail réflexif** que vous venez de réaliser, qu'est-ce que vous avez trouvé **facile à faire**?

---

---

---

---

2. Qu'est-ce qui vous a **aidé** à réaliser ce travail?

---

---

---

---

3. Qu'est-ce que vous avez trouvé **difficile** à faire dans ce travail réflexif?

---

---

---

---

4. Qu'est-ce qui a **nui** à la réalisation de ce travail?

---

---

---

5. Quand vous pensez à l'**atelier de groupe** auquel vous venez de participer, qu'est-ce qui **s'est bien déroulé**?

---

---

---

---

6. Qu'est-ce qui a **facilité** le déroulement de cet atelier?

---

---

---

---

7. Qu'est-ce qui **s'est moins bien déroulé** dans cet atelier?

---

---

---

---

8. Qu'est-ce qui a **nui** au déroulement de cet atelier?

---

---

---

---

**Partie 2**

9. Quand vous pensez au **contenu du travail réflexif** que vous venez de faire, qu'est-ce qui vous apparaît **utile** pour votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?

---

---

---

10. Qu'est-ce qui vous apparaît **moins utile dans le contenu du travail réflexif** que vous venez de faire pour votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA ou en délirium?

---

---

---

---

11. Quand vous pensez à l'**atelier de groupe** auquel vous venez d'assister, qu'est-ce qui vous apparaît **utile** pour votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA ou en délirium?

---

---

---

---

12. Qu'est-ce qui vous apparaît **moins utile** pour votre pratique auprès des personnes âgées en ÉCA ou en délirium dans cet **atelier de groupe**?

---

---

---

---

**Partie 3**

13. Si vous aviez à expliquer à une de vos collègues **ce que vous avez appris** au cours de la **journée de formation** à laquelle vous venez de participer, que lui diriez-vous?

---

---

---

---

---

14. Qu'est-ce que vous retenez au sujet des **différentes préoccupations** que l'on peut avoir au sujet d'une personne âgée en ÉCA ou en délirium?

---

---

---

---

15. Qu'est-ce que vous retenez sur les **façons d'entrer en relation** avec les personnes âgées en ÉCA ou en délirium?

---

---

---

---

16. Qu'est-ce que vous retenez au sujet des **interventions** pouvant aider les personnes âgées en ÉCA ou en délirium?

---

---

---

---

17. Qu'est-ce que vous retenez au sujet **des informations sur l'ÉCA et le délirium?**

---

---

---

---

18. Qu'est-ce que vous retenez au sujet des **moyens qui permettraient d'améliorer les soins** aux personnes âgées en ÉCA et en délirium?

---

---

---

**Merci beaucoup de votre participation.**

**SVP, REMETTRE CE QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ À L'ANIMATRICE**  
**AVANT LE DÉBUT DE LA PROCHAINE JOURNÉE DE FORMATION OU**  
**AVANT L'ENTREVUE INDIVIDUELLE S'IL S'AGIT DE LA DERNIÈRE**  
**JOURNÉE DE FORMATION**

**Appendice J**  
**Guide d'entrevue individuelle semi-structurée**  
**avec les participantes après l'intervention éducative**



## **GUIDE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE**

### **Rappel à faire au début de l'entrevue**

**Vous avez récemment participé à quatre journées de formation au cours desquelles vous avez réalisé des travaux réflexifs et participé à des ateliers de groupe. Lors de ces ateliers, nous avons fourni des fiches d'informations sur l'ÉCA, vous avez échangé sur les différents événements que vous avez vécus avec une personne en ÉCA et vous avez écrit sur un tableau synthèse ce que vous reprenez comme utile pour soigner une telle personne. Nous sommes maintenant intéressées à savoir ce que vous pensez du déroulement de cette formation et de son utilité pour votre pratique auprès des personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium, ce que vous avez appris au cours de celle-ci et comment ont évolué les résultats des soins que vous offrez.**

### **Questions sur le déroulement de l'intervention éducative**

Pouvez-vous me dire ce qui a bien fonctionné dans cette formation?

Selon vous, qu'est-ce qui a facilité le déroulement de cette formation?

Pouvez-vous me dire ce qui n'a pas bien fonctionné dans cette formation?

Selon vous, qu'est-ce qui a nui au déroulement de cette formation?

### **Questions sur l'utilité de l'intervention éducative**

Si une de vos collègues vous demandait qu'est-ce que ça vous a donné de participer à cette formation, que lui diriez-vous?

Pouvez-vous me dire ce qui a été le plus utile au cours de cette formation pour votre pratique auprès des personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium?

Pouvez-vous me dire ce qui a été le moins utile au cours de cette formation pour votre pratique auprès des personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium?

### **Questions sur les savoirs infirmiers**

Si j'avais pu observer votre pratique auprès des personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium avant cette formation et maintenant, quelles seraient les différences que je verrais?

*Concernant les savoirs éthiques*

Depuis que vous avez complété cette formation, qu'est-ce qui est différent dans vos préoccupations concernant les personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium?

*Concernant les savoirs esthétiques*

Depuis que vous avez complété cette formation, qu'est-ce que vous avez modifié dans vos stratégies d'interventions pour répondre aux besoins des personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium?

*Concernant les savoirs personnels*

Depuis que vous avez complété cette formation, qu'est-ce qui a changé dans votre façon d'entrer en relation avec les personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium et leurs proches?

*Concernant les savoirs empiriques*

Depuis que vous avez complété cette formation, qu'est-ce que vous avez appris sur l'état confusionnel aigu et le délirium qui vous apparaît utile pour votre pratique auprès des personnes âgées présentant ce syndrome?

*Concernant les savoirs émancipatoires*

Depuis que vous avez complété cette formation, quels sont les moyens permettant d'améliorer les soins aux personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium que maintenant vous voyez?

**Question sur la perception des résultats des soins**

Depuis que vous avez complété cette formation, quelles différences observez-vous dans les résultats des soins que vous offrez aux personnes âgées en état confusionnel aigu ou en délirium?

**Appendice K**  
**Dossier d'analyse intra participante**

Code de la participante: \_\_\_\_\_

**PROCESSUS****CATÉGORIE: CONDITIONS FACILITANT L'INTERVENTION****Quelles sont les conditions qui facilitent le déroulement de l'intervention éducative?****Entrevue finale**

<b>Questions</b>	<b>Codes</b>	<b>Verbatim</b>
Conditions facilitant le travail réflexif		
Conditions facilitant l'atelier de groupe		
Conditions facilitant l'intervention en général		

**Questionnaires**

<b>Questions</b>	<b>Jour 1</b>	<b>Jour 2</b>	<b>Jour 3</b>	<b>Jour 4</b>
Qu'est-ce qui a été facile dans le travail réflexif?(q.1)				
Qu'est-ce qui a aidé?(q.2)				
Qu'est-ce qui s'est bien déroulé dans l'atelier de groupe?(q.5)				
Qu'est-ce qui a facilité le déroulement de l'atelier de groupe?(q.6)				

**SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS**

## CATÉGORIE: CONDITIONS CONTRAIGNANT L'INTERVENTION

Quelles sont les conditions qui contraignent le déroulement de l'intervention éducative?

### Entrevue finale

Questions	Codes	Verbatim
Conditions contraignant le travail réflexif		
Conditions contraignant l'atelier de groupe		
Conditions contraignant l'intervention en général		

### Questionnaires

Questions	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Qu'est-ce qui a été difficile dans le travail réflexif?(q.3)				
Qu'est-ce qui a nui?(q.4)				
Qu'est-ce qui s'est moins bien déroulé dans l'atelier de groupe? (q.7)				
Qu'est-ce qui a nui au déroulement de l'atelier de groupe?(q.8)				

### SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS

**CATÉGORIE: ASPECTS UTILES POUR LA PRATIQUE**

**Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent utiles pour améliorer leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?**

**Entrevue finale**

<b>Question</b>	<b>Codes</b>	<b>Verbatim</b>
Aspects utiles pour la pratique avec personne en ÉCA		

**Questionnaires**

<b>Questions</b>	<b>Jour 1</b>	<b>Jour 2</b>	<b>Jour 3</b>	<b>Jour 4</b>
Qu'est-ce qui vous apparaît utile pour la pratique dans le travail réflexif?(q.9)				
Qu'est-ce qui vous apparaît utile pour la pratique dans l'atelier de groupe?(q.11)				

**SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS**

--

**CATÉGORIE: ASPECTS MOINS UTILES POUR LA PRATIQUE**

**Quels sont les aspects de l'intervention éducative que les participantes trouvent moins utiles pour améliorer leur pratique auprès des personnes âgées en ÉCA?**

**Entrevue finale**

<b>Question</b>	<b>Codes</b>	<b>Verbatim</b>
Aspects moins utiles pour la pratique avec personne en ÉCA		

**Questionnaires**

<b>Questions</b>	<b>Jour 1</b>	<b>Jour 2</b>	<b>Jour 3</b>	<b>Jour 4</b>
Qu'est-ce qui vous apparaît moins utile pour la pratique dans le travail réflexif? (q.10)				
Qu'est-ce qui vous apparaît moins utile pour la pratique dans l'atelier de groupe? (q.12)				

**SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS**

--

## RÉSULTATS

### CATÉGORIE: SAVOIRS EXPRIMÉS

Quels sont les savoirs empiriques, esthétiques, éthiques, personnels et émancipatoires exprimés par les participantes au cours de l'intervention éducative?

#### Entrevue finale

Questions	Codes	Verbatim
Savoirs empiriques		
Savoirs esthétiques		
Savoirs éthiques		
Savoirs personnels		
Savoirs émancipatoires		

#### Questionnaires

Questions concernant	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Savoirs empiriques (q.17)				
Savoirs esthétiques (q. 16)				
Savoirs éthiques (q.14)				
Savoirs personnels (q.15)				
Savoirs émancipatoires (q.18)				

#### Travaux réflexifs (codés)

Savoirs empiriques	
<b>Travail 1</b>	
<b>Travail 2</b>	
<b>Travail 3</b>	
<b>Travail 4</b>	
Savoirs esthétiques	
<b>Travail 1</b>	
<b>Travail 2</b>	
<b>Travail 3</b>	
<b>Travail 4</b>	
Savoirs éthiques	
<b>Travail 1</b>	



<b>Travail 2</b>	
<b>Travail 3</b>	
<b>Travail 4</b>	
<b>Savoirs personnels</b>	
<b>Travail 1</b>	
<b>Travail 2</b>	
<b>Travail 3</b>	
<b>Travail 4</b>	
<b>Savoirs émancipatoires</b>	
<b>Travail 1</b>	
<b>Travail 2</b>	
<b>Travail 3</b>	
<b>Travail 4</b>	

#### Notes de terrain (codés)

	<b>Atelier 1</b>	<b>Atelier 2</b>	<b>Atelier 3</b>	<b>Atelier 4</b>
Savoirs empiriques				
Savoirs esthétiques				
Savoirs éthiques				
Savoirs personnels				
Savoirs émancipatoires				

#### SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS

## CATÉGORIE: RÉSULTATS DES SOINS PERÇUS

**Quelles sont les perceptions des participantes concernant les résultats des soins qu'elles offrent aux personnes âgées en ÉCA et à leurs familles au cours de l'intervention éducative?**

### Entrevue finale

Question	Codes	Verbatim
Résultats de soins		

### Travaux réflexifs (codés)

Résultats de soins	Travail 1	Travail 2	Travail 3	Travail 4
Sur personnes soignées				
Sur familles				

### Notes de terrain (codés)

Résultats des soins	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3	Atelier 4
Sur personnes soignées				
Sur familles				

### SOUS-THÈMES ET VERBATIM ASSOCIÉS

--

**Appendice L**  
**Fiches d'informations théoriques et empiriques**  
**sur l'ÉCA après ajustements**

## Fiche # 5

**QUELLES SONT LES INTERVENTIONS AIDANT  
À PRÉVENIR OU À TRAITER UN ÉCA?**

Étant donné la variété de causes qui sont à l'origine d'un ÉCA, les interventions pour le prévenir et le traiter sont multiples. Dans les études expérimentales réalisées au sujet du délirium, les chercheurs ont constaté que c'est avec la création d'un environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel visant l'équilibre physiologique, le confort et la sécurité que l'on peut diminuer l'incidence, la durée et la sévérité du délirium et améliorer l'état fonctionnel de la personne soignée (Milisen et al., 2005). Le tableau ci-joint résume les composantes de cet environnement.

<b>Environnement de soutien</b>	<b>Interventions</b>	<b>Résultats visés</b>
Interpersonnel	Communication thérapeutique (rassurer, reconnaître les besoins et les perceptions et expliquer à l'avance les interventions). Explication de l'ÉCA à la personne et à ses proches. Rétrospection exploratoire (susciter un retour sur l'expérience vécue).	Confort (impression de contrôle) Sécurité
Physique	Gestion de la douleur Mobilisation précoce Alimentation et hydratation adéquates Gestion du sommeil (idéalement sans médicament) Gestion de l'agitation (présence rassurante, mesures de contrôle chimique ou physique)	Équilibre physiologique Confort Sécurité (éviter les blessures)
Sensoriel	Gestion de la vision et de l'audition Orientation dans la réalité et visite quotidienne (membres du personnel, proches, bénévoles) Activités thérapeutiques (lectures, mots croisés, discussion sur l'actualité)	Sécurité (Orientation dans la réalité)

(réf : Bélanger et al., 2009)

### **Pour en savoir davantage sur les interventions aidant à prévenir et traiter un ÉCA.**

Bélangier, L., Coulombe, R., Wanis, L., Roch, G., & Ducharme, F. (2008). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë*. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (pp. 20-25 et annexe 2, 4, 5 et 6). (disponible en ligne : [http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion\\_aigue.pdf](http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion_aigue.pdf)).

Bélangier, L., Coulombe, R., Wanis, L., & Roch, G. (2009). Un programme de soins basé sur le caring. *Perspective Infirmière*, 6(3), 28-32. (disponible en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-antérieurs>).

### ***L'orientation dans la réalité***

Dans un article récent (Day et al., 2011), les auteurs soulignent que parce que les personnes en ÉCA sont dans leur propre monde, l'orientation dans la réalité n'est pas toujours une stratégie efficace. Cette stratégie confronte la personne qui peut devenir méfiante, anxieuse, agitée, voire agressive. À cet égard, ces auteurs suggèrent que les intervenants et les proches aidants ne forcent pas la personne âgée à être dans la même réalité qu'eux et adaptent leur stratégie d'orientation au caractère fluctuant du délirium.

### **Pour en savoir davantage au sujet de l'orientation dans la réalité des personnes en ÉCA**

Day, J., Higgins, I., & Keatinge, D. (2011). Orientation strategies during delirium: Are they helpful? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3285-3294. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03849.x

### ***L'approche collaborative avec la famille***

En 2008, une étude a été réalisée auprès des familles d'une personne âgée hospitalisée ayant vécu un ÉCA afin de comprendre l'expérience qu'elles ont vécue (Stenwall, 2008). Les résultats de cette étude soulignent, entre autres, qu'elles se sentent démunies et vivent de l'insécurité devant le changement rapide et soudain qu'elles observent chez leur proche, veulent agir pour le mieux pour l'aider, mais se sentent seules devant les décisions à prendre. Les auteurs de cette étude suggèrent aux infirmières d'informer et de soutenir les familles des personnes âgées en ÉCA afin de réduire leur insécurité et leur solitude. Ils ajoutent qu'en agissant de la sorte les infirmières peuvent obtenir la collaboration des familles pour mieux comprendre la

personne âgée en ÉCA et améliorer les soins offerts. Plus précisément, pour diminuer le stress vécu par les familles, Duhamel (2007) suggère de reconnaître :

- leur EXISTENCE en se présentant et en leur faisant sentir qu'elles sont importantes et sont les bienvenues auprès de leur proche;
- leur EXPÉRIENCE en s'informant sur ce qu'elles vivent, en écoutant et en légitimant leurs craintes et en leur donnant de l'information sur la condition de leur proche et sur les façons de l'approcher;
- leur EXPERTISE en les faisant participer aux soins et à certaines décisions, en soulignant leurs forces et en reconnaissant l'impact de leur soutien sur leur proche;
- leur besoin d'ESPOIR en les rassurant, en normalisant les signes et symptômes et en les informant sur l'évolution de la condition de leur proche.

### **Pour en savoir davantage sur l'approche proposée par Duhamel (2007)**

Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc, Chapitre 4 et p. 234-235.

## *La gestion de la douleur*

La douleur est un facteur pouvant précipiter l'ÉCA et avoir des conséquences néfastes pour la personne atteinte. Toutefois, la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs serait sous-traitée à cause de certaines croyances des personnes âgées elles-mêmes, des membres de leurs familles ou des professionnels de la santé (Prowse, 2006). Plusieurs de ceux-ci croient, entre autres, que la douleur est normale en vieillissant, que la perception de la douleur diminue avec l'âge, que la personne qui ne se plaint pas n'est pas souffrante et que les opiacés sont dangereux pour les personnes âgées.

Par ailleurs, étant donné la diminution de la fonction cardiaque, rénale et hépatique, la réduction de la masse musculaire, l'augmentation de la masse graisseuse, la diminution du débit sanguin dans le cerveau et du volume cérébral ainsi que la réduction de l'efficacité du processus homéostatique, de petites doses d'analgésiques données fréquemment et débutées lentement sont recommandées pour les personnes âgées (Prowse, 2006). L'utilisation du paracétamol (Tylénol®) en concomitance avec les opiacés est aussi une approche à considérer chez les personnes âgées. Les anti-inflammatoires doivent être utilisés avec précaution chez cette clientèle (Prowse, 2006).

Des instruments d'évaluation de la douleur valide chez des personnes âgées ayant des problèmes cognitifs valides sont disponibles dans les écrits. Par exemple, la *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) comprend cinq comportements à observer (plaintes

vocales, grimaces/crispations, raidissement, agitation, plaintes verbales) au repos et en mouvement (Feldt, 2000). Cependant, selon des infirmières soignantes expertes dans la gestion de la douleur postopératoire ayant participé à l'étude de Richards et Hubbert (2007), un tel instrument ne serait pas suffisant. Ces infirmières soulignent que, dans leur pratique, elles considèrent la personne de façon globale (signes physiques, comportements verbaux et non verbaux, participation aux activités telles spirométrie, mobilité), recherchent des méthodes alternatives pour soulager la douleur avant de donner l'analgésie (Humour, relaxation, distraction) et écoutent et acceptent ce que le patient dit, même si elles doivent mettre de côté leurs propres croyances, puisqu'elles sont conscientes que la perception de la douleur et des moyens à prendre pour la soulager varient selon les personnes.

**Pour en savoir davantage sur ce que font les infirmières expertes en gestion de la douleur postopératoire.**

Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24.

***L'utilisation de mesures de contrôle physiques et chimiques***

L'utilisation de mesures de contrôle physiques a des implications sur le bien-être des personnes restreintes. Les personnes ayant vécu cette expérience disent qu'elles ont eu peur pour leur sécurité, ont été traumatisées et se sont senties impuissantes, vulnérables et traitées comme un objet (Strout, 2010). En fait, ce type de mesure est une procédure à haut risque qui ne doit être retenue qu'en dernier recours. D'autres options doivent être envisagées avant de prendre la décision d'utiliser des mesures de contrôle (Parenteau et al., 2010). Des techniques pour arrêter l'escalade, la réponse aux besoins spécifiques de la personne et l'utilisation de moyens pharmacologiques sont suggérées dans les écrits (Strout, 2010).

Toutefois, l'utilisation de moyens pharmacologiques comme mesure de contrôle n'est pas sans risque. Par exemple, l'Haldol® peut, entre autres, causer des problèmes d'arythmie. Les benzodiazépines (p.ex. Ativan®) peuvent exacerber le délirium (CCSMH, 2006). Les antipsychotiques (p.ex. Risperdal®, Zyprexa®, Seroquel®) peuvent provoquer de l'hypotension orthostatique, des effets anticholinergiques et extrapyramidaux et des troubles métaboliques (Belzile, 2011). Ces mesures doivent être envisagées uniquement lorsque la personne est agitée et a un comportement à risque pour sa sécurité ou celle des autres (CCSMH, 2006).

**Pour en savoir davantage au sujet des mesures de contrôle physiques et chimiques.**

Belzile, J. (2011). Les antipsychotiques atypiques : une surveillance clinique importante. *Perspective Infirmière*, 8(5), 51-54. (disponible en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-anterieurs>).

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). Lignes directrices nationales. *La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Auteur (disponible en ligne : <http://www.ccsmh.ca/fr/guidelinesUsers.cfm>)

Parenteau, M., Houle, J., & Cloutier, L. (2010). Contentions aux soins intensifs. *Perspective Infirmière*, 7(6), 35-40. (disponible en ligne : <http://www.oiiq.org/publications/perspective-infirmiere/numeros-anterieurs>).



## Fiche # 7

**LES SAVOIRS REQUIS POUR SOIGNER  
UNE PERSONNE EN ÉCA?**

En 2008, Chinn et Kramer, s'inspirant des travaux de Carper (1978) et de plusieurs théoriciennes et chercheuses en sciences infirmières, ont identifié cinq savoirs qui seraient le reflet d'une pratique experte et efficace du soin infirmier. Ces savoirs sont ceux que l'infirmière utilise lorsqu'elle soigne une personne ayant des besoins complexes, par exemple celle qui est en ÉCA. Voici comment chacun de ces savoirs s'exprime dans la pratique.

Savoirs	Dans la pratique, on les reconnaît quand...
Empiriques	l'infirmière entre dans un processus de résolution de problème et de raisonnement logique en tenant compte des connaissances scientifiques existantes.
Esthétiques	l'infirmière apprécie la signification profonde que la personne soignée, ou sa famille, donne à son expérience et utilise des moyens créatifs pour transformer cette expérience.
Éthiques	l'infirmière se questionne sur ce qui est juste et responsable à faire dans une situation spécifique et ses actions sont cohérentes avec ce qu'elle pense.
Personnels	l'infirmière se sert de son identité de façon thérapeutique de sorte que ses relations avec la personne soignée deviennent significatives.
Émancipatoires	l'infirmière est capable d'identifier les iniquités d'une situation, de clarifier les valeurs et les croyances culturelles requises pour que celle-ci soit juste et équitable et d'agir pour la transformer.

*(adapté de Chinn et Kramer, 2008)*

Pour Chinn et Kramer (2008), ces savoirs sont interdépendants et composent les bases du corps de connaissances de l'infirmière.

**Pour en savoir davantage sur les différents savoirs utilisés par les infirmières.**

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated Knowledge development in Nursing*. St-Louis, Missouri: Mosby.

**Appendice M**  
**Guide du déroulement de l'atelier de groupe**  
**pour les participantes après ajustements**

## **GUIDE DU DÉROULEMENT DE L'ATELIER DE GROUPE POUR LES PARTICIPANTES APRÈS AJUSTEMENTS**

Au cours de cette première partie de l'atelier, d'une durée d'environ quatre heures trente minutes, vous raconterez à vos collègues, à tour de rôle, l'évènement que vous venez de décrire dans le travail réflexif. Pour que toutes les participantes se sentent à l'aise lors de cette activité, nous vous suggérons :

- d'écouter attentivement la personne qui parle;
- d'avoir des attitudes verbales et non verbales respectueuses, sans jugement;
- d'éviter d'interrompre la personne qui parle;
- de poser, si besoin, des questions de clarification si vous ne comprenez pas certains éléments de l'évènement raconté.

Après chaque présentation, des échanges auront lieu au sujet de l'évènement raconté. Pour approfondir ces échanges, nous vous suggérons d'utiliser les questions critiques (voir tableau ci-dessous). Pour que ces échanges soient les plus riches possible, il est souhaitable que chacune de vous y participe activement et laisse le temps aux personnes de s'exprimer en tolérant, entre autres, les silences.

<b>Questions critiques pour approfondir vos échanges</b>
<p>Quelle est la signification de l'évènement pour vous?</p> <p>Quelle est, selon vous, la signification de l'évènement pour la personne soignée?</p> <p>Qu'est-ce qui vous apparaît juste et responsable pour la personne soignée dans cette situation?</p> <p>Qu'est-ce que vous comprenez mieux maintenant?</p> <p>Que feriez-vous la prochaine fois dans une situation semblable?</p> <p>Quelle aurait été, selon vous, la façon la plus appropriée d'utiliser vos connaissances sur l'ÉCA dans cette situation?</p> <p>Quelles sont les barrières à la liberté de la personne soignée que vous observez dans cette situation?</p> <p>Qu'est-ce qui n'est pas visible dans cette situation?</p> <p>Qui retire le plus d'avantages de cette situation?</p>

À la fin de chaque présentation, nous vous demanderons d'identifier les principales préoccupations au sujet des personnes âgées en ÉCA, les stratégies pour entrer en relation avec ces personnes, les interventions pour répondre à leurs besoins, les connaissances scientifiques et les moyens qui permettraient d'améliorer les soins offerts que vous retenir des échanges que vous aurez eus avec vos collègues qui vous apparaissent importants pour soigner une personne en ÉCA.

Par la suite, au besoin, une courte présentation et une discussion concernant les informations sur l'ÉCA auront lieu pour vous aider à les comprendre et à réfléchir à la possibilité de les utiliser dans votre pratique. Si le besoin est exprimé, des informations

complémentaires à celles déjà fournies pourraient être transmises par courriel par l'animatrice après cet atelier.