

Université de Montréal

Activité éducationnelle pour outiller les assistantes infirmières-chefs à stimuler le raisonnement
clinique chez les infirmières en soutien à domicile

Par

Samantha François

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en
sciences infirmières

Option formation en sciences infirmières

Juin, 2020

© Samantha François, 2020

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage intitulé

**Activité éducationnelle pour outiller les assistantes infirmières-chefs à stimuler le
raisonnement clinique chez les infirmières en soutien à domicile**

Présenté par
Samantha François

Soumis au jury composé des membres suivants :

Mme Karine Bilodeau,
Directrice/Membre du jury

Mme Johanne Goudreau,
Membre du jury

Mme Frédérique Lamoureux-Pelletier,
Personne-ressource/Membre du jury

Résumé

Contexte : Les assistantes infirmières-chefs (AIC) en soutien à domicile (SAD) participent au développement professionnel des infirmières de leurs équipes en vue de favoriser leur autonomie professionnelle. Elles jouent également un rôle dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins octroyés aux patients. Les soins en SAD représentent un défi quotidien pour les infirmières : d'une part, en raison de leur complexité en termes de clientèles et de variétés dans les soins offerts, d'autre part en raison de la précarité des ressources infirmières disponibles. La complexification des soins exige que ces dernières utilisent davantage le raisonnement clinique d'autant plus qu'un manque à ce niveau peut compromettre la sécurité des patients et conduire à de mauvais résultats cliniques. Il importe de favoriser le développement du raisonnement clinique des infirmières en SAD. Le but de ce stage était de développer et de mettre à l'essai, auprès des AIC, une activité éducationnelle favorisant le déploiement de stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières en SAD.

Intervention en stage : Une activité éducationnelle composée de trois ateliers portant sur les stratégies de stimulation du raisonnement, incluant le questionnement et le *think aloud*, ainsi que des séances de coaching individualisées ont été dispensés auprès de neuf AIC de secteurs de SAD d'un Centre intégré de santé et de services sociaux se situant dans la Communauté métropolitaine de Montréal. L'activité éducationnelle a été inspirée des théories de l'apprentissage actif et des lignes directrices sur la mise en œuvre de pratiques exemplaires proposées par le *Registered Nurse of Ontario* [RNAO] en 2012.

Retombées du stage : Les résultats de ce stage ont avéré que les ateliers de formation continue sur le raisonnement clinique étaient pertinents pour les AIC. Ceux-ci leur ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la manière de stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières de leurs équipes. Le *coaching* semble avoir facilité le transfert de ces nouvelles connaissances dans leur pratique. Enfin, au terme de l'activité éducationnelle, les AIC se sentaient mieux outillées à stimuler le raisonnement clinique au sein de leurs équipes.

Mots clés : assistante infirmière-chef, raisonnement clinique, coaching, soutien à domicile, questionnement, *think aloud*

Abstract

Context: The assistant head nurses in home support participate in the professional development of the nurses in their teams with a view to promoting their professional autonomy. They also play a role in respecting the quality and safety of patient care. On balance, they provide support to nurses in their areas. Note that home care represents a daily challenge for nurses: on the one hand, because of their complexity in terms of clientele and the variety of care offered; on the other hand, due to the precariousness of the nursing resources available. Complexification of care requires that home care nurses use more clinical reasoning, especially since a lack at this level can compromise patient safety and lead to poor clinical results. It is therefore important to promote the development of clinical reasoning for nurses in home care. The purpose of this internship was to develop and test, with assistant head nurses, an educational activity promoting the deployment of strategies to stimulate clinical reasoning among nurses in home care.

Internship intervention: An educational activity made up of three workshops on strategies for stimulating clinical reasoning, including questioning and think aloud, as well as individual coaching sessions were given to nine assistant head nurses from the home care of an integrated health and social services center located in the Metropolitan Community of Montreal. This educational activity is inspired by active learning theories and best practice guidelines from the Registered Nurse of Ontario [RNAO] in 2012.

Benefits of the internship: The results of this internship proved that the continuing education workshops on clinical reasoning were relevant for assistant head nurses. These allowed them to acquire new knowledge on how to stimulate clinical reasoning among the nurses on their teams. Coaching seems to have facilitated the transfer of this new knowledge into their practice. Finally, at the end of this educational activity, the assistant head nurses felt better equipped to stimulate clinical reasoning within their teams.

Keywords: assistant head nurse, clinical reasoning, coaching, home support, questioning, think aloud

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des sigles	8
Remerciements	9
Chapitre 1 : Problématique.....	10
But du stage.....	14
Objectifs du stage	14
Objectifs d'apprentissage	15
Chapitre 2 : Recension Des Écrits.....	16
Rôle de l'assistante-infirmière-chef (AIC).....	17
Théories de l'apprentissage	19
Cognitivism	19
Socioconstructivisme	19
Raisonnement clinique	20
Pensée critique.....	21
Stratégies de stimulation du raisonnement clinique	22
Questionnement et <i>think aloud</i>	22
Coaching.....	25
Activités de partage de connaissances	26
Chapitre 3 : Cadre De Référence.....	27
Chapitre 4 : Déroulement Du Stage	31
Description du stage et personne-ressource	32

Activités préalables à l'intervention.....	32
Engagement des utilisatrices	33
Développement de l'intervention	33
Identification du problème	34
Adaptation au contexte local	34
Identification des barrières et des facilitateurs	34
Mise en place et contenu de l'intervention.....	35
Maintien de l'intervention via <i>le coaching</i>	37
Constats de l'intervention.....	40
Chapitre 5 : Discussion	41
Pertinence du stage.....	42
Retour sur l'intervention	43
Barrières et facilitateurs du projet	43
Retour sur la dimension pédagogique de l'intervention.....	44
Retour sur les objectifs de stage et d'apprentissage	47
Retombées de l'intervention.....	49
Forces et limites de l'intervention.....	50
Recommandations	51
Conclusion.....	52
Références	53
Appendice A : Cycle du raisonnement clinique.....	59
Appendice B : La minute du superviseur	61
Appendice C : Contrat de coaching.....	63
Appendice D : Lettre d'invitation aux AIC.....	65
Appendice E : Aide-mémoire.....	68
Appendice F : Planification de l'intervention	71

Appendice G : Études de cas atelier 1	73
Appendice H : Étude de cas atelier 1 (suite)	75
Appendice I : Études de cas atelier 2	77
Appendice J : Jeu de rôles	79
Appendice K : Objectifs des séances de coaching	81
Appendice L : Étude de cas intégratrice.....	83
Appendice M : Questionnaire d'appréciation	85

Liste des sigles

AIC: Assistantes infirmières-chef

COVID-19: *Coronaro Virus Disease*

ICF: *International Coach Fédération*

FSI: Faculté des Sciences Infirmières

RNAO: *Registered Nurse Association of Ontario*

SAD: Soutien à domicile

Remerciements

Un merci solennel à la vie qui m'a permis de m'investir dans ce projet de longue haleine. Trois années à marcher, trébucher, se relever pour enfin entrevoir la lueur au bout du tunnel et se laisser envahir par une émotion, la joie !

Avant de m'envoler vers de nouveaux défis, je remercie tous ceux et celles qui ont su m'épauler lors de mes jours gris ; vous avez tous nourri la flamme qui me poussait à cheminer.

Un merci particulier aux assistantes infirmières-chefs de mon milieu de stage qui, par leur engagement, ont permis de faire vivre mon projet. Sans vous, il n'aurait pas vu le jour !

Un grand merci à ma personne-ressource qui a su me conseiller et me guider consciencieusement aux différentes étapes qui ont jalonné ce projet. J'en suis reconnaissante.

Un sincère merci à ma directrice de stage qui a su m'accorder son inestimable soutien tout au long de cette aventure. Ses précieux conseils et sa patience à toute épreuve m'ont insufflé le courage de continuer à m'améliorer davantage. Merci d'avoir cru en la faisabilité de ce projet !

Un chaleureux merci à Mme Sophia Merisier qui a su me conseiller diligemment comme experte externe.

Un merci du fond du cœur à ma famille, mon exutoire. Cette famille qui a cru en moi et m'a toujours poussé à donner le meilleur.

Un merci à mon conjoint qui, par son écoute et ses délicates attentions, a su m'aider à passer à travers les vicissitudes de ces trois années.

Un merci candide à Tibro et Widou qui ont vécu cette aventure avec moi, en partageant joies et peines. À nous, les trois mousquetaires, nous y sommes!

Chapitre 1 : Problématique

Depuis les vingt dernières années, le système de santé s'est engagé dans un « virage ambulatoire » se manifestant concrètement par la diminution du temps d'hospitalisation des patients (Ouellet et Mukamurera, 2015). Indubitablement, cette transformation du système de santé a occasionné certains changements quant aux tâches effectuées par les infirmières œuvrant en soutien à domicile (SAD). Elles prodiguent des soins jadis offerts en milieu hospitalier (Gagnon, Guberman, Coté, Gilbert, Thivierge, et Tremblay, 2002). De plus, les soins offerts à domicile sont de plus en plus complexes en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation des diagnostics de maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires) et de la variabilité des clientèles (enfant, adulte, personne âgée) (Association des infirmiers et des infirmières du Canada [AIIC], 2013 ; Lee, Lee, Bae, et Seo, 2016). À juste titre, les écrits scientifiques font état de la place essentielle qu'occupe le SAD dans le continuum de soins et avancent que la demande ne fera qu'accroître durant les années à venir (AIIC, 2013). D'ailleurs l'Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ] (2018) prévient que la proportion de la population est constituée de personnes âgées de plus de 65 ans et atteindra 25 % en 2030. L'INSPQ rappelle que les probabilités de développer une maladie chronique s'accroissent avec l'âge. Ainsi, il est envisagé que la demande de soins infirmiers à domicile s'intensifiera au cours des prochaines années (Institut Canadien d'information sur la Santé [ICIS] 2011).

L'infirmière qui travaille en SAD est une des professionnels de la santé qui assure un accès aux services de santé pour les personnes vivant avec une situation de santé chronique à la maison. Ce travail se fait en collaboration interprofessionnelle avec une équipe de professionnels variés (travailleur social, ergothérapeute, médecin). L'infirmière contribue à la coordination des soins et des services entre le patient et le système de santé. Elle peut aussi le référer à d'autres professionnels si l'évolution de l'état de santé est hors du champ de ses compétences (Ouellet et Mukamurera, 2015). Il est à préciser que les infirmières œuvrant en SAD ont une pratique dite communautaire. Selon les *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*, cette pratique repose sur sept principes fondamentaux : 1) promotion de la santé, 2) prévention de la maladie, 3) maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs, 4) établir des relations professionnelles de partenariat avec la personne, la famille et la communauté, 5) renforcement des capacités de la personne, famille, communauté, 6) faciliter l'accès et l'équité aux soins, 7) faire preuve de responsabilité professionnelle (Mildon, Betker, et Underwood, 2011).

Ainsi, ces infirmières sont tenues d'offrir des soins de qualité afin que les patients demeurent le plus longtemps possible à domicile de manière sécuritaire et dans la dignité (Infirmières et Infirmiers en Santé Communautaire du Canada, 2010).

L'infirmière travaillant en SAD doit faire preuve d'autonomie professionnelle et d'un raisonnement clinique articulé afin d'intervenir de manière sécuritaire auprès des patients (Deshaies, Bilodeau, et Leprohon, 2010 ; Johnsen, Slettebø, et Fossum, 2016). Dans cet ordre d'idée, certains auteurs énoncent que le raisonnement clinique s'enrichit à l'aide de la pratique clinique et de la formation continue (Cruz, Pimenta, et Lunney, 2009; Cerullo et da Cruz, 2010). Il est curieux de constater que peu d'études ont été spécifiquement consacrées à la manière dont les infirmières occupant une fonction en SAD utilisent le raisonnement clinique (Johnsen, Slettebø, et Fossum, 2016). En revanche, le raisonnement clinique en soins critiques a été considérablement étudié (Göransson, Ehnfors, Fonteyn, et Ehrenberg, 2008 ; Ludin, 2018). Le raisonnement clinique est défini comme le processus par lequel l'infirmière récolte des données et des informations qu'elle analyse pour parvenir à une compréhension de la situation du patient afin d'identifier les problèmes prépondérants de celui-ci (Appendice A). Ce processus permet de planifier, d'initier des interventions et d'évaluer leur efficacité puis de réfléchir et d'apprendre du processus réalisé [traduction libre] » (Levett-Jones, 2013, p. 4). Rappelons que les soins infirmiers en SAD représentent un défi quotidien par la complexité et la variété des soins (Deshaies, Bilodeau, et Leprohon, 2010). Ceci implique que les infirmières œuvrant en SAD doivent décontextualiser des savoirs pour s'adapter à une myriade de situations cliniques (Deshaies et al., 2010). Ceci étant dit, Lapkin, Levett, Bellchambers et Fernandez (2010) avancent que la complexification des soins exige que les infirmières travaillant en SAD utilisent davantage le raisonnement clinique d'autant plus qu'un manque à ce niveau peut compromettre la sécurité des patients et conduire à de mauvais résultats cliniques. Pour corroborer cet énoncé, Thompson, Aitken, Doran et Dowding (2013) soutiennent que les infirmières doivent développer un raisonnement clinique articulé, car elles sont souvent appelées à prendre des décisions importantes dont dépend la vie des patients.

Un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Communauté métropolitaine de Montréal a démontré un intérêt pour le rehaussement du rôle de soutien des AIC. Il a été rapporté que les infirmières des secteurs de SAD consultaient régulièrement leur AIC pour

des questions cliniques. Il avait été observé que les AIC offraient les solutions aux questionnements sans pour autant entreprendre une démarche de stimulation du raisonnement clinique chez les infirmières. Rappelons qu'un des rôles clefs des AIC est le soutien au développement professionnel de leurs équipes. Enfin, ce CISSS voyait un apport important à un projet de stage portant sur une activité éducationnelle pour les AIC encourageant le déploiement de stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique des infirmières en SAD.

Compte tenu de ce qui précède, Goudreau, Boyer et Dumont avancent que certaines infirmières¹ ont tendance à prendre des décisions basées sur la routine au détriment d'un processus de raisonnement (cité dans Perrier, 2014). Dans cette même lancée, Hetu (2016) souligne que l'« application de recettes » ou la mémorisation ne sont pas garantes d'un apprentissage en profondeur. Par ailleurs, l'apprentissage se veut un processus actif où l'individu doit s'engager cognitivement (Joannis, 2016). Pour renchérir, Dale (1969) explique qu'il existe une relation positive entre l'implication de l'apprenant et son apprentissage. Dans cette même veine, les théories cognitiviste et socioconstructiviste préconisent un apprentissage centré sur l'apprenant dans lequel l'apprenant participe activement à l'acquisition de nouvelles connaissances (Brahimi, Farley et Joubert, 2011).

Conséquemment, les exercices qui préconisent l'action ou la participation de l'individu sont à favoriser (Hetu, 2016 ; Joannis, 2016). Or, l'infirmière travaillant en SAD qui sollicite l'AIC et reçoit des réponses systématiques de celle-ci, adopte une posture passive; ce qui est moins propice à son apprentissage. En définitive, il serait intéressant que les AIC accompagnent les infirmières à résoudre par elles-mêmes les questionnements cliniques issus de leur pratique quotidienne. Précisons que l'objectif ici n'est pas d'enrayer la consultation ou la communication professionnelle avec les AIC, mais d'outiller ces dernières afin qu'elles puissent mieux stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières.

La littérature regorge d'écrits rapportant les rôles de leader et de soutien des AIC au sein de l'équipe de soins (Sherman, Schwarzkopf, et Kiger, 2011 ; Berbarie, 2010 ; Sévigny et Effio,

¹ Le texte réfère à la pratique des infirmières de tous milieux de soins confondus.

2016); Delamater et Hall, 2018). Certains auteurs soulignent que les AIC ne sont pas assez préparées pour assumer leurs fonctions (Patrician, Oliver, Miltner, Dawson, et Ladner 2012 ; Wojciechowski, Ritze-Cullen, et Tyrrell, 2011). Ainsi, il est possible de croire que ces dernières ne sont pas suffisamment outillées pour stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières en SAD. Dans cette optique, offrir une formation afin que les AIC soutiennent leurs équipes sur le plan du raisonnement clinique était une avenue fort intéressante.

Au regard du contexte dans lequel œuvrent les infirmières en SAD, il s'avérait donc pertinent de s'attarder au raisonnement clinique. De plus, il semblait judicieux de renforcer le rôle d'accompagnement clinique des AIC afin qu'elles utilisent des stratégies favorisant la stimulation du raisonnement clinique. À titre illustratif, ces stratégies peuvent inclure : les études de cas, la pratique réflexive, le *think aloud*, la simulation et le questionnement (Swinnay, 2010; Goodstone, Goodstone, Cino, Glaser, Kupferma et Dember-Neal, 2013). Par ces stratégies, il était souhaité que le raisonnement clinique des infirmières en SAD soit encouragé par les AIC. Ainsi, la dynamique où l'AIC répond systématiquement aux questions des infirmières pourrait se transformer en une dynamique où une réflexion est amorcée quant aux situations cliniques. Ultimement, la pratique infirmière en SAD se verrait possiblement améliorée. D'ailleurs, Levett-Jones (2013) stipule qu'un raisonnement clinique articulé impacte positivement la qualité des soins infirmiers.

But du stage

Le but du stage était de développer avec des assistantes infirmières-chef et de mettre à l'essai, auprès de celles-ci, une activité éducationnelle favorisant le déploiement de stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique chez leurs équipes d'infirmières en soutien à domicile. Pour planifier le développement d'une activité éducationnelle issue de résultats probants, l'étudiante stagiaire s'est inspirée des lignes directrices pour la mise en œuvre des meilleures pratiques (RNAO, 2012).

Objectifs du stage

- Identifier les différentes stratégies pouvant stimuler le raisonnement clinique.

- Développer avec des assistantes infirmières-chef une activité éducationnelle sur les stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique.
- Mettre à l'essai auprès des assistantes infirmières-chef une activité éducationnelle sur des stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique.
- Accompagner les assistantes infirmières-chef dans l'utilisation de stratégies pour stimuler le raisonnement clinique.
- Apprécier la perception des AIC concernant la contribution de l'intervention de stage au développement de leur compétence de stimulation du raisonnement clinique.

Objectifs d'apprentissage

- Acquérir des connaissances sur les stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique.
- Développer un rôle de *coach* en pratique avancée lors de changement de pratique infirmière visant à stimuler le raisonnement clinique.
- Améliorer les habiletés en rédaction scientifique.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre fait état d'une analyse critique de la recension des écrits en lien avec la problématique à l'étude. A priori, le rôle de l'AIC sera élaboré, suivi des théories d'apprentissage pertinentes. Subséquemment, le raisonnement clinique et la pensée critique seront abordés. En dernier lieu, un accent sera mis sur les stratégies de stimulation du raisonnement clinique.

Rôle de l'assistante-infirmière-chef (AIC)

Les AIC jouent un rôle de premier plan dans les structures de soins. Le terme anglais « *front line nurse* » décrit bien cette réalité où celles-ci, par leur expertise clinique, sont considérées comme des références pour l'équipe de soins. Elles doivent créer un environnement sécuritaire; assurer le suivi de la qualité; coordonner les soins de l'unité; gérer le personnel, les soins et l'environnement; incarner les responsabilités inhérentes à sa fonction et, promouvoir la satisfaction du patient (Sévigny et Effio, 2016). Ceci illustre le double chapeau clinique et administratif porté par les AIC. McCallin et Frankson (2010) expliquent que l'étendue du rôle des AIC inclut des tâches cliniques variées (ex., suivi des patients), des responsabilités administratives (ex., gestion des soins), la résolution de conflits et le respect des politiques organisationnelles. De surcroît, par leur leadership, elles exercent une influence notoire sur le climat de travail qui, par ricochet, se répercute sur la satisfaction et la rétention du personnel (McCallin et Frankson, 2010).

Sur le plan éducationnel, le mentorat, l'accompagnement clinique et l'enseignement font partie intégrante des fonctions de l'AIC (Sherman, Bishop, Eggenberger, et Karden, 2007 ; Berbarie, 2010). Bien que le manque de temps soit une barrière à l'enseignement et l'encadrement des infirmières, il a été démontré que l'accompagnement clinique améliore la qualité du travail de l'équipe et favorise la rétention du personnel (Korth, 2016). La littérature grise met en évidence cette fonction d'accompagnement clinique où les AIC se démarquent en tant que leaders collaborant à la formation du personnel. Selon le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux [CPNSSS] (2019), l'AIC détermine « les besoins de formation, collabore à l'orientation et évalue les rendements du personnel ». Dans cette même lancée, des milieux de soins ont décrit les tâches des AIC et ces dernières peuvent être regroupées selon quatre grands axes : le développement professionnel, la gestion des soins, la qualité et la sécurité des soins,

et les relations humaines². Le développement professionnel incombe la promotion d'une « culture d'apprentissage » dans le milieu par le transfert de connaissances avec l'équipe en vue de favoriser l'autonomie professionnelle. La gestion des soins implique l'organisation et la coordination des soins infirmiers en interdisciplinarité. Ainsi, l'AIC veille à l'utilisation adéquate des ressources humaines et matérielles disponibles. La qualité et la sécurité des soins font référence aux activités pour l'amélioration continue de la qualité des soins telles les audits, par exemple. Les relations humaines réfèrent aux relations interpersonnelles exemplaires que l'AIC doit entretenir avec les patients et l'équipe interdisciplinaire. En définitive, l'AIC doit assurer la promotion de son rôle en agissant avec compétence dans chacun de ces quatre axes afin d'être un modèle de rôle pour les infirmières de son équipe.

À la lumière des écrits, il est possible de constater que l'AIC exerce un rôle déterminant au sein de l'équipe. En revanche, la littérature fait état d'un manque de préparation à ce rôle si complexe. Il s'avère important de mentionner que le recrutement des AIC est souvent orienté sur leur expertise en tant qu'infirmière, leur intérêt pour un avancement de carrière ou simplement par défaut (Wojciechowski, Ritze-Cullen, et Tyrrell, 2011). Or, l'étendue de leur rôle dépasse de loin les limites des fonctions cliniques. Par ailleurs, des auteurs soulignent que la formation universitaire initiale ne prépare pas systématiquement les infirmières à exercer des fonctions d'AIC et que la formation offerte en milieu de travail est incomplète et parfois inexistante (Patrician, Oliver, Miltner, Dawson, et Ladner, 2012 ; Eggenberger, 2012 ; Delamater, 2018). En considérant les maintes responsabilités de l'AIC, il est possible de supposer qu'elles bénéficieraient d'une formation supplémentaire qui puisse répondre aux rôles et responsabilités complexes qu'elles auront à exploiter en tant qu'AIC. Des auteurs rapportent que n'étant pas assez formées dans l'exercice de leur fonction, les AIC opèrent souvent par essai-erreur et doivent affronter des situations clinico-administratives pour lesquelles elles sont moins outillées, ce qui génère de l'anxiété chez ces dernières (McCallin et Frankson, 2010 ; Korth, 2016). Ainsi, les écrits scientifiques avancent qu'il est nécessaire d'investir dans le développement professionnel des AIC (Normand, Black, Baldwin, et Crenshaw, 2014). Conséquemment, la formation continue se

² Ceci est tiré d'un document du milieu de stage.

présente comme une option intéressante pour soutenir les AIC dans l'exercice de leurs fonctions (Wojciechowski, Ritze-Cullen et Tyrrell, 2011).

Théories de l'apprentissage

Les théories présentées ci-dessous sont centrées sur l'apprenant. Elles ont permis à l'étudiante stagiaire de développer une activité éducationnelle plaçant les AIC au centre de leur apprentissage. Par souci de cohérence, les stratégies de stimulation du raisonnement clinique, partagées avec les AIC, étaient également inspirées de ces théories. D'ailleurs, il est souligné que l'apprentissage actif est plus motivant pour l'apprenant, lui permet de résoudre des problèmes concrets et de réaliser des apprentissages durables (Desjardins et Senécal, 2016). Deux théories encourageant des apprentissages actifs sont explicitées dans les prochains paragraphes.

Cognitivism

Le cognitivisme s'intéresse à la manière dont le cerveau traite l'information, soit les stratégies employées pour l'acquisition, la mémorisation ou la réutilisation des connaissances (Legendre, 1993). L'apprenant est perçu comme acteur de son apprentissage, car il cherche non seulement à accroître son bagage de connaissances, mais aussi à comprendre sa structure cognitive afin de transférer les savoirs acquis à de nouvelles situations (Bélangier, Goudreau, et Ducharme, 2014). Ainsi, l'apprentissage est un processus dynamique où l'apprenant doit être actif et engagé à mobiliser des stratégies cognitives.

Socioconstructivisme

Quant au socioconstructivisme, il présente l'apprentissage comme une construction de connaissances via l'interaction avec autrui (Vygotsky, 1978). La connaissance naît donc de la confrontation avec l'altérité, ce qui est dénué de passivité. Doté d'une dimension sociale, le socioconstructivisme favorise l'accompagnement dans l'apprentissage (Brahimi, Farley, et Joubert, 2011), ce qui concorde bien avec la relation que l'étudiante stagiaire voudrait favoriser entre l'AIC et les infirmières en SAD.

Raisonnement clinique

En sciences infirmières, le raisonnement clinique est un concept fécond qui a donné naissance à plusieurs définitions. Les auteurs utilisent plusieurs termes comme *jugement clinique*, *processus décisionnel*, *pensée critique*, *résolution de problème* et *raisonnement clinique* de manière substituable, ce qui rend plus difficile l'appropriation de ce concept (Tanner, 2006 ; Levett-Jones, 2013).

Selon Tanner (2006), le raisonnement clinique se résume au processus cognitif par lequel les professionnels de la santé, incluant les infirmières, façonnent leurs jugements. Ceci implique: la génération d'hypothèses, la comparaison de ces hypothèses avec les données issues des écrits scientifiques et enfin le choix de l'hypothèse la plus adéquate. Les infirmières utilisent au moins trois *patterns* de raisonnement de façon isolée ou combinée en raison de la situation clinique. Premièrement, le *pattern analytique* qui permet de décortiquer les situations en plusieurs éléments, en partant d'une hypothèse pour arriver à une déduction. En second lieu, l'*intuition*, qui émerge en partie de l'expérience répétitive de situations similaires et qui permet de comprendre rapidement certaines situations. Finalement, le *pattern narratif* qui consiste en un récit exhaustif de l'expérience de maladie du patient, de ses mécanismes d'adaptation ainsi que des projets futurs afin de fournir des soins adaptés.

À l'instar de Tanner (2006), Simmons (2010) présente le raisonnement clinique comme un processus cognitif complexe permettant d'analyser des données relatives à une situation clinique et menant à une prise de décision. L'auteur ajoute que les dimensions fondamentales du raisonnement clinique sont la cognition, la métacognition et les connaissances propres à la discipline. Ceci rejoint le point de vue de Banning (2008) avançant que le raisonnement clinique se traduit par un processus cognitif servant à organiser des idées (cognition) et à explorer des expériences (métacognition) dans le but de parvenir à des conclusions.

Greenwood, Sullivan et Spence (2000) postulent que la *théorie des scripts* aide à comprendre le processus de raisonnement non analytique, soit le raisonnement intuitif de l'infirmière. Cette théorie suppose que les professionnels font appel à des schémas mentaux ou

scripts lorsqu'ils sont en présence d'une situation clinique. On entend par *script*, un réseau de concepts organisés en blocs de connaissances adaptées à des tâches cliniques. Ils résultent de savoirs et d'expériences répétées vécues par les professionnels dans leur pratique antérieure. Autrement nommés *pattern recognition*, les scripts sont activés spontanément et servent de repères ou de plans aux infirmières leur permettant de mieux comprendre les situations cliniques (Deschênes et Goudreau, 2017). Il existe parfois une dichotomie entre ce que les infirmières pensent qu'elles devraient faire (raisonnement) et ce qu'elles font réellement (intervention). Ceci peut s'expliquer par l'influence indéniable de la culture du milieu, soient les routines de soins ou l'influence des collègues sur le processus de raisonnement. En somme, quoique les scripts soient mis en branle spontanément en présence de situations de soins, l'environnement joue un rôle non négligeable dans le processus de raisonnement clinique (Greenwood, Sullivan, et Spence, 2000).

Enfin, Levett-Jones (2013) souligne l'importance du raisonnement clinique pour la sécurité des soins octroyés par l'infirmière. L'auteur définit ce concept comme suit : « processus par lequel l'infirmière récolte des données et des informations qu'elle analyse pour parvenir à une compréhension de la situation du patient afin d'identifier les problèmes prépondérants de celui-ci pour pouvoir planifier, initier des interventions et évaluer leur efficacité puis réfléchir et apprendre du processus réalisé [traduction libre] » (Levett-Jones, 2013, p. 4). La schématisation du raisonnement clinique représente un cycle dynamique comprenant huit étapes : regarder, collecter, interpréter, décider, planifier, intervenir, évaluer et réfléchir (métacognition) (Appendice A). Cette définition exhaustive est facile à suivre, car elle est détaillée de façon claire. De surcroît, la définition de Levett-Jones (2013) s'apparente à la démarche de soins classique enseignée dans les programmes de soins infirmiers. Celle-ci a été donc retenue pour ce stage. Elle a été utilisée lors des ateliers de formation continue et lors du coaching offert aux AIC.

Pensée critique

Précisons que dans le cadre de ce projet sur les stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique, certains articles portant sur la pensée critique ont été retenus dans le but de documenter davantage de données empiriques sur le sujet.

Le raisonnement clinique et la pensée critique sont des concepts intimement liés (Levett-Jones, 2013). La pensée critique est un processus cognitif, plus général, utilisé pour l'analyse de données et celle-ci est indépendante de la situation actuelle vécue. Nonobstant, le raisonnement clinique est un processus plus spécifique permettant l'analyse des données en lien avec la situation clinique. Le raisonnement clinique peut ainsi correspondre à l'application de la pensée critique à la situation clinique (Victor-Chmil, 2013). Compte tenu de ce qui précède, il est possible de déduire que le raisonnement clinique va au-delà de la pensée critique. Posséder des habiletés en pensée critique n'implique pas forcément la mobilisation efficace de ces dernières en contexte de soins (Merisier, Larue, et Boyer, 2018).

Stratégies de stimulation du raisonnement clinique

Tel que mentionné préalablement, le raisonnement clinique est une pratique essentielle pour les sciences infirmières puisqu'il est « à la base » de toutes les actions posées par ces dernières (Chapados, Audetat, et Laurin, 2014). En outre, Lapkin, Levett, Bellchambers et Fernandez (2010) avancent qu'un manque de raisonnement clinique peut compromettre la sécurité des patients et conduire à de mauvais résultats cliniques. Conséquemment, les infirmières doivent développer un raisonnement clinique articulé, car elles sont appelées à prendre des décisions importantes dont dépend la vie des patients (Thompson, Aitken, Doran, et Dowding, 2013).

Dans cet ordre d'idée, plusieurs stratégies telles que : les études de cas, la pratique réflexive, le *think aloud*, le questionnement et les cartes conceptuelles ont été répertoriées dans la littérature en guise d'outils de développement ou de stimulation du raisonnement clinique (Swinny, 2010 ; Popil, 2011; Phaneuf, 2012; Tofade, Elsner, et Haines 2013; Chapados, Audetat, et Laurin, 2014 ; Bisson, 2018). Dans le cadre de ce projet, l'étudiante stagiaire s'est intéressée au questionnement et au *think aloud*, qui apparaissaient les plus appropriées au contexte de travail des AIC.

Questionnement et *think aloud*

Partant du principe que le raisonnement clinique est un processus cognitif, soit non observable, le questionnement se présente comme une stratégie pédagogique qui permet au

superviseur, ici l'AIC, de prendre conscience du raisonnement clinique de l'infirmière et ainsi lui offrir l'opportunité de l'améliorer (Consortium national de formation en santé [CNFS], 2017). Dans le même esprit, Tofade, Elsner et Haines (2013) ainsi que Long, Blankenburg et Butani (2015) énoncent que le questionnement, adéquatement utilisé, engage la participation des apprenants, conduit à de nouvelles perspectives, stimule la réflexion et favorise la compréhension de concepts complexes. Ces mêmes auteurs mettent en garde contre les questions vides d'intentions pédagogiques ou inefficacement formulées (questions de bas niveau cognitif ou questions fermées) qui peuvent arrêter l'apprentissage ou désengager l'apprenant.

Il est documenté que le questionnement n'étant pas utilisé à bon escient, faille à sa mission de stimuler le raisonnement clinique. Pour appuyer ce propos, plusieurs auteurs font état que les questions posées par les formateurs sont majoritairement de bas niveau cognitif, c'est-à-dire, des questions qui incitent à se rappeler, à comprendre ou à appliquer des informations (Gul et al., 2014 ; Long, Blankenburg, et Butani, 2015 ; Phillips, Duke, et Weerasuriya, 2017). En revanche, des questions de haut niveau cognitif poussent l'apprenant à traiter l'information en faisant appel à ses capacités d'analyse, d'évaluation et de création (Tofade, Elsner, et Haines 2013 ; Gul et al., 2014). En outre, l'utilisation de questions ouvertes favorise le processus réflexif au détriment des questions fermées qui sont axées sur la recherche d'une réponse unique (Tofade, Elsner, et Haines 2013 ; Long, Blankenburg, et Butani 2015). Toujours dans le souci de stimuler le raisonnement clinique, Dinkins et Cangelosi (2019) proposent l'utilisation de l'analogie comme moyen pour élucider des concepts abscons. À titre illustratif, pour faciliter la compréhension de la fonction de l'insuline dans un cours de physiopathologie du diabète, il est suggéré de demander à l'apprenant : *qu'est-ce qui est nécessaire pour faire traverser une auto sur une rivière dépourvue d'un pont ? Au fait, un traversier est nécessaire comme moyen de transport.* Ainsi, l'apprenant peut établir le lien entre la fonction du traversier et celle de l'insuline : l'insuline étant un traversier qui transporte le glucose dans les cellules (Dinkins et Cangelosi, 2019). Cette technique de décontextualisation pourrait être employée par les AIC pour aider les infirmières à entrevoir les situations cliniques sous une perspective différente et plus réflexive. Une autre technique de stimulation du raisonnement clinique a été répertoriée dans les écrits, soit la *minute du superviseur*. Celle-ci est appréciée pour sa simplicité, son efficacité et surtout son applicabilité dans un environnement où le temps fait défaut (Audétat et Laurin, 2010 ; Édulib, 2019). Elle consiste à

formuler une série de questions ouvertes en sept étapes : 1) demander à l'infirmière de prendre position sur la situation clinique ; 2) demander à l'infirmière de justifier sa position; 3) reconnaître ce qui a été bien fait; 4) corriger les erreurs ou proposer des solutions; 5) encourager l'infirmière à faire une autoévaluation; 6) résumer un principe général à retenir; 7) préciser le suivi (CNFS, 2017) (Appendice B). Elle permet d'une part, à l'apprenant d'élaborer son raisonnement et d'autre part, au superviseur, ici, l'AIC, d'offrir une rétroaction pour mieux l'encadrer. Tofade, Elsner et Haines (2013) corroborent cet énoncé en stipulant que la clarté et l'ordonnancement des questions dans un environnement d'apprentissage sécuritaire favorisent la motivation et la réalisation de résultats escomptés ; soit la stimulation du raisonnement clinique.

Évidemment, la stimulation du raisonnement clinique réclame un environnement favorable à l'apprentissage. Dans cet ordre d'idée, Long, Blankenburg et Butani (2015) conseillent d'informer l'apprenant que le questionnement a pour but d'explicitier son raisonnement. De surcroît, ces auteurs mettent les formateurs en garde contre les questions en rafale qui ne laissent pas le temps à l'apprenant de formuler une réponse ; ils les préviennent également de ne pas succomber à la tentation de répondre systématiquement aux questions des apprenants, mais de les guider préférablement vers la réflexion. Tofade, Elsner et Haines (2013) renchérissent en stipulant que le formateur doit adopter un comportement rassurant pour faciliter les échanges avec les apprenants. Il faut ainsi éviter l'utilisation d'un ton de voix condescendant, des interruptions de parole lors des formulations de réponses de l'apprenant, ou des expressions faciales grimaçantes. Ces comportements peuvent altérer la confiance de l'apprenant et créer un environnement hostile à l'apprentissage.

Pour faire le pont avec la définition du raisonnement clinique choisie par l'étudiante stagiaire, soit celle de Levett-Jones (2013), force est de constater que le questionnement peut être utilisé à toutes les étapes du cycle du raisonnement clinique, c'est-à-dire qu'il peut cibler tout aussi bien la collecte de données que l'analyse ou les interventions.

Le *think aloud* est une autre stratégie de stimulation du raisonnement clinique retenue par l'étudiante stagiaire pour outiller les AIC. Elle va de pair avec le questionnement. Celle-ci consiste à verbaliser à voix haute sa pensée ou son raisonnement en temps réel, pendant l'intervention, ou

différé, après l'intervention (Phaneuf, 2012). Par exemple, le formateur peut questionner l'apprenant sur une situation clinique vécue ou actuelle et subséquemment avoir accès au processus implicite qu'est le raisonnement de l'apprenant. Par la parole, l'apprenant rend explicite sa pensée et permet au formateur d'évaluer sa compréhension (Banning, 2008 ; Phaneuf, 2012). De ce fait, elle rend possible l'autocritique et l'autocorrection (Phaneuf, 2012). Un autre mode d'utilisation du *think aloud* consiste à offrir à l'apprenant la possibilité d'écouter le raisonnement clinique de l'expert ou du formateur, ici l'AIC, qui développe et analyse des hypothèses, lui permettant ainsi de développer son propre raisonnement (Pinnock, Young, Spence, Henning, et Hazell, 2015). En somme, le *think aloud* et le questionnement sont des stratégies peu coûteuses qui gagneraient à être promues dans les milieux cliniques.

Après cette revue des écrits, il est possible d'établir la cohérence entre les théories d'apprentissage actif et les stratégies de stimulation du raisonnement clinique (questionnement et *think aloud*) puisque ces dernières sont centrées sur l'apprenant et le rendent activement responsable de son apprentissage.

En définitive, plusieurs auteurs relatent le besoin crucial de formation sur la formulation des questions et conséquemment, la nécessité d'offrir des ateliers de formation continue pour une utilisation efficace du questionnement à dessein de stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières (Tofade, Elsner, et Haines 2013 ; Gul et al., 2014 ; Phillips, Duke, et Weerasuriya 2017 ; Merisier, Larue, et Boyer, 2018 ; Dinkins et Cangelosi 2019). En conséquence, l'étudiante stagiaire, en collaboration avec les AIC et la personne-ressource a mis en place des ateliers sur le questionnement et le *think aloud* ainsi que des séances de coaching individualisées.

Coaching

Le *coaching* se veut une activité d'accompagnement limitée dans le temps entre un facilitateur (coach) et un client consentant ou *coaché* (Donner et Wheeler, 2009). Dans cet ordre d'idée, l'*International Coach Federation* [ICF] (2017) définit le coaching comme un partenariat entre deux professionnels qui s'inscrivent dans un processus de réflexion et de créativité afin de maximiser leurs potentiels personnel et professionnel. Axé sur les besoins du client, le *coaching* sous-tend que celui-ci est un acteur actif de son apprentissage et qu'il possède en lui les moyens pour l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Le rôle du *coach* est de clarifier les besoins du client et

ensuite de faciliter, d'encourager et d'accompagner le *coaché* dans la découverte des stratégies pour y parvenir (Hamric, Hanson, Tracy, et O'Grady, 2019 ; ICF, 2017).

Compte tenu de ce qui est énoncé précédemment le *coaching* est en cohérence avec les théories d'apprentissage actif, ci-dessus élaborées, car l'apprentissage fait par l'apprenant est tributaire de son engagement. Dans cette même veine, l'ICF (2017) avance que les résultats du *coaching* dépendent de l'implication du *coaché* et de la qualité du soutien offert par le *coach*. Pour ce, le *coaching* doit débiter par une entente commune sur le but des séances, la clarification des attentes et l'engagement des deux parties, communément nommé le contrat de *coaching* (Donner et Wheeler 2009 ; DeCampli, Kirby, et Baldwin, 2010 ; Westcott, 2016 ; Hamric et al., 2019). Guidée par les recommandations issues des écrits scientifiques disponibles, l'étudiante stagiaire a utilisé le questionnaire de Hamric, et al. (2019) en guise de contrat de *coaching* avec les AIC de son milieu de stage (Appendice C).

En bref, le *coaching* s'impose indubitablement comme un moyen efficace pour accompagner les professionnels lors d'un changement de pratique (Bennett et Bush, 2013). En effet, le *coaching* facilite l'intégration des nouvelles connaissances afin de maintenir le changement (Westcott, 2016 ; Bradley et Moore 2017). Ces mêmes auteurs soulignent que le coaching est un moyen efficace pour aider les leaders cliniques, ici les AIC, à prendre conscience de leur potentiel et faciliter leur développement professionnel (Westcott, 2016 ; Bradley et Moore, 2017).

Activités de partage de connaissances

L'étudiante stagiaire avait prévu de faire profiter le milieu des réalisations inhérentes à son stage en présentant son intervention lors de différents comités où seraient présents les chefs, les AIC et les conseillères cliniques. L'étudiante stagiaire envisageait également présenter son projet au colloque Alice-Girard de la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. Nonobstant, la crise sanitaire due à la pandémie de la *Coronaro Virus Disease* (COVID-19) a forcé l'annulation de ces diverses présentations. Elles seront envisagées ultérieurement.

Chapitre 3 : Cadre de référence

Le cadre de référence choisi pour ce travail est le guide de l'Association des Infirmières autorisées de l'Ontario sur la mise en place systématique des pratiques exemplaires (RNAO, 2012). Ce guide s'inspire du *Knowledge to Action*, soit le cadre de transfert des connaissances de la théorie à la pratique de Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya (2009). Ce modèle se décline en six phases suivant un processus dynamique et itératif dans la mesure où l'on peut effectuer un va-et-vient entre les étapes à dessein de favoriser « la mise en œuvre et l'enracinement » des bonnes pratiques dans les milieux de soins (RNAO, 2012). À noter que le processus de transfert des connaissances se divise en deux cycles : soit le processus de création des connaissances au centre du schéma et celui du transfert des connaissances en périphérie. Dans le cadre du stage, l'étudiante stagiaire s'est concentrée sur le processus de transfert des connaissances, car il est plus congruent avec la planification de l'intervention de stage (voir schéma 1).

La première phase représentait l'identification du problème. Ici, elle correspondait à l'élaboration d'une problématique claire et concise ainsi que la recension des écrits faisant état des pratiques exemplaires sur le sujet.

La seconde phase consistait en l'adaptation au contexte local. En d'autres termes, elle consistait à prendre en considération l'environnement où l'intervention serait mise à l'essai. Dans ce travail, il s'agissait de comprendre le contexte des AIC œuvrant en SAD ainsi que les répercussions d'une telle intervention dans le milieu.

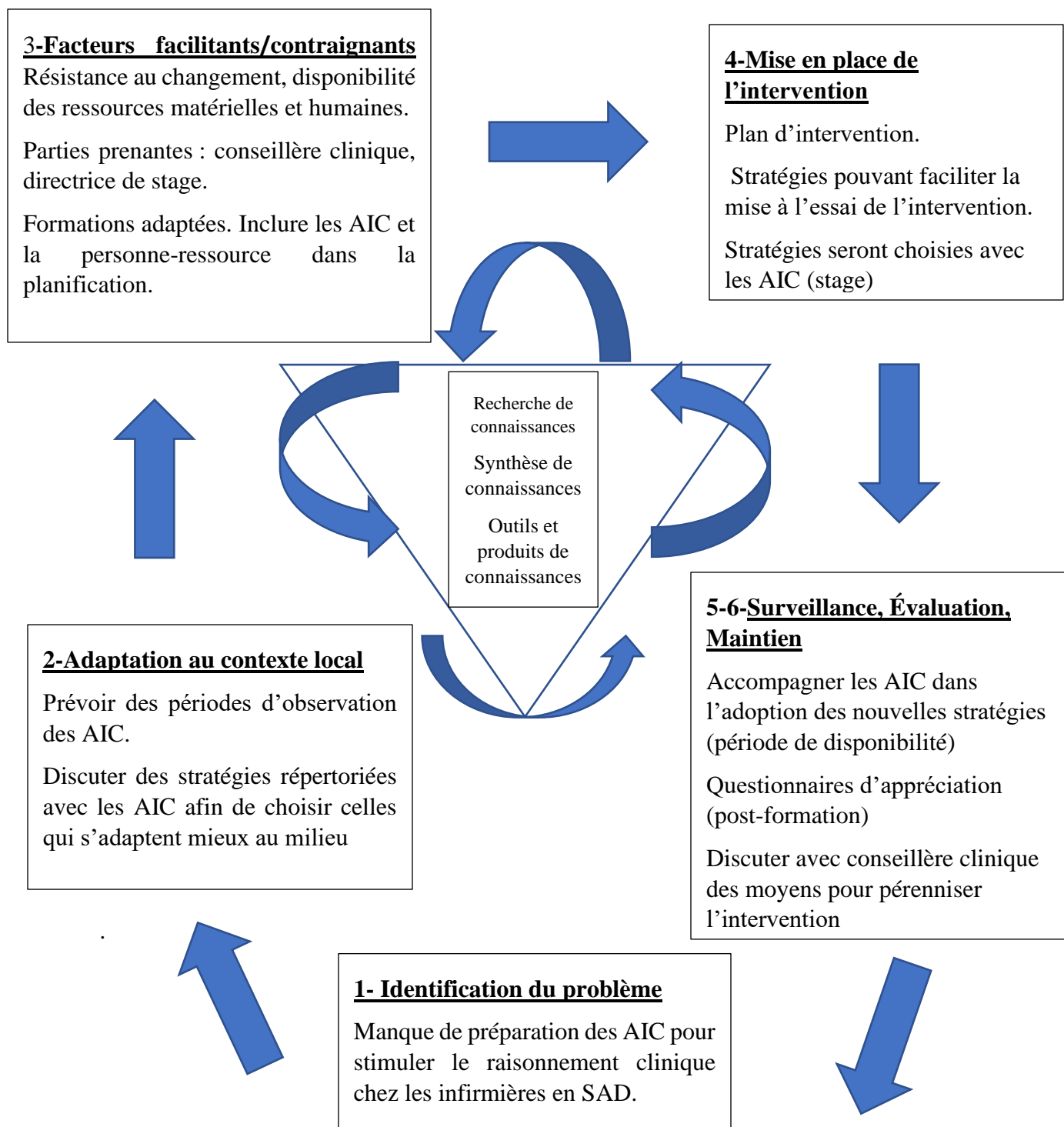
La troisième phase se voulait l'identification des facteurs facilitants et contraignants à l'utilisation des connaissances. Pour ce projet, il était impératif de déterminer les obstacles potentiels qui pourraient freiner l'intervention comme la résistance au changement, la disponibilité des ressources matérielles et humaines. Évidemment, certaines stratégies pour contrecarrer ces barrières devaient être envisagées. À cette étape, il fallait également identifier les parties prenantes afin de planifier adéquatement la mise en place de l'intervention. En collaboration avec la personne-ressource du milieu, il était possible de déterminer les éventuels obstacles et facilitateurs spécifiques au milieu en ajout de ceux repérés dans les écrits. Des stratégies comme des formations adaptées aux AIC ainsi qu'une planification en regard des ressources disponibles dans le milieu avaient pour avantage d'aider à la réalisation de l'intervention.

La quatrième phase se définissait comme la mise en place et l'adaptation de l'intervention. Pour ce stage, cette étape se traduisait par le plan d'intervention incluant les stratégies pouvant faciliter la mise à l'essai ainsi que l'opérationnalisation de l'intervention dans le milieu.

Les cinquième et sixième phases abordaient la surveillance, l'évaluation et le maintien des connaissances. À l'égard de ce projet, ces étapes incluaient l'appréciation de l'intervention auprès des AIC, l'accompagnement des AIC lors de la mise en pratique des connaissances et également l'identification de moyens pour maintenir l'utilisation de stratégies de stimulation du raisonnement cliniques.

En définitive, l'étudiante stagiaire avait choisi ce cadre, car il permettait d'adapter l'intervention au contexte du milieu, d'impliquer les parties prenantes et d'analyser les barrières à la mise à l'essai. Ceci était pertinent pour la mise en place d'un changement de pratique favorisant le raisonnement clinique et basé sur des résultats probants. Les différentes phases du cycle de transfert des connaissances ont permis de structurer l'intervention de façon systématique afin d'en assurer une élaboration rigoureuse. De plus, ce cadre a favorisé le maintien des connaissances (phase 6). Il était souhaité que l'utilisation de stratégies de stimulation clinique soit pérenne dans le milieu.

Schéma 1. Stratégie d'intervention en fonction du *Knowledge to Action* (RNAO, 2012)



Chapitre 4 : Déroulement du stage

Ce chapitre explique les démarches effectuées pour la mise en place des activités du stage. Premièrement, la description du stage et de la personne-ressource est présentée. S'ensuivent l'élaboration des activités préalables à l'intervention et l'engagement des utilisatrices. En dernier lieu, le développement de l'intervention dans le milieu selon les lignes directrices pour la mise en œuvre des meilleures pratiques (RNAO, 2012).

Description du stage et personne-ressource

Le stage a eu lieu dans les secteurs de soutien à domicile (SAD) d'un CISSS situé dans la Communauté métropolitaine de Montréal. Il s'est échelonné de septembre 2019 à avril 2020. La première phase du stage consistait à prendre contact avec les utilisatrices, soit les AIC, effectuer des périodes d'observation ainsi que de consultation avec celles-ci et développer des ateliers de formation continue. La seconde phase consistait à mettre à l'essai le projet, soit animer les ateliers de formation continue. Enfin, la dernière phase visait à consolider les apprentissages et impliquait un accompagnement par le *coaching*. La personne-ressource était une infirmière en pratique avancée, conseillère clinique à la Direction des soins infirmiers (DSI). Partie prenante du projet, elle facilitait l'intégration de l'étudiante stagiaire dans ce nouveau milieu, assurait la communication avec les autres parties prenantes et guidait les interventions en utilisant son expérience auprès des équipes du SAD et ses compétences en gestion de projet.

Activités préalables à l'intervention

Les deux premières semaines ont permis à l'étudiante stagiaire de se familiariser avec ce nouveau milieu, de mieux appréhender l'étendue de pratique de la conseillère clinique, de rencontrer plusieurs gestionnaires du milieu et des parties prenantes et de recevoir de la rétroaction positive eu égard au projet. En effet, en accompagnant la conseillère clinique à différentes réunions, l'étudiante stagiaire saisissait ces occasions pour se présenter en tant que stagiaire en pratique avancée et pour énoncer brièvement le but de son projet. Les chefs de service et une conseillère clinique ont souligné la pertinence d'un tel projet pour leur milieu dont la philosophie préconisée vise l'autonomie des infirmières et le déploiement optimal de leur champ d'exercice. Les AIC

doivent donc contribuer à aider les infirmières dans leur développement professionnel par l'accompagnement clinique et le transfert de connaissances³. Par le fait même, le projet de l'étudiante stagiaire s'accorde avec la vision de l'organisation, un prérequis pour assurer sa faisabilité dans le milieu (Heagney, 2016).

Engagement des utilisatrices

Les utilisatrices du projet étaient des AIC travaillant en SAD. L'invitation avait été lancée en octobre 2019 lors d'une rencontre d'équipe, où l'étudiante avait présenté brièvement les différentes étapes de son projet. Par la suite, une feuille de disponibilités leur était remise afin d'établir un horaire pour les périodes d'observation et de consultation. Il était clairement mentionné que leur engagement se ferait sur une base volontaire. Neuf AIC sur dix (n=9) avaient décidé de participer au projet.

Par la suite, un courriel leur a été envoyé afin de confirmer l'horaire des périodes d'observation-consultation de l'étudiante stagiaire. Étant donné qu'elles n'étaient pas toutes sur le même site, le défi était d'arrimer leurs disponibilités et le temps nécessaire pour se déplacer entre les divers sites. Certaines ont demandé des modifications de plages horaires et l'étudiante stagiaire s'y est accommodée.

Développement de l'intervention

Le processus de réalisation de ce projet de stage s'inspire du cadre de référence *Knowledge to Action* (RNAO, 2012) décrit précédemment. Pour mieux expliquer le déroulement du stage, les différentes étapes seront explicitées selon le cycle *Knowledge to Action* : l'identification du problème, l'adaptation au contexte local, l'identification des facteurs facilitants et contraignants, la mise en place de l'intervention et finalement la surveillance, l'évaluation et le maintien de l'intervention.

³ Ceci est tiré d'un document du milieu de stage.

Identification du problème

Selon la première étape de ce cadre, il faut cibler un enjeu reconnu par les parties prenantes. D'abord, une consultation avec la personne-ressource a été réalisée pour statuer la visée du stage et les besoins du milieu. La stimulation du raisonnement clinique par les AIC avait été ciblée. L'étudiante stagiaire a également rencontré plusieurs parties prenantes tels les chefs de service et des conseillères cliniques qui ont indiqué que le besoin de stimuler le raisonnement clinique était pertinent pour le milieu. Suite à cela, une recension plus exhaustive quant aux meilleures façons de le stimuler a été réalisée.

Adaptation au contexte local

La deuxième étape consistait à adapter l'intervention au contexte local, soit le milieu de stage. Pour ce, l'étudiante stagiaire avait organisé des périodes d'observation-consultation avec les utilisatrices, soit les AIC du SAD. Chaque AIC était rencontrée individuellement selon ses disponibilités. Plus concrètement, l'étudiante stagiaire observait les AIC dans leur travail quotidien, assistait aux échanges entre les AIC et les infirmières, participait à des réunions intra et interdisciplinaires et questionnait les AIC sur la pertinence de ce projet pour leur pratique. En outre, l'étudiante stagiaire a pu ajuster les ateliers de formation continue en donnant voix aux AIC sur le choix des stratégies de stimulation de raisonnement clinique les plus adaptées à leur pratique. Il s'en est suivi une recension des écrits plus aiguisée sur les stratégies sélectionnées soient le questionnement et le *think aloud*. De surcroit, la conception des ateliers de formation en termes de contenu et de méthodes pédagogiques a été abordée avec les utilisatrices (AIC). Elles avaient toutes manifesté leur préférence pour des ateliers inspirés du socioconstructivisme, soient interactifs et dynamiques. Les études de cas, les questions ouvertes et le travail en équipe étaient bien accueillis par celles-ci.

Identification des barrières et des facilitateurs

Les barrières et les facilitateurs ont été explorés lors de ces périodes d'observation-consultation, soit la troisième étape du cadre de référence. En termes de barrières, les AIC avaient soulevé le manque de temps pour mettre en application les stratégies de stimulation du raisonnement clinique, leur emploi du temps très chargé, l'instabilité criante du personnel et une

habitude de répondre spontanément aux questions des infirmières. Six AIC ont précisé que le succès des ateliers résiderait dans la capacité du formateur à contextualiser le contenu. L'étudiante stagiaire a peaufiné la recension d'écrits en y incluant ces paramètres. Comme facilitateurs, les AIC avançaient toutes qu'elles désiraient améliorer l'autonomie des infirmières et qu'elles trouvaient le projet pertinent pour leur pratique. Au terme des périodes d'observation-consultation, l'étudiante stagiaire avait envoyé une lettre de remerciement aux AIC pour souligner leur participation active au projet.

D'autres éléments comme la disponibilité des ressources matérielles et les échéanciers ont été abordés avec la personne-ressource.

Mise en place et contenu de l'intervention

La quatrième étape a consisté à mettre l'intervention en place. L'intervention avait été validée préalablement auprès de la personne-ressource et de la directrice de stage. Elle consistait en trois ateliers de formation continue et des séances de *coaching* individualisées. Avant de déployer l'intervention, l'étudiante stagiaire avait envoyé une lettre d'invitation via courriel aux utilisatrices. Ce courriel faisait état d'un portrait global du processus : soit le nombre d'ateliers, la durée des ateliers, les objectifs, la clientèle cible et les critères pour l'obtention des crédits de formation continue (Appendice D). Précisons que la journée précédant chaque atelier, un rappel par courriel était envoyé aux utilisatrices leur indiquant le lieu et l'heure où se tiendrait l'atelier. Soulignons que les AIC recevaient par courriel de courtes vidéos en préparation à l'atelier. En bref, dans ces vidéos il était question de définition, de stratégies de stimulation et de biais en lien avec le raisonnement clinique.

Toutes les AIC, hormis une, ont participé aux trois ateliers de formation continue (n=8). Il est à noter que l'absence d'une AIC est expliquée par un changement de fonction au sein de l'organisation. Par ailleurs, entre les deuxième et troisième ateliers, l'étudiante stagiaire offrait des séances de *coaching* individualisées aux utilisatrices intéressées (n=8). Chaque AIC a participé en moyenne à trois séances de *coaching*. Les séances de *coaching* étaient d'une durée approximative de 60 minutes. Mentionnons que les utilisatrices participaient aux ateliers et au *coaching* sur leurs heures de travail (ceci était approuvé par la direction).

En bref, les formules pédagogiques utilisées lors des ateliers étaient les questions ouvertes, les études de cas en équipe et les jeux de rôles. Les études de cas étaient inspirées de faits vécus par les AIC et partagés avec l'étudiante stagiaire lors des périodes d'observation-consultation. En guise de support visuel, une présentation *PowerPoint* avait été élaborée par l'étudiante stagiaire pour soutenir l'animation dans les ateliers. Un questionnaire d'appréciation ainsi qu'un questionnaire d'évaluation pour les heures de formation accréditées ont été produits. En outre, un document aide-mémoire résumant des stratégies de stimulation du raisonnement clinique a été conçu afin que l'information reste accessible aux utilisatrices (Appendice E). Une description plus exhaustive des ateliers et des séances de *coaching* suit dans les prochains paragraphes (Appendice F).

Atelier 1. L'atelier 1 était d'ordre plus général. Les intentions pédagogiques étaient de définir le raisonnement clinique, d'analyser son importance et d'expliquer les biais de raisonnement clinique. Pour souligner l'importance du raisonnement clinique, deux études de cas tirés de l'article de Côté et Cyr (2012) avaient été présentées (Appendice G). En dyade, les infirmières étaient invitées à analyser les études de cas à l'aide des indices suivants : le cycle du raisonnement clinique de Levett-Jones, l'importance de la métacognition, l'utilité du raisonnement clinique, le type de raisonnement utilisé dans les deux études de cas et les retombées d'un raisonnement clinique défaillant. Il faut mentionner que certaines informations se trouvaient dans les vidéos de préparation envoyées aux utilisatrices comme activité préparatoire à l'atelier.

Puis, une autre étude de cas mettant en évidence les biais de raisonnement clinique était proposée aux AIC selon le même *modus operandi* que la précédente : en dyade les AIC devaient repérer et expliquer les facteurs pouvant entraver le raisonnement clinique (Appendice H). Après chacune de ces mises en situation, un retour en plénière était effectué.

En guise de clôture, un travail personnel était suggéré pour l'atelier suivant. Il était demandé aux utilisatrices de réfléchir sur la façon utilisée (*savoir-faire*) pour stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières dans leur pratique quotidienne.

Atelier 2. L'atelier 2 était consacré aux différentes stratégies de stimulation du raisonnement clinique et à la mise en application du *think aloud* et du questionnement.

L'étudiante stagiaire avait débuté l'atelier 2 en discutant avec les utilisatrices au sujet des apprentissages réalisés lors de l'atelier 1. Puis, l'étudiante stagiaire avait interpellé la participation des utilisatrices en leur demandant de partager les différents moyens connus pour stimuler le raisonnement clinique. Ceci permettait également de faire un suivi sur le travail personnel décrit à la fin de l'atelier 1.

Ensuite, les AIC s'étaient placées en dyade pour réfléchir aux études de cas (Appendice I). Ces études de cas exposaient des situations où les AIC étaient sollicitées par les infirmières soit lorsqu'elles étaient à domicile lors des soins chez un patient, après leur route du matin, ou lors des révisions de charge de cas. Après l'activité, un retour en plénière était effectué.

Ultérieurement, les AIC devaient tenter de décontextualiser une mise situation inspirée de leur pratique afin d'amorcer le raisonnement clinique. La formule pédagogique utilisée était le jeu de rôle inspiré de l'article de Dickens et Cangelosi (2019). L'étudiante stagiaire a réalisé une démonstration de l'exercice avec l'aide d'une utilisatrice : l'étudiante stagiaire jouait le rôle de l'AIC et l'utilisatrice, celui de l'infirmière (Appendice J).

Finalement, *la minute du superviseur* qui consiste en un questionnement stratégique et systématique pour stimuler le raisonnement clinique a été abordée en plénière (Appendice B).

Maintien de l'intervention via le *coaching*.

Après avoir organisé les ateliers de formation continue sur la stimulation du raisonnement clinique, s'ensuivait l'étape de maintien où le transfert des connaissances théoriques dans la pratique via le *coaching*. Les séances de *coaching* suivaient un ordre établi. Lors des premières rencontres, l'étudiante stagiaire résumait brièvement les ateliers sur les stratégies de stimulation du raisonnement clinique et précisait le but de la rencontre du jour. Celle-ci renchérisait avec l'importance du *coaching* comme stratégie pour passer de la théorie à la pratique. Les AIC étaient invitées à poser des questions dans une ambiance d'apprentissage et de co-construction. L'étudiante stagiaire s'appropriait son rôle *de coach* en pratique avancée alors que les AIC

bénéficiaient d'un accompagnement individualisé pour les soutenir dans leur changement de pratique. Un contrat était rempli par les AIC afin d'établir un plan d'intervention (Appendice C).

Il était crucial que les AIC répondent à ces questions, car l'idée directrice du *coaching* soutient que les objectifs doivent émaner du *coaché*. Le *coach* a un rôle d'accompagnateur qui utilise différents outils pour aider l'apprenant à cheminer. C'est pourquoi le *coaché*, ici l'AIC, doit elle-même générer ses propres stratégies pour l'atteinte de ses objectifs (Hamric et al. 2019). Par exemple, certaines AIC désiraient se concentrer sur la *formulation d'hypothèses* chez les infirmières alors que d'autres focalisaient sur la *manière de susciter la réflexion* des infirmières quant à la priorisation des visites à domicile ou la collecte de données. Certaines ont préféré améliorer l'aspect de la *métacognition*, soit le retour sur la situation afin de réfléchir aux écueils dans le processus de raisonnement. L'étudiante stagiaire invitait fortement les utilisatrices à ne pas manquer les occasions d'utiliser le questionnement et le *think aloud*. Lors des rencontres subséquentes, l'étudiante stagiaire débutait par le contrat de *coaching* pour entamer la discussion en fonction des objectifs personnels de l'AIC. Ces dernières étaient invitées à verbaliser les situations vécues en lien avec la stimulation du raisonnement clinique (Appendice K).

Force est de constater que l'étudiante stagiaire utilisait, elle-même, le questionnement et le *think aloud* avec les AIC afin de mieux cerner leur progression dans l'utilisation des stratégies de stimulation du raisonnement clinique. Elle profitait de ces échanges pour offrir de la rétroaction et parfois des suggestions qui pourraient faciliter le transfert dans la pratique. Par exemple, plusieurs AIC avaient avancé qu'il était plus ardu d'engager les infirmières séniors dans une démarche de développement du raisonnement clinique. Compte tenu de ce qui précède, l'étudiante stagiaire a suggéré ces interrogations: « *Qu'est-ce qui pourrait expliquer, selon vous, la réticence de ces infirmières ? Quels moyens pensez-vous utiliser pour y pallier ?* » Après avoir écouté les réponses des AIC, l'étudiante stagiaire prenait en considération leur raisonnement et leur proposait des stratégies telle la reconnaissance de l'expérience afin de désamorcer une résistance potentielle à ce changement d'accompagnement des infirmières séniors. À haute voix, l'étudiante stagiaire verbalisait un exemple que les AIC pourraient mettre à l'essai : « *Si tu te fies sur ta grande expertise, comment penses-tu prendre en charge cette situation clinique ?* » À l'unanimité, les AIC concernées ont décidé d'utiliser cette proposition et ont adopté une approche plus centrée sur la

reconnaissance de l'expérience afin d'inciter ces infirmières à utiliser les stratégies de stimulation du raisonnement clinique.

Par ailleurs, lors des rencontres de *coaching*, l'étudiante stagiaire soulignait aux AIC leurs points forts afin de renforcer leur confiance au changement de pratique. Quoique l'étudiante stagiaire suivait le contrat de coaching avec toutes les AIC, chacune d'elles recevait un accompagnement personnalisé, en fonction de ses besoins.

À la dernière séance de coaching, les AIC avaient estimé l'atteinte de leurs objectifs sur une échelle de 0 à 10, à environ 8 (contrat de *coaching*). Une revue des avancées globales des AIC en fonction de leurs objectifs avait été effectuée. L'étudiante stagiaire avait également pris soin de mettre en exergue que l'intégration des stratégies à la pratique quotidienne ne devait pas s'achever avec le *coaching* proposé lors du stage, mais devrait se poursuivre. Le stage étant circonscrit dans le temps, l'accompagnement de l'étudiante stagiaire l'était tout autant. Cependant, la conscientisation des AIC sur l'utilité de la stimulation du raisonnement clinique pourra peut-être les inciter à utiliser le questionnement et le *think aloud* tout au long de leur carrière.

Atelier 3. Le troisième atelier a eu lieu après les périodes de coaching individualisées. Les objectifs de cet atelier étaient d'exercer une pratique réflexive sur sa propre pratique et d'évaluer les apprentissages acquis tout au long du stage. Puisqu'il était question d'évaluation sommative en vue d'obtenir des heures accréditées de formation continue, l'étudiante stagiaire avait envoyé par courriel aux AIC un résumé des thématiques qui seraient évaluées, une semaine avant l'atelier.

Tout d'abord, un retour sur l'expérience de stage avait été demandé aux AIC. Par la suite, les AIC étaient invitées à travailler en équipe sur une étude de cas intégrant toutes les notions acquises au cours des ateliers (Appendice L).

S'ensuivaient le questionnaire d'appréciation et le questionnaire d'accréditation de la formation inspirés du CNFS (2017). Enfin, l'étudiante stagiaire avait distribué un aide-mémoire aux AIC en guise de rappel pour une utilisation plus systématique du questionnement et du *think aloud* (Appendice E).

Constats de l'intervention

Les utilisatrices ont exprimé leur appréciation sur leur expérience d'apprentissage à l'aide d'une échelle numérique (questionnaire d'appréciation). La pertinence des ateliers (3,5/4), les formules pédagogiques utilisées (3,75/4), l'acquisition de nouvelles connaissances (3,5/4), le fait de se sentir mieux outillée pour stimuler le raisonnement clinique (3,5/4) et les qualités d'écoute de l'étudiante stagiaire (4/4) sont les critères qui ont été évalués via le questionnaire d'appréciation (Appendice M). Sept AIC (n= 7/8) ont réussi l'évaluation pour l'accréditation des heures de formation continue.

Par le biais du questionnaire d'appréciation, plusieurs AIC ont témoigné combien elles ont apprécié les périodes de discussion entre collègues AIC au cours desquelles elles mobilisaient leurs connaissances de façon interactive avec leurs pairs. Il est intéressant de mentionner que les AIC de deux secteurs en SAD avaient participé à l'activité éducationnelle et ceci leur a permis d'échanger sur des réalités différentes. Ce stage leur a donc permis de se côtoyer et surtout de pouvoir échanger au sujet de réalités communes dans le but de partager leurs expériences professionnelles. Étant divisées en équipes et ayant leurs bureaux dans des lieux différents, elles n'ont pas souvent l'occasion d'interagir collectivement sur des problématiques cliniques. Verbalement, des utilisatrices ont exprimé leur satisfaction d'avoir eu l'opportunité de s'arrêter et de penser à leur propre pratique, car étant absorbées dans leurs tâches, elles n'ont guère le réflexe d'entreprendre un processus métacognitif.

Finalement, les AIC ont témoigné leur satisfaction d'avoir été les utilisatrices de ce projet et se sentaient, en général, mieux outillées à stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières de leurs équipes suite aux ateliers et aux périodes de *coaching*.

Chapitre 5 : Discussion

Cette section fait l'analyse réflexive de la pertinence du stage, des objectifs du projet de stage et des interventions réalisées, ainsi que des retombées du stage sur le milieu et la pratique infirmière. Des recommandations pour la gestion, la formation, la recherche et la pratique clinique sont émises. Enfin, les forces et les limites du projet ainsi que de l'intervention effectuée sont mises en relief.

Pertinence du stage

Ce stage répond au besoin d'outiller les AIC pour stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières. La difficulté des infirmières à générer des hypothèses lors d'un épisode de soins et l'application de recettes basées sur l'expérience au détriment d'un processus réflexif sont des lacunes énoncées dans les écrits qui invitent à se pencher sur les meilleurs moyens pour stimuler le raisonnement clinique (Fossum, Alexander, Göransson, Ehnfors, et Ehrenberg, 2011 ; Perrier, 2014). Or, dans le contexte actuel où les soins en SAD sont de plus en plus complexes, un raisonnement clinique rigoureux est indispensable pour améliorer la qualité des soins (Deshaies, Bilodeau, et Leprohon, 2010 ; Johnsen, Slettebø, et Fossum, 2016). Chapados, Audétat et Laurin (2014) recommandent que le concept du raisonnement clinique fasse partie intégrante de la formation continue. Parallèlement aux écrits empiriques, les AIC du milieu de stage ont mentionné que la génération d'hypothèses et que l'analyse (certaines ont même mentionné la collecte de données) représentaient des étapes plus ardues pour les infirmières lors de la réalisation du cycle du raisonnement clinique. La réalité sur le terrain corroborait les constats empiriques relatés ci-dessus.

Par ailleurs, la littérature fait aussi état d'une utilisation inadéquate du questionnement comme stratégie de stimulation du raisonnement clinique et de la nécessité d'offrir de la formation continue afin de le rendre plus efficient (Phillips, Duke et Weerasuriya, 2017 ; Merisier, Larue, et Boyer, 2018). Du côté des AIC, l'étudiante stagiaire a constaté que l'utilisation du questionnement n'était pas systématique et que de surcroît, il gagnerait à être bonifié. Bien entendu, on ne saurait s'attendre à ce que le raisonnement clinique soit stimulé si les formateurs (ici, les AIC) ne sont pas bien outillés pour le faire (Gul et al., 2014). Il apparaît donc évident que des ateliers de formation continue pour stimuler le raisonnement clinique se dressaient comme une avenue incontournable.

Compte tenu de ce qui précède, la pertinence de ce stage réside non seulement dans l'importance indubitable que représente le raisonnement clinique pour les infirmières. Elle se reflète aussi dans le besoin d'outiller les acteurs clés (AIC) à susciter ou stimuler le raisonnement chez les infirmières de leurs équipes dans l'optique d'une amélioration continue de la qualité des soins.

Retour sur l'intervention

Il était impératif d'observer les AIC afin de mieux s'imprégner de leurs rôles et fonctions sur le terrain et de les consulter pour les inclure dès la conception du projet. En effet, en introduisant les utilisatrices très tôt dans le processus, l'étudiante stagiaire a pu répertorier des barrières et des facilitateurs du projet et aussi maintenir les AIC motivées eu égard au projet dont elles seraient les utilisatrices. Ces stratégies sont d'ailleurs préconisées par Heagney (2016).

Barrières et facilitateurs du projet

De prime abord, l'étudiante stagiaire s'est questionnée sur la meilleure approche à adopter avec les utilisatrices qui constituent un groupe de professionnels expérimentés en SAD contrairement à l'étudiante stagiaire qui avait une pratique en soins d'urgence. Pour y pallier, l'étudiante stagiaire avait choisi de miser sur l'expérience des AIC en s'inspirant du socioconstructivisme qui préconise les échanges entre pairs pour l'acquisition de nouvelles connaissances. Ainsi, l'étudiante stagiaire incarnait le rôle d'un guide ou d'une facilitatrice au lieu d'être un transmetteur de connaissances. Pour contrer une potentielle résistance au projet, les utilisatrices ont été incluses dès la conception du projet lors des périodes d'observation-consultation. Il appert que l'appel à la consultation qui consiste à demander aux utilisatrices leurs suggestions en vue d'obtenir leur engagement au projet est une tactique gagnante employée par l'étudiante stagiaire pour influencer positivement les utilisatrices comme parties prenantes tel que proposé par Bélanger (2011).

Évidemment, le manque de temps des AIC en raison de leur charge de travail, avait été identifié comme une barrière. Le projet demandait un investissement de temps pour les ateliers et les séances de *coaching*. Un élément gagnant a été que ces heures de formation soient réalisées sur les heures de travail des AIC. Les ateliers étaient aussi de courte durée et sur leur site de travail.

Malgré ces facilitateurs, il a été plus difficile de mobiliser les utilisatrices pour les séances de *coaching*. La charge de travail des AIC semblait être une barrière à l'engagement de ces dernières à des séances de *coaching*. Avec l'aide de la personne-ressource, des chefs et des coordonnateurs ont été sollicités pour promouvoir les séances de *coaching* auprès des AIC de leurs secteurs. Cette dernière stratégie a été fructueuse.

En guise de facilitateur, l'étudiante stagiaire avait entrepris la démarche d'accréditation des heures de formation continue dans le milieu, soit trois heures et demie. Offrir des heures de formation accréditées est une bonne pratique pour encourager l'appropriation de nouvelles connaissances (Straus, Tetroe, et Graham, 2013). Finalement, en termes de logistique, les utilisatrices étaient localisées à différentes adresses. L'étudiante stagiaire a donc formé deux groupes (n=4 et n= 5) afin de faciliter la participation des utilisatrices aux ateliers de formation continue.

Retour sur la dimension pédagogique de l'intervention

Sur le plan pédagogique, l'étudiante stagiaire a fait preuve de rigueur dans la planification de son intervention. Les formules pédagogiques et les stratégies de stimulation du raisonnement clinique sélectionnées étaient en cohérence avec les théories d'apprentissage actif telles que le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme. De ce fait, l'apprentissage se qualifiait à la fois de pédocentré et sociocentré. À ce propos, les ateliers de formation continue se voulaient interactifs : ils préconisaient les échanges entre les pairs et l'apprentissage était tributaire du degré d'investissement de l'apprenant, d'où sa responsabilisation.

Les formules pédagogiques choisies étaient : l'étude de cas, le jeu de rôle et le travail en équipe. Il est rapporté que l'utilisation de techniques pédagogiques variées et itératives amène des résultats d'apprentissage positifs lors d'activités de formation continue (Bluestone, Johnson, Fullerton, Carr, Alderman, et BonTempo, 2013 ; Cervero et Gaines, 2015). Pour commencer, l'étude de cas consiste à présenter de manière structurée un problème réel ou fictif pour que les apprenants entreprennent une démarche de résolution de problème ou d'analyse (Chamberland, Lavoie, et Marquis, 1995). Les études de cas n'aboutissent pas à des réponses figées et explicites, mais provoquent le raisonnement clinique de l'apprenant (Popil, 2010). Faisant appel au traitement

de l'information et aux habiletés intellectuelles (Bélanger, Goudreau, et Ducharme, 2014), les études de cas illustrent bien le cognitivisme. Lors des études de cas en ateliers, les AIC tentaient d'organiser l'information afin de transférer les savoirs acquis durant les ateliers aux études de cas qui leur étaient proposés. De plus, les AIC utilisaient leur bagage expérientiel et leurs connaissances cliniques pour l'analyse, ce qui ramène au constructivisme stipulant que l'apprenant acquiert de nouvelles connaissances en se basant sur ses connaissances antérieures (Hermann, 2003). Le jeu de rôle quant à lui, consiste à placer l'apprenant en situation en lui donnant l'occasion de composer avec des réalités complexes (Chamberland, Lavoie, et Marquis, 1995). Ainsi, les AIC tentaient de traiter l'information et de transférer leurs connaissances antérieures aux nouvelles situations (cognitivisme). Cette formule pédagogique offre à l'apprenant l'opportunité de cultiver sa créativité (Chamberland, et al., 1995) puisqu'il peut essayer plusieurs manières d'intervenir et aussi en constater les effets. Selon ces mêmes auteurs, le jeu de rôle invite l'apprenant à ressentir (émotions) la situation plutôt qu'à la rationaliser, ce qui rend l'apprentissage plus significatif pour celui-ci. Finalement, le travail d'équipe consiste à former un groupuscule d'apprenants dans le but de réaliser une tâche exacte balisée dans le temps (Chamberland, Lavoie, et Marquis, 1995). Rappelons que les études de cas étaient réalisées en équipe. C'est alors qu'intervenait la dimension sociale de l'apprentissage ou le socioconstructivisme. En effet, la confrontation des idées entre les AIC lors de ces périodes de travail en équipe ou lors des plénières qui s'ensuivaient, provoquaient des chocs sociocognitifs dont découlait la co-construction des apprentissages (Hermann, 2003 ; Brahim, Farley et Joubert, 2011). La connaissance naissait donc de la confrontation avec l'altérité, ce qui est dénué de passivité. En somme, ces formules pédagogiques pédocentrées et sociocentrées semble avoir alimenté la motivation des AIC et leur engagement aux activités.

Force est de constater que le questionnement et le *think aloud* s'inscrivent également dans cette optique d'apprentissage actif puisqu'il était question de déclencher le processus de raisonnement de l'apprenant au lieu de lui fournir des recettes ou des listes de contrôle (*check lists*) qui font état de stratégies plus passives, c'est-à-dire qui n'engagent pas cognitivement l'apprenant. Les questions de haut niveau cognitif permettent à l'apprenant non seulement d'organiser ses connaissances lorsqu'il doit prendre position, mais peuvent également l'inciter à revoir son processus de réflexion dans une démarche d'autoévaluation (métacognition).

Remarquons que l'étudiante stagiaire s'était aussi inspirée de certains principes d'apprentissage lors de la planification de son intervention. Ces principes sont : la *signifiante*, l'*application* et l'*alternance*. D'abord, les études de cas et les jeux de rôles proposés lors des ateliers de formation continue étaient tirés du vécu des AIC. Ceci fait référence au principe de *signifiante* qui stipule que des études de cas authentiques interpellent l'apprenant et lui permettent d'envisager le transfert de la théorie à la pratique (Lasnier, 2001). Ensuite, l'*application*, soit l'apprentissage par l'action, revêt tout son sens avec la réalisation des études de cas et de jeux de rôles qui engagent l'apprenant à appliquer ses connaissances à une situation signifiante pour favoriser la rétention de l'information (Lasnier, 2001). Enfin, l'agencement des ateliers de formation continue et des périodes de *coaching* illustre le principe d'*alternance*, soit le passage du spécifique au général. En ce sens, l'étudiante stagiaire a débuté avec les ateliers de formation continue très spécifiques qui abordaient les stratégies de stimulation du raisonnement clinique. Ensuite, l'étudiante stagiaire a accompagné les AIC à transférer ces stratégies dans la pratique via le *coaching* qui se veut une activité intégratrice. L'*alternance* est aussi présente lors du *coaching*. Chaque AIC élaborait son plan pour l'atteinte de ses objectifs (spécifiques) et réinjectait ses acquis dans sa pratique professionnelle (globale). Bref, l'alternance entre activités de groupe et activités personnalisées a permis aux AIC de faire des liens entre les ateliers de formation continue, les séances de *coaching* et leur pratique professionnelle.

Au fait, le *coaching* facilite l'intégration des nouvelles connaissances afin de maintenir le changement de pratique (Westcott, 2016; Bradley et Moore 2017). Concernant l'apprentissage des stratégies de stimulation du raisonnement clinique, le *coaching* avait pour objectif d'assurer la pérennité de leur utilisation dans le quotidien des AIC. Il est important de mentionner que le *coaching* étant un modèle de soutien des apprentissages en milieu de pratique s'inscrit parmi les compétences des infirmières en pratique avancée (Faculté des sciences infirmières [FSI], 2014).

En somme, la participation active des AIC lors des ateliers de formation continue était liée aux choix de formules pédagogiques motivantes et au respect de certains principes d'apprentissage qui ont permis de créer des situations didactiques signifiantes où les AIC étaient portées à mobiliser leurs savoirs en vue de co-construire de nouveaux apprentissages avec leurs pairs et de les appliquer dans leur pratique professionnelle.

Retour sur les objectifs de stage et d'apprentissage

De prime abord, rappelons que les objectifs du stage se formulaient comme suit : 1) identifier les différentes stratégies pouvant stimuler le raisonnement clinique ; 2) développer avec des AIC une activité éducationnelle sur les stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique ; 3) mettre à l'essai auprès des AIC une activité éducationnelle sur des stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique ; 4) accompagner les AIC dans l'utilisation de stratégies pour stimuler le raisonnement clinique ; 5) apprécier la perception des AIC concernant la contribution de l'intervention de stage au développement de leur compétence de stimulation du raisonnement clinique. D'autre part, ce stage visait trois objectifs d'apprentissage : 6) acquérir des connaissances sur les stratégies visant à stimuler le raisonnement clinique ; 7) développer son rôle de coach en pratique avancée lors de changement de pratique infirmière visant à stimuler le raisonnement clinique; 8) améliorer ses habiletés en rédaction scientifique.

Dans l'ensemble, les objectifs de stage et d'apprentissage ont été atteints. Les objectifs (1, 2, 3, 6) en lien avec le développement et la mise à l'essai de l'activité se sont concrétisés par l'animation des trois ateliers de formation continue auxquels ont participé la majorité des AIC. L'étudiante stagiaire s'est investie dans la recension des écrits et elle a entrepris des périodes d'observation-consultation auprès de chacune des AIC. Ceci a permis à l'étudiante stagiaire d'adapter la formation aux besoins des utilisatrices.

Les objectifs (4,7) en lien avec l'accompagnement lors d'une pratique infirmière avancée en formation se sont réalisés via les séances de *coaching* individualisées. En effet, en accompagnant les AIC lors de l'intégration du questionnement et du *think aloud* dans leur pratique professionnelle, l'étudiante stagiaire incarnait son rôle de *coach*. Ces séances de *coaching* ont facilité l'ancrage de la théorie dans la pratique. En établissant des objectifs personnels (contrat de *coaching*), les AIC étaient plus enclines à utiliser les stratégies de stimulation du raisonnement clinique. Il est vrai qu'à priori leur usage n'était pas systématique, néanmoins elles y pensaient après les ateliers et les séances de *coaching* (réflexion post action). En outre, le fait de fixer ensemble des rencontres de suivi, soit l'étalage des séances de *coaching* dans le temps, les incitaient à s'investir davantage dans le changement de pratique. D'un point de vue personnel, l'étudiante stagiaire était également en apprentissage d'un nouveau rôle. Les apprentissages réalisés lors du

stage sont : l'écoute active, la capacité à résumer les besoins formulés et la capacité à délivrer de la rétroaction. Pour accompagner adéquatement les AIC, l'étudiante stagiaire a su puiser dans son bagage académique (cours suivis à l'université tels gestion de projet, méthodes d'enseignement, formation infirmière, processus d'apprentissage, etc.). Elle s'est aussi référée aux écrits scientifiques sur la psychologie humaine, aux webinaires sur le *coaching* d'entreprise afin que cette expérience soit enrichissante et bénéfique pour les deux parties. Le défi de l'accompagnement était de ne pas imposer les connaissances, mais de faciliter les apprentissages dans la même veine que les théories de l'apprentissage actif. Tout compte fait, en tant qu'infirmière en pratique avancée en option formation, l'étudiante stagiaire a su développer la compétence *soutenir les apprentissages en milieu de pratique* (FSI, 2014) par le *coaching*.

L'objectif 5 en lien avec l'appréciation de l'activité développée a été atteint au regard des constats positifs rapportés par les questionnaires d'appréciation remplis par les AIC. Ces dernières ont non seulement quantifié leur degré de satisfaction de l'intervention de stage à l'aide d'une échelle numérique, mais aussi ont exprimé les points forts et ceux à améliorer. Ce questionnaire a été validé préalablement par la personne-ressource et la directrice de stage. Il a été rempli de façon anonyme pour pallier au biais de désirabilité sociale. Toutes les AIC ayant participé au projet de stage ont répondu au questionnaire. Les commentaires formulés par les AIC dans les questionnaires témoignaient de leur désir de faire perpétuer cette culture de co-construction entre pairs en vue de se développer professionnellement.

L'objectif 8 en lien avec la rédaction scientifique s'est concrétisé par la rédaction de ce rapport de stage. Les corrections de la directrice de stage aux différentes étapes du projet ont permis à l'étudiante stagiaire de peaufiner sa rédaction scientifique. Il importe de faire ressortir l'atteinte d'autres objectifs collatéraux ou implicites tout au long de ce stage. À juste titre, l'étudiante stagiaire, en tant que chef de projet, a développé ses capacités d'écriture et de synthèse de la gestion des communications par courriel avec les parties prenantes. Par exemple, elle s'est adaptée au besoin de la conseillère clinique de recevoir de l'information sur les avancées globales du projet à l'aide de tableaux chronologiques. Dans cette même veine, elle a tenu sa directrice informée de son cheminement en stage par la mise à jour régulière d'un journal de bord réflexif, témoin de ses défis, plans d'action et apprentissages.

Retombées de l'intervention

Les retombées de l'intervention ont été constatées par l'étudiante stagiaire tout au long du stage. De prime abord, lors de l'atelier 1 de formation continue sur le raisonnement clinique, spontanément les AIC ont avancé avoir pu réactiver et actualiser leurs connaissances sur le raisonnement clinique. De surcroît, les AIC semblaient plus conscientes de l'enjeu de stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières et de leur implication directe dans le processus par le biais des stratégies de stimulation de ce raisonnement. Au fait, lors des périodes de *coaching* individualisées durant lesquelles elles rapportaient à l'étudiante stagiaire leurs échanges avec les infirmières, celles-ci entamaient une réflexion autocritique en ayant soin de soulever leurs failles lorsqu'elles n'employaient pas les stratégies et leurs bons coups lorsqu'elles y arrivaient. Dans ce même esprit, lors d'un tour de table durant l'atelier 3 où l'étudiante stagiaire demandait aux AIC ce qu'elles avaient pu tirer de l'expérience de stage, nombre d'entre elles avaient évoqué l'importance de la métacognition et de la pratique réflexive. En d'autres termes, cette intervention leur avait permis de prendre le temps de s'arrêter pour autoévaluer leur pratique dans une perspective de développement professionnel.

En sus, l'étudiante stagiaire avait observé une amélioration évidente de la stratégie de questionnement des AIC au cours de l'atelier 3. À ce propos, lors de l'analyse de la mise en situation (Annexe F) où les AIC intervenaient à titre d'expertes en raisonnement clinique, elles avaient réussi non seulement à identifier l'utilisation inefficace du questionnement dont il était question, mais également à suggérer un questionnement adéquat qui déclencherait le raisonnement clinique. Il est possible de croire que ce stage a permis aux AIC d'améliorer leur méthode de questionnement. Par ailleurs, certaines AIC ont rapporté avoir pu intégrer le questionnement et le *think aloud* lors de l'orientation des nouvelles infirmières.

Ce projet pourrait être transféré à d'autres unités du milieu et même à d'autres Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux de la province. Les ateliers de formation continue ne requièrent pas des ressources matérielles et humaines dispendieuses sinon une planification adéquate et une bonne motivation des utilisatrices. En outre, il est possible de constater que le *coaching* semble prometteur, car il impacte positivement le changement de pratique. À cet effet, il y a lieu de mettre en exergue que le *coaching* fait partie des compétences de l'infirmière en pratique

avancée (Hamric et al., 2019). Ce dernier aspect peut être valorisé auprès des conseillères cliniques et cadres-conseil. Il est intéressant de notifier que ce projet pourrait se prêter à une clientèle autre que les AIC, soient des conseillères cliniques, des formateurs cliniques et même le corps professoral en sciences infirmières.

Forces et limites de l'intervention

Une des forces de cette intervention se caractérise par son côté novateur. Tout bien pesé, les utilisatrices, AIC en soutien à domicile, étaient à leur première formation continue sur les stratégies de stimulation du raisonnement clinique auprès d'infirmières ; une thématique incontournable si l'on se fie aux écrits empiriques (Thompson, Aitken, Doran, et Dowding, 2013 ; Chapados, Audetat, et Laurin, 2014). De surcroît la planification méthodique de l'intervention mettant de l'avant le principe d'alternance entre les ateliers de formation continue sur la stimulation du raisonnement clinique en groupuscules et les séances de coaching individualisées étaient une première dans le milieu. L'accompagnement via le *coaching* s'avère être une force dans la mesure où il facilite l'intégration des nouvelles connaissances à la pratique dans une perspective de maintien du changement (Westcott, 2016 ; Bradley et Moore, 2017). Il appert également que cette intervention s'accorde avec la philosophie de l'organisation qui prône l'autonomie des infirmières et la responsabilité des AIC de contribuer au développement professionnel de celles-ci par l'accompagnement clinique.

Certaines limites sont à considérer. A priori, cette intervention s'est réalisée dans le cadre d'un projet de maîtrise, c'est-à-dire circonscrite dans le temps. Les périodes de *coaching* auraient pu s'étaler sur plusieurs mois afin de maximiser le changement de pratique. Une évaluation formative plus espacée dans le temps aurait permis d'apprécier les apprentissages résiduels. Par ailleurs, le manque de temps lié à la charge de travail des AIC, prévalait comme handicap à l'utilisation systématique des stratégies de stimulation du raisonnement clinique. Cependant, le choix de stratégies de stimulation du raisonnement clinique rapide d'utilisation comme *la minute du superviseur* avait été prévu à cet effet.

Recommandations

Sur le plan organisationnel, l'étudiante stagiaire recommanderait aux gestionnaires d'encourager l'utilisation du raisonnement clinique chez les AIC. La charge de travail des AIC est prenante et leurs tâches complexes. Ainsi, la stimulation du raisonnement clinique peut être perçue comme un surplus de travail ou une tâche chronophage. Il faudrait donc continuer à promouvoir que la stimulation du raisonnement clinique peut se faire en peu de temps et que celle-ci s'avère gagnante à long terme. Ainsi, le temps alloué à l'accompagnement clinique sera utilisé de manière plus efficiente. Comme déjà énoncé dans ce rapport, un raisonnement clinique articulé rend les infirmières plus autonomes et impacte positivement la qualité des soins.

Sur le plan de la formation, l'étudiante stagiaire recommanderait que le curriculum accorde une place de taille au raisonnement clinique ainsi qu'aux stratégies de stimulation de ce dit raisonnement. Il est vrai que le raisonnement clinique est une thématique abordée durant le cursus académique, cependant des stratégies comme le questionnement et le *think aloud* pourraient y être incorporées. Les infirmières cliniciennes sont appelées à être des AIC, il serait donc judicieux d'offrir aux étudiants du baccalauréat en sciences infirmières des séances sur comment *coacher* ou stimuler le raisonnement clinique de leurs collègues.

Sur le plan de la recherche, il serait pertinent de déployer ce projet à plus grande échelle et d'en évaluer ses impacts sur la pratique infirmière. Un devis d'étude de cas serait sans doute pertinent pour explorer ce phénomène de manière holistique.

Sur le plan de la pratique clinique, il faudrait perpétuer les formations continues sur le raisonnement clinique et ses stratégies de stimulation (Chapados, Audétat, et Laurin, 2014). L'intervention de stage semble avoir eu un impact positif sur la pratique des AIC. Elle leur a permis de se sentir plus outillées à stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières. De surcroît, des avantages collatéraux méritent d'être soulignés. Par exemple, les AIC ont eu l'opportunité d'interagir avec des collègues pour améliorer leur pratique clinique et créer un plus fort sentiment d'appartenance (*team building*). En outre, ces dernières ont eu l'occasion d'entreprendre des démarches métacognitives dans une perspective de développement professionnel. En sus, les ateliers de formation continue et les séances de *coaching* individualisées ont facilité l'ancrage de

la théorie à la pratique. Ainsi, lors du transfert de cette intervention, il ne faudrait pas négliger l'étape de maintien du changement (RNAO, 2012) qui s'est opéré via le *coaching*. Il appert que cette étape a permis de consolider les acquis des ateliers de formation continue et assurer leur application dans la pratique professionnelle des utilisatrices. L'étudiante stagiaire recommanderait que les étapes du cadre de référence *Knowledge to Action* (RNAO, 2012) soient respectées dans leur intégralité afin d'accompagner efficacement ce changement de pratique.

Conclusion

Le raisonnement clinique est la pierre angulaire de la pratique infirmière et les stratégies pour le stimuler gagneraient à être mieux connues des leaders cliniques à l'instar des AIC. Inclure ces stratégies aux formations continues des AIC s'avère incontournable pour la promotion du développement professionnel de leurs équipes ainsi que la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients⁴. Il est à rappeler l'importance du raisonnement clinique pour la qualité et la sécurité des soins dans un contexte complexe, dont le soutien à domicile, où les infirmières doivent décontextualiser des savoirs pour s'adapter à une myriade de situations cliniques (Deshaies et al., 2010). Ainsi, l'utilisation des stratégies de stimulation du raisonnement clinique par les AIC au sein de l'équipe contribuerait à enrichir le raisonnement clinique des infirmières et par ricochet leur autonomie professionnelle.

⁴ Ceci est tiré d'un document du milieu

Références

- Association des Infirmiers et Infirmières du Canada [AIIC] (2013). Optimisation du rôle des soins infirmiers dans les soins de santé à domicile. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/optimizing_the_role_of_nursing_in_home_health_f.pdf?la=fr
- Bahn, D. (2007). Orientation of nurses towards formal and informal learning: Motives and perceptions. *Nurse Education Today*, 27(7), 723-730.
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse education in practice*, 8(3), 177-183
- Bélangier, J. (2011). Les tactiques d'influence ascendante des DRH. *Revue de gestion des ressources humaines*, (2), 22-32.
- Bélangier, L., Goudreau, J. et Ducharme, F. (2014). Une approche éducative socioconstructiviste et humaniste pour la formation continue des infirmières soignant des personnes ayant des besoins complexes. *Recherche en soins infirmiers*, 118 (3), 17-25.
- Bennett, J. L. et Bush, M. W. (2013). *Coaching for change*. Routledge. Repéré à https://books.google.ca/books?id=xXpHAQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- Berberie, T.L. (2010). Charge Nurse Program Builder: Tools for Developing Unit Leaders. Repéré à https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=BYDO_0fQ7voC&oi=fnd&pg=PA1&dq=charge+nurse+competencies&ots=meMZ03bxmc&sig=Jw3q3kGyhISzEr_xmQ3tpHkB2E#v=onepage&q=charge%20nurse%20competencies&f=false
- Bisson, L. (2018). L'utilisation des cartes conceptuelles pour faciliter l'apprentissage. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01833228/document>
- Bluestone, J., Johnson, P., Fullerton, J., Carr, C., Alderman, J., et BonTempo, J. (2013). Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. *Human resources for health*, 11 (1), 51
- Brahimi, C., Farley, C., et Joubert, P. (2011). L'approche par compétences. Un levier changement des pratiques en santé publique au Québec. Québec : Institut national de santé publique Québec p. 14-15
- Burbach, B., Barnason, S. et Thompson, S. (2015). Using Think Aloud to Capture Clinical Reasoning during Patient Simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 1-7. doi:10.1515/ijnes-2014-0044.
- Cerullo, J. A. D. S. B., et Cruz, D. D. A. L. M. (2010). Clinical reasoning and critical thinking. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(1), 124-129.

- Cervero, R. M., et Gaines, J. K. (2015). The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 35(2), 131-138.
- Chamberland, G., Lavoie, L., et Marquis, D. (1995). *20 formules pédagogiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Chapados, C., Audétat, M. C., et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11 (1), 37-40.

- Comité patronale de négociation du secteur de la santé et des services sociaux [CPNSSS] (2019), <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/N02/AfficherDetails.aspx?TitreEmploi=2489>
- Cruz, D. M., Pimenta, C. M., et Lunney, M. (2009). Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 121-127.
- Covell, C. L. (2009). Outcomes achieved from organizational investment in nursing continuing professional development. *Journal of Nursing Administration*, 39 (10), 438-443
- Dale, Edgar. *Audio-Visual Methods in Teaching*, 3rd ed., Holt, Rinehart et Winston, New York, 1969, p. 108
- Desjardins, J., et Sénécal, I. (2016). La pédagogie active. Repéré à <https://www.profweb.ca/publications/dossiers/la-pedagogie-active>
- Consortium national de formation en santé [CNFS] (2017). Façonner le raisonnement clinique. Repéré à https://ateliers.cnfs.ca/atelierscnfs/faconner-le-raisonnement-clinique/2019/pdf/unite1/unite1_1_activite2.pdf
- DeCampli, P., Kirby, K. K. et Baldwin, C. (2010). Beyond the classroom to coaching: Preparing new nurse managers. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 132-137.
- Deshaies, C., Bilodeau, H., et Leprohon, J. (2010). Lignes directrices : L'exercice infirmier en santé communautaire — soutien à domicile. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/295LDSoutiendomicile_0.pdf.
- Deschênes, M. F., et Goudreau, J. (2017). Addressing the development of both knowledge and clinical reasoning in nursing through the perspective of script concordance: an integrative literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(12), 28-38.
- Delamater, L., et Hall, N. (2018). Charge nurse development: What does the literature say? *Nursing management*, 49 (7), 34-40.
- Dinkins, C. S. et Cangelosi, P. R. (2019). Putting Socrates back in Socratic method: Theory-based debriefing in the nursing classroom. *Nursing Philosophy*, 20 (2), e12240
- Donner, G. J. et Wheeler, M. M. (2009). *Coaching in nursing: An introduction*. International Council of Nurses: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.

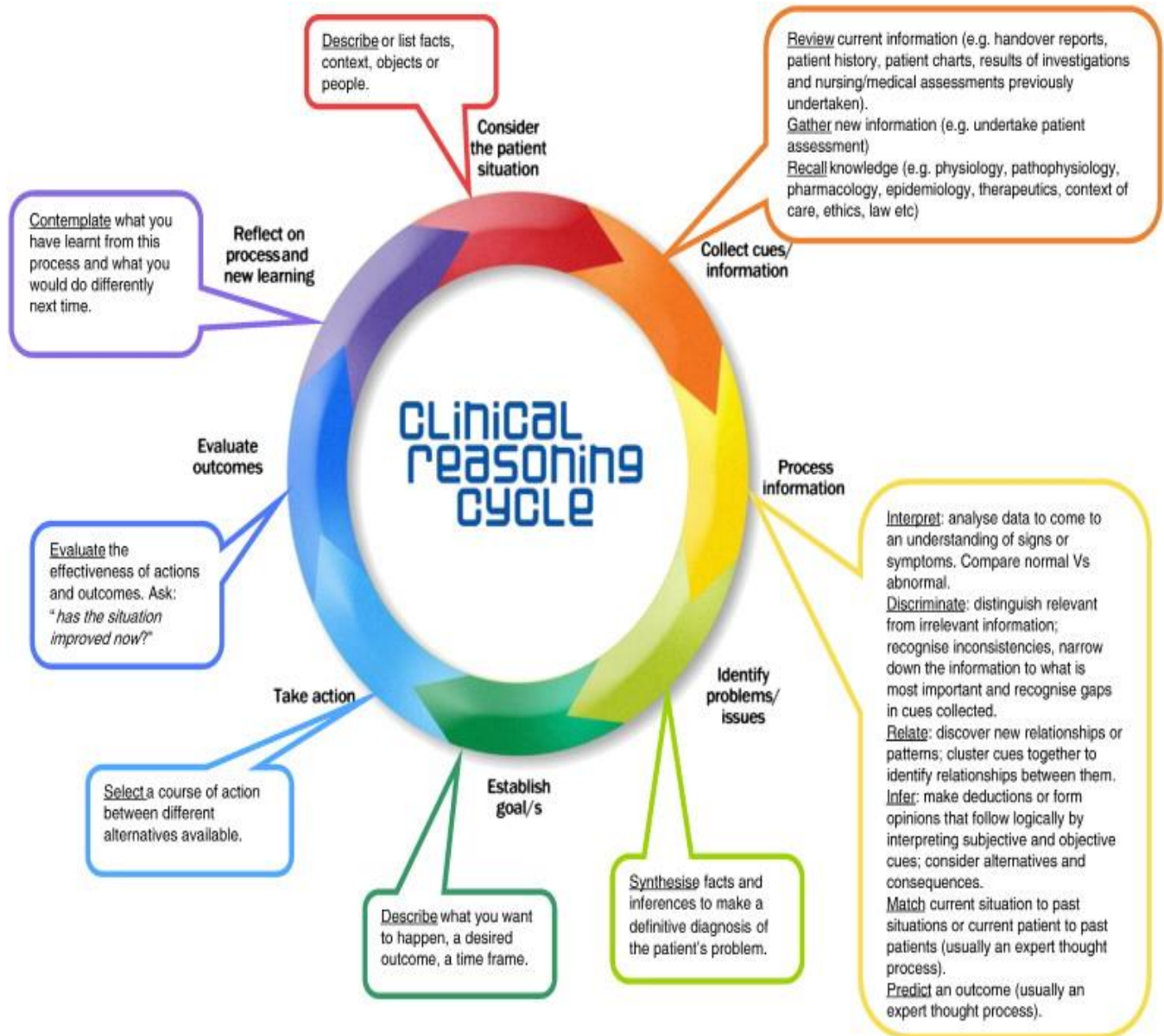
- Edulib, 2019. Supervision du raisonnement Clinique. Repéré à [https://cours.edulib.org/courses/course-v1 : UMontreal+SRC-2.1+P2018/courseware/24f2aa74280546799f500116717b1bbd/0ba654d853e945508a8384223d12c4e1/7?activate_block_id=block-v1%3AUMontreal%2BSRC-2.1%2BP2018%2Btype%40vertical%2Bblock%4045b0694d6d7d408db13f92c2468fa2c4](https://cours.edulib.org/courses/course-v1:UMontreal+SRC-2.1+P2018/courseware/24f2aa74280546799f500116717b1bbd/0ba654d853e945508a8384223d12c4e1/7?activate_block_id=block-v1%3AUMontreal%2BSRC-2.1%2BP2018%2Btype%40vertical%2Bblock%4045b0694d6d7d408db13f92c2468fa2c4)
- Eggenberger, T. (2012). Exploring the charge nurse role: holding the frontline. *Journal of Nursing Administration*, 42 (11), 502-506.
- Faculté des sciences infirmières (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Université de Montréal
- Forneris, S. G., et Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 410-421.
- Gagnon, E., Guberman, N., Coté, D., Gilbert, C., Thivierge, N. et Tremblay, M. (2002). Les soins à domicile dans le contexte du virage ambulatoire. *Sommaire 10 (2)*, 13-24. Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol10no2/p12_24.pdf
- Goodstone, L., Goodstone, M. S., Cino, K., Glaser, C. A., Kupferman, K., et Dember-Neal, T. (2013). Effect of simulation on the development of critical thinking in associate degree nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 34 (3), 159-162.
- Göransson, K. E., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E., et Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 163-172.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse education in practice*, 15(6), 572-578.
- Greenwood, J., Sullivan, J., Spence, K., et McDonald, M. (2000). Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: Report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1106-1114. doi: 10.1046/j.1365—2648.2000.01378.x
- Griffiths, S., Hines, S., Moloney, C., et Ralph, N. (2017). Characteristics and processes of clinical reasoning in nurses and factors related to its use: a scoping review protocol. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(12), 2832-2836.
- Gul, R. B., Khan, S., Ahmed, A., Cassum, S., Saeed, T., Parpio, Y., ... et Profetto-McGrath, J. (2014). Enhancing Educators' Skills for Promoting Critical Thinking in Their Classroom Discourses: A Randomized Control Trial.
- Heagney, J. (2016). *Fundamentals of project management*. (5e éd.). New York: American Management Association.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2019). *Advanced practice nursing: an integrative approach*. (6^e éd.). St. Louis, Missouri : Elsevier.

- Hermann, G. (2003). Les méthodes d'apprentissage. Montréal : Le carrefour de la réussite.
- Homer, R., et Ryan, L. (2013). Making the grade: Charge nurse education improves job performance. *Nursing management*, 44 (3), 38-44.
- Hetu, M. (2016). Apprentissage ou imitation ? *Pédagogie collégiale* 29 (4), 16-23
- International Coach Federation (2017). What is coaching? Repéré à https://icf-clubexpress.com/content.aspx?page_id=22&club_id=508298&module_id=132814
- Institut National de Santé Publique Québec [INSPQ] (2018). Population âgée de 65 ans et plus. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus>
- Joanis, I., (2016). Les stratégies pédagogiques favorables au transfert des apprentissages. *Pédagogie collégiale* 29 (4), 9-15
- Johnsen, H. M., Slettebø, Å., et Fossum, M. (2016). Registered nurses' clinical reasoning in home healthcare clinical practice: A think-aloud study with protocol analysis. *Nurse Education Today*, 40, 95-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.023>
- Institut Canadien d'information sur la Santé [ICIS] (2011). Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques ? Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf.
- Infirmières et infirmiers en santé Communautaire du Canada, [IISC] (2010). Compétences en soins infirmiers à domicile. Repéré à <https://www.chnc.ca/fr/publications-et-ressources>
- Korth, J. (2016). Communication and coaching: keys to developing future nurse leaders. *Nurse Leader*, 14 (3), 207-211.
- Lapkin S., T. Levett, H. Bellchambers et R. Fernandez (2010). Efficacité des mannequins de simulation de patients dans l'enseignement des techniques de raisonnement clinique aux étudiants de premier cycle en sciences infirmières : revue systématique. *Simulation clinique en soins infirmiers*, 6 (6), e207 — e222.
- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale* 15 (1)
- Lee, J., Lee, Y. J., Bae, J. et Seo, M. (2016). Registered nurses' clinical reasoning skills and reasoning process: a think-aloud study. *Nurse education today*, 46, 75-
- Legendre R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin.
- Levett-Jones, T. (2013). Clinical reasoning: Learning to think like a nurse. Frenchs Forest, Australie: Pearson.
- Long, M., Blankenburg, R. et Butani, L. (2015). Questioning as a teaching tool. *Pediatrics*, 135(3), 406-408
- Ludin, S. M. (2018). Does good critical thinking equal effective decision-making among critical care nurses? A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 1-10.

- Marquis, B. et Huston, C. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. (7e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins
- Merisier, S., Larue, C., et Boyer, L. (2018). How does questioning influence nursing students' clinical reasoning in problem-based learning? A scoping review. *Nurse education today*, 65, 108-115.
- McCallin, A. M., et Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319-325.
- Mildon, Betker, Underwood (2011). Standards of Practice in Community Health Nursing: A Literature Review Undertaken to Inform Revisions to the Canadian Community Health Nursing Standards of Practice. Repéré à <https://www.chnc.ca/upload/membership/document/201607/alitreviewundertakentoinformrevisionstothechncnstdrsofpracticemarch2011.pdf#upload/membership/document/201607/alitreviewundertakentoinformrevisionstothechncnstdrsofpracticemarch2011.pdf>
- Normand, L., Black, D., Baldwin, K. M., et Crenshaw, J. T. (2014). Redefining “charge nurse” within the front line. *Nursing management*, 45 (9), 48-53.
- Ouellet, J., et Mukamurera, J. (2015). La formation continue d’infirmières de soins à domicile : retombées perçues au regard de l’amélioration de la qualité des soins aux aînés. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, 1 (3), 6.
- Ouellet, J. et Mukamurera, J. (2017). Comment l’employeur peut-il soutenir la formation continue et le développement professionnel infirmier ? Résultats d’une étude qualitative canadienne auprès d’infirmières de soutien à domicile. *Recherche en soins infirmiers*, 131 (4), 29-40. doi:10.3917/rsi.131.0029
- Patrician, P. A., Oliver, D., Miltner, R. S., Dawson, M., et Ladner, K. A. (2012). Nurturing charge nurses for future leadership roles. *Journal of Nursing Administration*, 42 (10), 461-466.
- Phaneuf, M. (2013). La réflexion à voix haute, complément ou substitut de la démarche de soins. Repéré à <http://www.prendresoins.org/?p=967>
- Perrier, C. (2014). L’apprentissage du raisonnement clinique infirmier par vignette clinique courte : étude exploratoire. *Recherche en soins infirmiers*, 118 (3), 52-61. doi:10.3917/rsi.118.0052.
- Phillips, N. M., Duke, M. M. et Weerasuriya, R. (2017). Questioning skills of clinical facilitators supporting undergraduate nursing students. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4344-4352.
- Pinnock, R., Young, L., Spence, F., Henning, M., & Hazell, W. (2015). Can think aloud be used to teach and assess clinical reasoning in graduate medical education? *Journal of graduate medical education*, 7(3), 334-337.
- Popil, I. (2011). Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method. *Nurse education today*, 31(2), 204-207.
- Registered Nurses’ Association of Ontario [RNAO] (2012). Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines. Repéré à https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf

- Sévigny, I., et Effio, P. (2016). L'assistante infirmière-chef d'unité et la qualité des soins. *Perspectives infirmières*, 13 (4), 25-27.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1151-1158.
- Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., et Karden, R. (2007). Development of a leadership competency model. *Journal of Nursing Administration*, 37 (2), 85-94.
- Sherman, R. O., Schwarzkopf, R., et Kiger, A. J. (2011). Charge nurse perspectives on frontline leadership in acute care environments. *ISRN nursing*, 2011.
- Straus, S., Tetroe, J., et Graham, I. D. (Eds.). (2013). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. John Wiley et Sons.
- Swinny, B. (2010). Assessing and developing critical-thinking skills in the intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*, 33(1), 2-9.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education* 45 (6), 204-211.
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique l'apport de la psychologie cognitive. Montréal, QC : Les Éditions Logiques.
- Tofade, T., Elsner, J. et Haines, S. T. (2013). Best Practice Strategies for Effective Use of Questions as a Teaching Tool. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(7), 155. doi:10.5688/ajpe777155
- Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., et Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1720–1726.
- Victor-Chmil, J. (2013). Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment. *Nurse Educator*, 38, 34-36. doi: 10.1097/NNE.0b013e318276dfbe
- Vygotski, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Westcott, L. (2016). How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2669-2677.
- Wojciechowski, E., Ritze-Cullen, N. et Tyrrell, S. (2011). Understanding the learning needs of the charge nurse: implications for nursing staff development. *Journal for Nurses in Professional Development*, 27(4), E10-E17.
- Woodhead V (2011) Comment le coaching aide-t-il à soutenir le travail d'équipe ? Une étude de cas dans le NHS *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 5 (102 - 119).
- Yoder-Wise, P. (2015). *Leading and management in nursing*: St Louis, MO: Mosby

Appendice A : Cycle du raisonnement clinique



(Levett-Jones, 2013)

Appendice B : La minute du superviseur

La minute du superviseur

La minute du superviseur est un outil clé des formations sur la stimulation du raisonnement clinique. Elle est centrée sur le raisonnement clinique de l'infirmière, offre un apprentissage actif et peut être facilement utilisée dans un contexte où le temps fait défaut.

Vous pouvez l'utiliser pour stimuler de façon systématique le raisonnement clinique des infirmières de votre équipe :

- Demander à l'infirmière de prendre position sur la situation clinique
- Demander à l'infirmière de justifier sa position

Quels éléments as-tu considérés pour prioriser cette hypothèse ?

- **Reconnaitre ce qui a été bien fait**
- Corriger les erreurs ou proposer des solutions
- Encourager l'infirmière à faire une autoévaluation
- Résumer un principe général à retenir

Il est important de faire les liens entre la bradycardie et la syncope...

- Préciser le suivi

Verbaliser ses attentes pour les prochains entretiens

Consortium national de formation en santé [CNFS] (2017)

Appendice C : Contrat de coaching

Contrat de coaching

Nom:

- Quels sont vos objectifs en lien avec la stimulation du raisonnement clinique ?
- Sur une échelle de 1 à 10, à combien pensez-vous estimer votre succès dans la poursuite de ces objectifs ?
- Pourquoi ces objectifs sont-ils importants pour vous ?
- Si vous rencontrez des difficultés, comment comptez-vous les surmonter ?
- Comment puis-je vous aider à accomplir vos objectifs ?

(Hamric, Hanson, Tracy, et O'Grady, 2019)

Appendice D : Lettre d'invitation aux AIC

FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉE POUR LES ASI

Dans le cadre d'un projet de maîtrise

ATELIERS SUR LES STRATÉGIES POUR STIMULER LE RAISONNEMENT CLINIQUE

LIEUX : [REDACTED]

Le [REDACTED] reconnaît aux présents ateliers 3 h 30 min de formation accréditée.

La complexification des soins exige davantage l'utilisation du raisonnement clinique d'autant plus qu'un manque à ce niveau peut compromettre la sécurité des patients. Ces activités de formation continue visent à outiller les Assistantes du Supérieur Immédiat (ASI) à l'aide de stratégies afin de stimuler ou d'enrichir le raisonnement clinique chez les infirmières.

Cible : Ces activités de formation continue s'adressent à vous, ASI du soutien à domicile, désireuses de mettre à profit votre leadership. Par l'appropriation de ces stratégies novatrices, vous serez les agentes de changement qui stimuleront le raisonnement clinique au sein de vos équipes respectives.

Des rendez-vous qui ont besoin de vous !

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Définir le raisonnement clinique
- Connaitre les différents modèles de raisonnement clinique
- Comprendre l'importance du raisonnement clinique pour la pratique infirmière
- Expliquer certains biais de raisonnement clinique
- Distinguer différentes stratégies pour stimuler le raisonnement clinique
- Expérimentez la méthode du questionnement
- Expérimentez la méthode du *think aloud*
- Exercer une pratique réflexive sur sa propre pratique

L'exigence pour obtenir les heures accréditées est de participer aux 3 ateliers et d'avoir réussi l'examen final. Le taux de réussite exigé est une moyenne de 70 %. Un droit de reprise est permis, si nécessaire.

HORAIRE :

Ces ateliers interactifs d'une durée de 45 à 60 minutes à raison de trois ateliers s'étaleront de novembre à février.

FORMATRICE :

Samantha François — Infirmière clinicienne et candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Directrice de maîtrise : Karine Bilodeau, inf., Ph. D. — Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Personne-ressource : [REDACTED]

- Calendrier des formations

Date	Heure	Endroit
Jour 1		
Jeudi 20 Novembre 2019	10 h — 10 h 45	[REDACTED] [REDACTED]
Jour 2		
Mercredi 4 décembre 2019	11 h-12 h	[REDACTED] [REDACTED]
Jeudi 5 décembre 2019	11 h-12 h	[REDACTED] [REDACTED]
Jour 3		
Jeudi 26 Février 2020	10 h — 11 h 15	[REDACTED] [REDACTED]

Formation accréditée (3 h 30 min) : L'exigence est d'avoir participé aux trois journées de formation et d'avoir réussi l'examen final. Le taux de réussite exigé est une moyenne de 70 %. Un droit de reprise est permis, si nécessaire.

Au plaisir de vous y voir en grand nombre.

Rédigé par Samantha François, inf., ét. M.Sc., Faculté des sciences inf., UdeM

Appendice E : Aide-mémoire

L'art de faire réfléchir en quelques questions...

Voici un exemple de questions que vous pouvez utiliser pour stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières de votre équipe :

D'après les données cliniques que tu as recueillies :

- Quelle est ton impression clinique de la situation ?
 - Quelles sont les hypothèses qui pourraient expliquer le problème de l'utilisateur/sa situation ?
 - Quelle hypothèse est la plus plausible (laquelle doit être vérifiée en premier lieu) ?
 - Sur quels éléments t'appuies-tu pour accepter ou rejeter ta première hypothèse ?
-
- Quelles connaissances et expériences antérieures peux-tu utiliser pour résoudre la situation actuelle ?
 - Quelles sont les similarités et les différences entre les situations cliniques déjà vues ? Pourquoi as-tu agi différemment même si les cas étaient semblables ?
 - Comment es-tu arrivé à cette décision ?

Consortium national de formation en santé [CNFS] (2017)

Samantha François, inf., ét. Sciences inf., M.SC., UdM

20/02/10

La minute du superviseur

La minute du superviseur est un outil clé des formations sur la stimulation du raisonnement clinique. Elle est centrée sur le raisonnement clinique de l'infirmière, offre un apprentissage actif et peut être facilement utilisée dans un contexte où le temps fait défaut.

Vous pouvez l'utiliser pour stimuler de façon systématique le raisonnement clinique des infirmières de votre équipe :

- Demander à l'infirmière de prendre position sur la situation clinique
- Demander à l'infirmière de justifier sa position

Quels éléments as-tu considérés pour prioriser cette hypothèse ?

- **Reconnaitre ce qui a été bien fait**
- Corriger les erreurs ou proposer des solutions
- Encourager l'infirmière à faire une autoévaluation
- Résumer un principe général à retenir

Il est important de faire les liens entre la bradycardie et la syncope...

- Préciser le suivi

Verbaliser ses attentes pour les prochains entretiens

Consortium national de formation en santé [CNFS] (2017)

Samantha François, inf., ét. sciences inf., M.SC., UdeM

20/02/10

Appendice F : Planification de l'intervention

	ATELIER 1	ATELIER 2	COACHING	ATELIER 3
Participants	n=9	n=9	n=8	n=8
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le raisonnement clinique • Analyser l'importance du raisonnement clinique • Expliquer les biais de raisonnement clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les différentes stratégies pour stimuler le raisonnement clinique • Mettre en application le <i>think aloud-questionnement</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le transfert des stratégies de stimulation du raisonnement clinique à la pratique professionnelle des AIC 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le transfert des stratégies de stimulation du raisonnement clinique à la pratique professionnelle des AIC

Tableau 1. Planification de l'intervention de stimulation du raisonnement clinique

Appendice G : Études de cas atelier 1

- Emmanuelle est l'infirmière de Monsieur Pierre Martin, 60 ans, admis pour dyspnée d'origine inconnue. Lorsqu'elle entre dans la chambre de son patient à 14 h, elle remarque qu'il est pâle et diaphorétique. Sa respiration est rapide et superficielle. Du tirage abdominal est visible. À l'auscultation pulmonaire, elle entend des bruits anormaux, mais elle ne sait pas les nommer. Monsieur Martin lui dit avoir une douleur sous forme de serrement au thorax et la sensation d'étouffer. À la lueur des informations recueillies, Emmanuelle soupçonne une altération de la fonction respiratoire ce qui l'amène à penser à un infarctus ou à de l'angine, à un œdème aigu du poumon, à une embolie pulmonaire et à une crise d'asthme. C'est la première fois que cela lui arrive. Elle sait qu'elle doit intervenir. Elle peut aller chercher une infirmière qui a plus d'expérience, elle peut appeler l'inhalothérapeute, elle peut aller chercher le médecin ou elle peut intervenir auprès du patient. Elle décide donc d'appeler pour avoir l'aide d'une infirmière plus expérimentée pendant qu'elle prend les signes vitaux du patient.
- Antoni est l'infirmier responsable des soins de Madame Gilberte qui est admise pour syncope et chute. Lors d'une de ses tournées de soins, il entre dans la chambre et la retrouve inconsciente, couchée sur le sol. Comme elle ne se réveille pas à la stimulation légère et qu'elle présente un saignement au niveau du cuir chevelu, il en déduit qu'elle a fait une commotion et il va chercher de l'aide pour la recoucher au lit. Il n'a pas réfléchi sur la raison de sa chute.

(Côté et St-Cyr 2012)

En dyade, je vous invite à analyser ces deux mises en situation en lien avec le raisonnement clinique.

- Faire ressortir le cycle du raisonnement clinique de Levett-Jones.
- Quelles sont les similarités ou les différences entre le type de raisonnement d'Emmanuelle et celui d'Antoni ? (Vidéos de préparation)
- Discuter de la présence de la métacognition dans les deux mises en situation ?

Appendice H : Étude de cas atelier 1 (suite)

Repérez les facteurs pouvant entraver le raisonnement clinique de Marie-Soleil.

Marie-Soleil se rend à domicile chez Mme Racicot pour l'irrigation de sa jéjunostomie. La patiente se plaint d'une céphalée *de novo* à 7/10 et d'une raideur nucale. Elle explique à son infirmière qu'elle est épuisée à cause des préparatifs de mariage de sa petite fille. Marie Soleil en déduit que Mme Racicot est stressée et accuse un torticolis. Elle lui recommande de se reposer après la prise d'acétaminophène. Marie Soleil se sent confiante, car elle a été fréquemment exposée à des situations identiques.

(Audetat, Voirol, Chapados, et Laurin, 2014)

Appendice I : Études de cas atelier 2

Études de cas

Une infirmière de votre équipe vous demande si elle devrait faire le drainage pleural d'un usager avec une pression à 98/60. Que lui répondez-vous ?

Une infirmière de votre équipe se sent insécure à mesurer l'indice tibio-brachial d'un usager à domicile. Vous décidez de l'accompagner. Comment procédez-vous au chevet de l'usager ?

Une infirmière de votre équipe vous rapporte que M.Coté, son usager, a des crépitants et qu'il est plus essoufflé que d'habitude. Elle vous dit que suite à son évaluation, elle va l'ajouter sur la feuille de route de soirée. Que lui répondez-vous ?

Vous faites une révision de charge de cas avec une infirmière de votre équipe. Les notes au dossier sont très longues et l'information essentielle relative à la condition du patient est manquante. Comme interventions infirmières, au Kardex, il est inscrit : *suivi de l'état général*. Que lui dites-vous ?

Appendice J : Jeu de rôles

L'étudiante stagiaire jouait le rôle de l'AIC et l'utilisatrice, celui de l'infirmière. L'intention stratégique dans cet exemple était que l'AIC voulait faire comprendre à l'infirmière de son équipe qu'il fallait fermer le dossier d'un usager chez qui elle ne posait aucune intervention infirmière concrète sinon un suivi de routine sans objectifs infirmiers précis. Ce qui augmente son nombre de visites à domicile au détriment d'un patient qui bénéficierait davantage des soins infirmiers à domicile.

Ce jeu de rôle est inspiré de l'article de Dickens et Cangelosi (2019).

- AIC : *Si vous étiez un charpentier et que vous aviez été embauché pour construire un mur chez un client, qu'auriez-vous fait ?*
- Infirmière : *J'évaluerais le domicile, j'achèterais le matériel nécessaire et je construirais le mur.*
- AIC : *Après la construction du mur et vérification que tout est conforme, reviendriez-vous chez votre client chaque semaine pour vérifier si le mur est en place ?*
- Infirmière : *Non. Je m'en irais chercher d'autres contrats.*

Enfin l'étudiante stagiaire établit le parallèle (contextualisation) en avançant : *Justement, c'est le même cas de figure avec votre usager. Lorsque le problème est résolu et qu'aucune intervention infirmière n'est requise, comme le charpentier, vous n'avez pas à y retourner.*

Appendice K : Objectifs des séances de coaching

Séance 1	Séance 2	Séance 3
<ul style="list-style-type: none"> • Résumer brièvement les ateliers de formation continue. • Signer le contrat de coaching (objectifs personnels des AIC et stratégies pour les atteindre) • Stimuler les AIC à utiliser les stratégies de stimulation du raisonnement clinique dans leur pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des objectifs personnels de l'AIC élaborés dans le contrat de coaching (avancées et difficultés) • Souligner les points positifs de l'AIC • Visionner des vidéos pédagogiques en rapport avec les besoins de l'AIC • Donner de la rétroaction et faire des suggestions pour faciliter le transfert dans la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des objectifs personnels de l'AIC (avancées et difficultés) • Souligner les points positifs de l'AIC • Visionner des vidéos pédagogiques en rapport avec les besoins de l'AIC • Donner de la rétroaction et faire des suggestions pour faciliter le transfert dans la pratique • Évaluer, de manière formative, l'atteinte des objectifs personnels de l'AIC

Tableau 2. Objectifs des séances de coaching sur l'appropriation du raisonnement clinique

Appendice L : Étude de cas intégratrice

La stimulation du raisonnement clinique, votre expertise !

Claudette, une ASI, vous rapporte qu'une infirmière de son équipe l'a consultée au sujet de son usager, M. Coté. L'infirmière relate que M. Coté a des crépitants et qu'il est plus essoufflé que d'habitude. Elle lui dit que suite à son évaluation, elle va l'ajouter sur la feuille de route de soirée. Claudette demande à l'infirmière si elle a ausculté M. Coté, si elle a constaté des signes de surcharge comme l'œdème des membres inférieurs, si elle l'a pesé et finalement si elle a évalué sa diurèse? Après avoir répondu à toutes les questions de Claudette, l'infirmière décide d'interpeller le médecin traitant pour une prescription de Lasix.

- 1) En tant qu'experte en stimulation du raisonnement clinique, que pensez-vous de la démarche de Claudette ?
- 2) Êtes-vous d'avis que Claudette a stimulé le raisonnement clinique de l'infirmière ? Pourquoi ?
- 3) En rencontre avec Claudette, elle vous témoigne qu'elle trouve que certaines infirmières ne poussent pas assez leur raisonnement et qu'elle se sent obligée de les guider. En connaissance de cause de son approche avec l'infirmière de M. Coté, quelles stratégies lui suggérez-vous (2) ?

Faites-lui une démonstration en guise d'exemple

- 4) Claudette vous dit qu'elle trouve cela difficile et que sa lourde charge de travail ne lui permet pas de stimuler le raisonnement clinique chez les infirmières. Quels arguments emploieriez-vous pour inciter Claudette à utiliser les stratégies de stimulation du raisonnement clinique ?
- 5) Deux semaines plus tard, vous rencontrez Claudette à son bureau. Elle vous dit qu'elle a réfléchi à vos échanges et qu'elle a même tenté une des stratégies proposées, ce qui a eu pour effet de déclencher le processus de raisonnement clinique chez l'infirmière. Sans être totalement convaincue, elle affirme qu'elle compte les utiliser plus souvent. Lorsqu'elle vous explique son interaction avec l'infirmière, vous réalisez qu'elle pose généralement des questions de bas niveau cognitif. Une seule de ces questions invitait l'infirmière à roder son raisonnement clinique.
Vous devez lui faire une rétroaction. Que lui dites-vous ?

Appendice M : Questionnaire d'appréciation

Questionnaire d'appréciation

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire de façon anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Votre opinion est essentielle pour l'évaluation de ce projet de stage.

1- Nous aimerions comprendre votre expérience d'apprentissage. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou non avec les affirmations suivantes à l'aide de l'échelle fournie.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Les méthodes pédagogiques utilisées (discussion, études de cas, vidéos pédagogiques...) ont facilité mon apprentissage	1	2	3	4
Les ateliers de formation continue étaient signifiants à ma pratique d'ASI	1	2	3	4
La formatrice/facilitatrice était à l'écoute des participants	1	2	3	4
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de mon rôle d'ASI	1	2	3	4
J'ai acquis de nouvelles connaissances qui guideront mon travail en tant qu'ASI	1	2	3	4
Je me sens mieux outiller pour accompagner la stimulation du raisonnement clinique des infirmières en soutien à domicile ?	1	2	3	4
Les séances de coaching ont facilité l'intégration des nouvelles connaissances à ma pratique	1	2	3	4
De façon générale, cette formation va m'aider dans ma pratique professionnelle	1	2	3	4

2- Quels changements dans votre pratique d'Assistante du Supérieur Immédiat (ASI) envisagez-vous à la suite de ces ateliers ?

3- Qu'avez-vous apprécié de ces ateliers, les bons points ?

4- Que suggéreriez-vous pour améliorer ces ateliers ?