

Université de Montréal

**Évaluation de la condition physique et mentale de l'aîné:  
développement et mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive**

par Urielle Etienne

Faculté des Sciences Infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières  
option expertise-conseil

Juin 2017

© Urielle Etienne, 2017

## Résumé

Les personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en raison de leur état de santé souvent précaire, nécessitent un suivi clinique qui passe, entre autres, par l'évaluation de leur condition physique et mentale. Pourtant, plusieurs études démontrent que les infirmières n'évaluent pas suffisamment l'état de santé des personnes à leur charge. Parmi les stratégies identifiées dans les écrits pour renforcer l'évaluation de la condition physique et mentale effectuée par l'infirmière, la pratique réflexive (PR) a été retenue, car elle favorise le développement et l'amélioration des compétences professionnelles de l'infirmière qui œuvre auprès des aînés (Dubé et Ducharme, 2014a).

Basée sur une combinaison du Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) et sur la Méthode de réflexion de Goudreau, Pepin et Lavoie (2013), une intervention de PR a été développée et mise à l'essai, auprès d'un groupe d'infirmières en CHSLD. Cinq infirmières ont ainsi partagé une situation clinique vécue, en lien avec l'évaluation physique et mentale d'un résident, qu'elles ont trouvée difficile ou problématique. Par la suite, des interventions reconnues en lien avec le sujet présenté ont été discutées. De plus, chaque participante a bénéficié d'un accompagnement clinique dans l'unité de soins, sur un sujet d'évaluation physique ou mentale de son choix.

Les infirmières ont apprécié avoir pu discuter de cas réels et se disent plus outillées pour faire face aux situations complexes de soins. D'ailleurs, elles recommanderaient les rencontres de PR à leurs collègues, suggérant ainsi le maintien de ces rencontres dans leur établissement.

**Mots-clés :** Évaluation de la condition physique et mentale; personne âgée; aîné, CHSLD, soins de longue durée, pratique réflexive.

## Abstract

Seniors in residential and long-term care, due to their often precarious state of health require clinical follow-up, which includes assessing their physical and mental condition. Yet, several studies show that nurses do not adequately assess the health-status of their dependents. Among the strategies identified in the literature to strengthen the assessment of physical and mental condition, reflective practice (RP) stood out. It promotes the development and enhancement of the professional competency of nurses who work with elders (Dubé et Ducharme, 2014a).

Based on a combination of Johns' Structured Reflection Model (Johns, 2006) and Goudreau et al. (2013) Reflection Method, a RP intervention was developed and tested with a group of nurses in long term care. Five nurses each shared a difficult or problematic clinical situation experienced in connection with physical and mental assessment. Subsequently, best practices' interventions in relation to the topic presented were discussed. In addition, each participant benefited from clinical support on her care unit, with her choice of subject of physical or mental evaluation.

The nurses appreciated being able to discuss real cases and felt they were better equipped to deal with complex care situations. Moreover, they would recommend meetings of RPs to their colleagues, thus suggesting the maintenance of these meetings in their institution.

**Keywords:** Physical health assessment, mental health assessment; old people; Senior, long-term care, reflective practice

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles.....	viii
Remerciements.....	x
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	12
1.1 Problématique.....	13
1.2 But du stage.....	15
1.3 Objectifs de stage.....	16
1.4 Objectifs d'apprentissage.....	16
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS THÉORIQUES ET EMPIRIQUES.....	17
2.1 Portrait clinique des personnes âgées hébergées en CHSLD.....	18
2.2 Évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique.....	20
2.3 Ampleur de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne.....	22
2.4 Conséquences de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne.....	24
2.5 Barrières à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne.....	26
2.6 Interventions effectuées pour améliorer l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne.....	28
2.6.1 La formation.....	28
2.6.2 La simulation clinique haute-fidélité.....	29
2.6.3 L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé.....	30
2.6.4 La pratique réflexive.....	31
2.7 Stratégie d'intervention retenue.....	32
2.8 Cadre de référence.....	34
CHAPITRE 3 : DÉROULEMENT DU STAGE.....	36

3.1 Description du milieu de stage.....	37
3.2 Activités préalables au stage.....	37
3.2.1 Formations préalables des infirmières .....	37
3.2.2 Rencontre avec les infirmières du milieu.....	38
3.2.3 Préparation des outils de travail.....	38
3.2.4 Organisation des rencontres de pratique réflexive (PR) .....	39
3.3. Bilan des rencontres de PR .....	40
3.3.1 Données sur les participantes.....	40
3.3.2 Déroulement des rencontres de PR .....	40
3.3.3 Rôle de l’animatrice des rencontres de PR .....	41
3.3.4 Thèmes des rencontres de PR .....	42
3.3.5 Déroulement de l’accompagnement dans les unités de soins .....	46
3.3.6 Activités de fin de stage.....	47
3.3.7 Résultats des questionnaires de satisfaction .....	48
3.3.8 Supervision du stage .....	49
CHAPITRE 4 : DISCUSSION .....	50
4.1 Pertinence du stage .....	51
4.1.1 Retombées chez les infirmières .....	51
4.1.2 Retombées chez l’étudiante .....	54
4.2 Forces et limites du projet.....	55
4.2.1 Forces.....	55
4.2.2 Limites .....	55
4.3 Atteinte des objectifs de stage et d’apprentissage.....	56
4.4 Réflexion sur les rencontres de PR .....	58
4.5 Recommandations pour la pratique clinique, la recherche et la formation.....	60
4.5.1 La pratique clinique .....	60
4.5.2 Recherche en sciences infirmières.....	60
4.5.3 Formation en sciences infirmières .....	61
CONCLUSION.....	62
RÉFÉRENCES .....	64
Appendice A - Modèle de Réflexion Structuré (Johns, 2006).....	76

Appendice B - Méthode de réflexion (Goudreau et al., 2013).....	78
Appendice C - Méthode de réflexion adaptée.....	80
Appendice D - Questionnaire sociodémographique .....	85
Appendice E - Formulaire d'information et de confidentialité.....	87
Appendice F - Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières .....	89
Appendice G - Synthèse du contenu des rencontres de pratique réflexive.....	91
Appendice H - Bilan des apprentissages.....	93
Appendice I - Résultats du questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières.....	99

## Liste des tableaux

Tableau 1.	Synthèse du contenu des rencontres de pratique réflexive .....	92
Tableau 2.	L'aphasie – Bilan des apprentissages .....	94
Tableau 3.	La dysphagie – Bilan des apprentissages.....	95
Tableau 4.	L'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence et incapable de communiquer – Bilan des apprentissages .....	96
Tableau 5.	La gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) - Bilan des apprentissages.....	97
Tableau 6.	La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) - Bilan des apprentissages .....	98
Tableau 7.	Scores accordés aux questions 1 à 12 du questionnaire d'évaluation de la satisfaction.....	100
Tableau 8.	Compilation des réponses aux questions 13 à 15 du questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières.....	101

## Liste des figures

Figure 1. Méthode de réflexion (Reproduit avec permission).....	79
---	----

## Liste des sigles

AC : accompagnement clinique

CH : centre hospitalier

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée

OIIQ : ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : organisation mondiale de la santé

PR : pratique réflexive

PTI : plan thérapeutique infirmier

RP : reflexive practice

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SJSR : syndrome des jambes sans repos

SCHF : simulation clinique haute-fidélité

*À ma mère, source d'inspiration, d'amour et de persévérance inépuisable*

*À Nahima, Félicia et Sarah-Jane*

## Remerciements

Au terme de cette grande aventure, je voudrais remercier tous ceux et celles qui, d'une façon ou d'une autre, ont participé à sa réussite.

Merci à Madame Claire Chapados, directrice de stage, dont la disponibilité, les conseils et nombreux encouragements ainsi que l'expertise en matière d'évaluation de la condition physique et mentale ont permis la réalisation de ce projet.

Merci à Madame Samia Tohmé, personne ressource du milieu, de m'avoir aidée à naviguer à travers les différentes étapes de ce stage, et d'être, dans ma vie professionnelle, un modèle de rôle et un guide.

Merci à Madame Manon Basque, chef de service à la direction des soins infirmiers, pour son soutien, son ouverture et sa confiance. Merci d'avoir cru en mon projet et d'avoir facilité toutes les démarches nécessaires à la réussite de ce projet.

Un merci spécial à Madame Véronique Dubé pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils qui m'ont soutenue tout au long de ce stage. Merci d'avoir dissipé mes doutes et appréhensions, et de m'avoir encouragée à poursuivre mon intervention.

Aux infirmières ayant participé aux rencontres de pratique réflexive, je dis merci d'avoir accepté de partager généreusement vos expériences. Ce partage a enrichi mes connaissances ainsi que ma pratique professionnelle et je vous en suis reconnaissante!

Mes remerciements vont également à mon amie Diane Daoust pour avoir supporté patiemment les hauts et les bas de mon aventure à la maîtrise; et à mes collègues de travail et d'études pour leurs oreilles attentives et leurs encouragements.

Ma réussite à la maîtrise n'aurait pas été possible sans le soutien indéfectible et les prières de ma famille, mon père, mes sœurs et beaux-frères, ainsi que ma tante Marijo. Merci! Milles fois Merci!

Enfin, à mon bien-aimé et à mes filles, pour tous les sacrifices consentis au cours des dernières années, je vous dis Merci! Merci d'avoir été à certains moments, mon ancre, et à d'autres moments, ma voile.

Je ne saurais terminer sans remercier Dieu d'avoir rendu tout cela possible.

# **CHAPITRE 1 : INTRODUCTION**

## 1.1 Problématique

Le champ d'exercice de la profession infirmière et les activités réservées qui y sont associées accordent à l'infirmière<sup>1</sup> une grande autonomie dans l'exercice de son rôle. C'est particulièrement le cas de l'infirmière œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À ce sujet, Guinchard, Sylvain, Ouellet et Viens Python (2012) déclarent que «la gériatrie est le domaine par excellence dans lequel l'infirmière peut effectuer son travail dans toutes les dimensions requises par un exercice professionnel complet» (p. 37).

En effet, 15 des 17 activités réservées à l'infirmière peuvent se pratiquer auprès des personnes admises en CHSLD. De façon générale, ces personnes sont âgées de plus de 65 ans, et environ 40% de plus de 85 ans (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014). Elles présentent comme caractéristiques communes une perte d'autonomie importante; des pathologies multiples, complexes et chroniques; des troubles et des pertes cognitives; des problèmes de santé mentale et des troubles de comportement (Association québécoise des établissements de santé et services sociaux, 2014; Commission de la santé et des services sociaux, 2013; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014). La santé des personnes âgées hébergées est fragile, parfois instable. Ces personnes requièrent un suivi étroit de leur état de santé qui passe, entre autres, par l'évaluation de la condition physique et mentale réalisée par l'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014).

Toutefois, selon nos observations cliniques, et certaines études abondent en ce sens (Chapados, Larue, Pharand, Charland et Charlin, 2011; D'Amour, Dubois, Déry, Clarke, Tchouaket, Blais et Rivard, 2012; Mc Gilton, Bowers, McKenzie-Green, Boscart et Brown, 2009; McLeod et Sebastian, 2007), les infirmières n'utilisent pas leur plein potentiel

---

<sup>1</sup> Le terme *infirmière* est utilisé dans le but d'alléger le texte et inclut l'*infirmier*

d'intervention dans leur milieu de pratique, entre autres, en ce qui a trait à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne. La condition physique et mentale des personnes n'est pas suffisamment évaluée par les infirmières de plusieurs milieux cliniques, notamment les CHSLD. Les causes de cette sous-évaluation sont multiples. Selon certaines infirmières, l'examen clinique ne fait pas partie de leur rôle (Chapados et al., 2011). Le manque de temps pour effectuer un examen clinique complet, le manque de confiance en leur capacité à effectuer l'examen clinique et le manque de formation dans les milieux de soins sont aussi ressortis dans les études comme étant des facteurs ne favorisant pas l'évaluation clinique de la personne par les infirmières (Chapados et al., 2011; D'Amour et al., 2012; McLeod et Sebastian, 2007; Schroyen, George, Hylton et Scobie, 2005).

Ce problème a des répercussions sur les résidents des CHSLD et leur famille. En ce qui concerne le résident, lorsque les signes de détérioration de l'état de santé ne sont pas détectés à temps, cela entraîne une prise en charge tardive des signes et symptômes (McLeod et Sebastian, 2007) et, assez souvent, un transfert à l'urgence d'un centre hospitalier (CH) avec des complications importantes reliées à l'immobilité et au délirium, deux syndromes cliniques qui affectent les aînés hospitalisés (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011; Ouslander, Lamb, Perloe, Givens, Kluge, Rutland, Atherly et Saliba, 2010; Tena-Nelson, Santos, Weingast, Amrhein, Ouslander et Boockvar, 2012). Ces complications physiques et émotionnelles entraînent une perte d'autonomie et une augmentation de la morbidité chez la personne âgée (Langdon, Johnson, Carroll et Antonio, 2013; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011; Ouslander et al., 2010; Tena-Nelson et al., 2012; Xing, Mukamel et Temkin-Greener, 2013). Pour les familles, le transfert en CH d'un proche hébergé est une source d'anxiété (Ouslander, Perloe, Givens, Kluge, Rutland et Lamb, 2009; Ouslander et al., 2010). De plus, le fardeau vécu par les proches aidants d'une personne âgée hospitalisée est augmenté en présence d'un délirium (Shankar, Hirschman, Hanlon et Naylor, 2014). Les familles décrivent cette expérience comme étant stressante et affligeante (Desbiens, Mueller-Rizner, Virnig et Lynn, 2001; Toye, Matthews, Hill et Maher, 2014).

Plusieurs stratégies ont été identifiées dans les écrits pour améliorer l'évaluation de la condition physique et mentale par les infirmières. Parmi celles-ci, notons la formation et le

soutien à l'infirmière dans la pratique (Chapados et al., 2011; McLeod et Sebastian, 2007); l'apprentissage par simulation (Kelly, Forber, Conlon, Roche et Stasa, 2014); l'introduction d'un outil d'évaluation structuré (Tena-Nelson et al., 2012); ainsi que la pratique réflexive (PR) qui favorise le développement des savoirs dans les quatre modes de connaissances de Carper (1978), soit le mode personnel, esthétique, éthique et empirique (Dubé et Ducharme, 2014a) et permet d'améliorer les compétences professionnelles de l'infirmière (Parrish et Crookes, 2014)

La pratique réflexive est définie comme «un processus, actif et volontaire, d'examen critique de sa pratique professionnelle qui vise à habilitier la personne à adopter une pratique efficace à travers une réflexion et une transformation continues» (Duffy, 2007) (traduction libre, p.1405). Comme le démontrent les résultats de l'étude mixte avec groupe de comparaison de Dubé et Ducharme (2014a), la pratique réflexive peut être utilisée comme une approche de formation novatrice en vue de favoriser le développement professionnel des infirmières qui œuvrent avec les personnes âgées. Dans le même sens, Nolan, Davies, Brown, Wilinon, Warnes, McKee, Flannery et Stasi (2008), dans une revue des écrits, soulignent que la formation du personnel en centre d'hébergement est nécessaire et a pour objectif l'amélioration des soins aux résidents. Selon ces auteurs, la possibilité de lier l'apprentissage à une expérience personnelle est une stratégie gagnante. C'est dans cette perspective que nous avons opté pour une intervention de pratique réflexive, avec les infirmières en centre d'hébergement, portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.

## **1.2 But du stage**

Le but de ce stage est de développer et de mettre à l'essai, auprès d'infirmières en CHSLD, une intervention de pratique réflexive afin de les soutenir dans la réalisation de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.

### **1.3 Objectifs de stage**

1. Concevoir une intervention de PR de groupe en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.
2. Organiser et animer des rencontres de groupe.
3. Initier des infirmières du milieu à la PR de groupe.
4. Soutenir des infirmières dans le maintien et l'amélioration de compétences relatives à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.
5. Effectuer le bilan des apprentissages des infirmières en lien avec leurs habiletés d'évaluation de la santé.
6. Évaluer la satisfaction des infirmières quant à l'intervention de PR réalisée.

### **1.4 Objectifs d'apprentissage**

1. Élaborer, planifier, exécuter et apprécier une intervention de PR.
2. Développer des stratégies de soutien des apprentissages dans le milieu de pratique.
3. Agir à titre de modèle de rôle et de leader clinique auprès des pairs.
4. Approfondir les connaissances sur l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.
5. Approfondir les connaissances sur la PR.

**CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS  
THÉORIQUES ET EMPIRIQUES**

Au cours de ce chapitre, nous discuterons de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée résidant en centre d'hébergement et effectuée par les infirmières. À travers l'analyse d'écrits scientifiques et théoriques, nous aborderons les thèmes suivants :

- Portrait clinique des personnes âgées hébergées en CHSLD
- Évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique
- Ampleur de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne
- Conséquences de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne
- Barrières à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne
- Interventions effectuées pour améliorer l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne

Pour terminer, nous présenterons le cadre de référence qui a été retenu pour ce projet de stage. Dans le présent texte, les termes évaluation de la condition physique et mentale, évaluation de la santé, évaluation globale, et évaluation clinique seront utilisés de façon interchangeables.

## **2.1 Portrait clinique des personnes âgées hébergées en CHSLD**

Les personnes admises en CHSLD sont de plus en plus âgées, requièrent davantage de soins et y séjournent moins longtemps qu'auparavant (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014), et ce, pour une moyenne de 27,9 mois (Commission de la santé et des services sociaux, 2016). La majorité de ces personnes est âgée de 65 ans et plus, dont près de 45% ont plus de 85 ans (Commission de la santé et des services sociaux, 2016). De

façon générale, les résidents en CHSLD ont comme caractéristiques communes une grande perte d'autonomie, de par des limitations physiques et/ou psychologiques importantes, et des besoins considérables en soins infirmiers (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014). De façon plus précise, ces personnes souffrent de pathologies chroniques multiples (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014), pour la plupart des affections cardiovasculaires, respiratoires, ostéoarticulaires, cancer ou diabète (Voyer, 2013); de dénutrition et de troubles de la déglutition (Association québécoise des établissements de santé et services sociaux, 2014); 80% souffrent de déficits cognitifs accompagnés de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014); et environ 18% nécessitent des soins de fin de vie (Association québécoise des établissements de santé et services sociaux, 2014).

De plus, la présence de plusieurs maladies chroniques et de comorbidités contribue à augmenter le nombre de médicaments prescrits chez cette clientèle (Clerc, Le Breton, Mousquès, Hebbrecht et Pouvoirville, 2010; Sergi, De Rui, Sarti et Manzato, 2011). En moyenne, les personnes âgées qui vivent en établissement consomment de sept à plus de dix médicaments par jour (Bronskill, Gill, Paterson, Bell, Anderson et Rochon, 2012; Gnjidic, Le Couteur, Kouladjian et Hilmer, 2012; Liu, 2014; Voyer, 2013). Or, l'incidence des effets indésirables et des interactions médicamenteuses est augmentée avec la prise d'un trop grand nombre de médicaments (Fulton et Allen, 2005; Perry, 2011). Plus précisément, l'incidence des effets indésirables augmente à 82% lorsque plus de sept médicaments sont utilisés chez la personne âgée (Prybys, Melville, Hanna et Chyka, 2002). Si bien que 30% des hospitalisations chez cette clientèle est en lien avec les effets indésirables des médicaments qu'elle consomme (Fick, Cooper, Wade, Waller, Maclean et Beers, 2003).

Ces faits mettent en évidence la nécessité pour l'infirmière d'évaluer la condition physique et mentale des personnes âgées hébergées afin d'assurer une prestation de soins de qualité et sécuritaire.

## **2.2 Évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique**

Selon Durand, Laflamme et D'Anjou (2013), l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique est la pierre angulaire de l'exercice infirmier. Toutes les activités réservées de l'infirmière ont comme base commune, l'activité d'évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique. Il est important de préciser que, bien que le libellé de l'activité réservée d'évaluation cible une personne symptomatique, cette activité peut aussi se réaliser auprès d'une personne asymptomatique tel que le prévoit le champ d'exercice de la profession infirmière (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2002).

L'évaluation de la condition physique et mentale de la personne réfère à une évaluation holistique de la personne et comprend son histoire de santé; son examen physique et mental; l'évaluation de son environnement physique, familial, social; ainsi que d'autres facteurs ayant ou pouvant avoir une influence sur sa santé (Durand et al., 2013). L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur l'état physique et mental de la personne et d'en transmettre les résultats (Durand et al., 2013). Ainsi, après avoir recueilli des données cliniques pertinentes auprès de la personne et de sa famille, l'infirmière les analyse et formule des hypothèses cliniques, ce qui lui permet de déterminer les suites à donner à l'évaluation, telles que initier des mesures diagnostiques, ajuster la médication et établir la surveillance requise par l'état de la personne.

Cette évaluation peut être globale et peut s'effectuer dans divers contextes. Par exemple, lors d'une admission en CHSLD, l'infirmière fera une évaluation initiale globale de l'aîné. Par la suite, l'évaluation se fera de façon périodique, minimalement aux trois mois (Voyer, 2013), ou selon les directives de l'établissement.

Cependant, à tout moment l'infirmière peut décider d'évaluer la condition physique et mentale de l'aîné si celui-ci présente un changement dans son état de santé habituel. Ainsi donc, l'évaluation ciblée vise un aspect particulier de la personne. Par exemple, si l'aîné présente un nouveau comportement (par exemple l'agressivité) ou un nouveau symptôme (par exemple l'insomnie), l'évaluation ciblera le nouveau comportement ou symptôme. Toutefois, il n'est pas exclu qu'une évaluation d'abord ciblée devienne globale et s'applique à l'ensemble de la personne, sa famille et son environnement. Autrement dit, à travers la partie affectée, l'infirmière a la possibilité d'accéder à la personne dans son entièreté (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008).

L'évaluation de la condition physique et mentale permet à l'infirmière de mieux connaître la personne, de comprendre son expérience de la maladie, de s'introduire dans son monde autrement qu'à travers des questions (Zambas, 2010). Cette activité est essentielle en ce qu'elle permet à l'infirmière d'établir le portrait de la santé de l'individu, de différencier la normalité de l'anormalité, d'identifier ses besoins, de mettre en place un suivi clinique par le biais du plan thérapeutique infirmier (PTI), ainsi que les interventions requises par son état (Delmas, Cloutier et Dall'ava, 2011; Durand et al., 2013). L'évaluation de la santé ne se limite donc plus à la prise des signes vitaux, mais dans son rôle actuel, l'infirmière est appelée à évaluer la personne de façon globale et systématique (West, 2006).

Pourtant, autant dans les écrits que par des observations cliniques, on note que la condition physique et mentale des personnes hospitalisées ou hébergées n'est pas évaluée de façon optimale. Ce constat nous amène à décrire l'ampleur et les conséquences de la sous-évaluation de l'état de santé des personnes.

## **2.3 Ampleur de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne**

Nos observations cliniques dans plusieurs CHSLD regroupant plus de 600 résidents révèlent que, de façon générale, les infirmières procèdent peu ou de façon incomplète à l'évaluation de la condition physique et mentale des résidents. Des plaintes formelles de familles et la survenue d'événements tels qu'un transfert tardif à l'urgence suite à la détérioration de l'état de santé d'un résident, un déclin fonctionnel suite à la mise en place d'une contention physique, une plaie non repérée lors de l'admission en CHSLD, ont permis de mettre en lumière des lacunes dans l'évaluation clinique des résidents. Lors de ces événements, les infirmières n'ont pas été en mesure de détecter et d'interpréter les changements dans l'état de santé de certains résidents et d'intervenir à temps pour éviter les complications.

Plusieurs auteurs font le même constat. McLeod et Sebastian (2007) ont examiné les dossiers de plusieurs résidents dans un centre d'hébergement de Toronto et ont trouvé que plusieurs d'entre eux auraient bénéficié de meilleurs soins si les signes et symptômes qu'ils présentaient avaient été identifiés et pris en charge à temps. Les infirmières, responsables d'assurer des soins de qualité et sécuritaires, ont sous-évalué les manifestations présentées par les résidents et ne sont pas intervenues de façon adéquate.

Une étude descriptive réalisée par Chapados et al. (2011) auprès de 211 infirmières francophones au Québec révèle que certaines infirmières ne procèdent pas à l'évaluation clinique de leur patient. En fait, plus de la moitié des infirmières n'effectuent pas l'histoire de santé et l'examen clinique de l'état mental de leurs patients. La majorité des infirmières ayant participé à cette étude travaillaient en centre hospitalier. Cependant, nos observations nous permettent de présumer que ces résultats s'appliquent également pour des infirmières en CHSLD.

Selon Flagg, Cox, Mcdowell, Mwose et Buelow (2010); Grégoire, Michaud, Proulx et Laplante (2012); Andrew, Freter et Rockwood (2005); Inouye, Westendorp et Saczynski (2014); Lemiengre, Nelis, Joosten, Braes, Foreman, Gastmans et al (2006), plus de la moitié des infirmières ne dépistent pas le délirium bien que ce soit une condition médicale importante et que cela constitue l'une de leurs activités réservées, soit l'évaluation de l'état mental. L'étude de Chapados et al. (2011) vient corroborer le résultat de ces recherches sur le délirium. Le délirium peut être défini comme un ensemble de symptômes qui, affectant l'état mental, révèle la présence d'un processus pathologique (Somes, Donatelli et Barrett, 2010). Ce syndrome aigu et généralement réversible touche de 15 à 70% des aînés en CHSLD (Voyer, 2013). Il se caractérise par une apparition rapide et fluctuant dans le temps, une altération de l'attention, du niveau de conscience et des fonctions cognitives de l'aîné (Arcand et Hébert, 2007; Voyer, 2013).

En ce qui concerne l'évaluation de la condition physique, Zambas (2010), dans une analyse critique portant sur le but de l'évaluation physique systématique dans la pratique quotidienne de l'infirmière, questionne son «invisibilité». Elle note, tout comme d'autres collègues (Giddens, 2007; Secrest, Norwood et Dumont, 2005), un écart important entre les compétences enseignées dans le cadre d'une évaluation physique systématique et leur utilisation dans la pratique. Selon l'auteur, les raisons justifiant cet écart ne sont pas clairement définies et ne peuvent être attribuées à un seul facteur.

Par ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) rapporte qu'en 2012-2013, 42% des événements qui lui ont été rapportés pour avoir fait l'actualité dans les médias et dans les rapports d'investigation du Coroner étaient en lien avec l'évaluation et la surveillance clinique de l'infirmière (Truchon, 2013). Au cours de la même période, une part importante des demandes d'enquête adressées au Bureau du syndic était en lien avec des lacunes dans l'évaluation de la condition physique ou mentale des patients (Truchon, 2013). Pour l'année 2015, plus d'une décision sur sept rendue par le Conseil de discipline de l'OIIQ concernait directement l'évaluation de la condition physique et mentale, soit en termes d'évaluation incomplète ou d'omission d'évaluer l'état de santé de la personne et d'en assurer le suivi (L'institut canadien d'information juridique, 2015).

## **2.4 Conséquences de la sous-évaluation de la condition physique et mentale de la personne**

Les manquements dans l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, particulièrement de la personne âgée, ont des répercussions importantes au niveau de la santé de celle-ci et pour ses proches aidants.

*Personne âgée.* L'évaluation de l'état physique et mental de la personne âgée est complexe et les signes et symptômes d'une détérioration de l'état de santé sont souvent atypiques chez cette clientèle (Lafrenière et Dupras, 2014b). C'est pourquoi l'infirmière doit avoir une connaissance aiguisée de la physiopathologie (la psychopathologie et la pharmacologie) chez la personne âgée, du vieillissement normal et du vieillissement pathologique, afin d'intervenir rapidement et adéquatement lorsqu'un problème se manifeste (Kowitlawakul, 2012; Voyer, 2013). Le retard dans l'évaluation des signes et symptômes que présente la personne âgée peut provoquer une cascade d'événements indésirables pour celle-ci, menant à des conséquences importantes. En effet, la prise en charge tardive des signes et symptômes entraîne, bien souvent, l'hospitalisation de la personne âgée avec des complications majeures reliées à l'immobilité, aux infections, au délirium et à la détresse émotionnelle (Abrahamson, Mueller, Davila et Arling, 2014; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011; Ouslander et al., 2010; Tena-Nelson et al., 2012). Ces complications d'ordre physique et psychologique ont pour conséquences une perte d'autonomie souvent irréversible et une augmentation de la morbidité chez la personne âgée (Langdon et al., 2013; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011; Ouslander et al., 2010; Tena-Nelson et al., 2012; Xing et al., 2013).

Pourtant, l'hospitalisation de la personne âgée pour des conditions pouvant être traitées en centre d'hébergement telles que infection respiratoire, infection urinaire, défaillance cardiaque et déséquilibre électrolytique, peut être évitée si ces conditions sont identifiées à temps (Lamb, Tappen, Diaz, Herndon et Ouslander, 2011; Mor, Intrator, Feng et Grabowski,

2010 ; Unroe, Nazir, Holtz, Maurer, Miller, Hickman, La Mantia, Bennett, Arling et Sachs, 2015; Xing et al., 2013), ce que permet l'évaluation clinique de l'infirmière. D'ailleurs, le transfert en CH expose les résidents à des risques supplémentaires associés à l'hospitalisation, alors que les bénéfices au niveau de l'amélioration clinique et de l'état fonctionnel demeurent faibles (Ouslander et al., 2009).

*Proches aidants.* Le transfert en CH d'un proche âgé hébergé est source d'anxiété pour la famille (Ouslander et al., 2009). Toutefois, peu d'études ont été répertoriées sur le fardeau que représente, pour les proches aidants, un parent âgé hospitalisé. Shankar et al. (2014) ont réalisé une étude transversale portant sur le fardeau des proches aidants de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs au moment de l'hospitalisation. Les auteurs ont trouvé une association significative entre le fardeau vécu par les proches aidants et la présence de délirium chez les patients au moment de l'hospitalisation. Une autre étude visant à documenter l'expérience, la compréhension et les besoins de soutien des proches aidants de patients âgés hospitalisés atteints de délirium, rapporte que les proches de personnes âgées hospitalisées vivant un delirium décrivent cette expérience comme étant bouleversante (Toye et al., 2014).

L'évaluation de la condition physique et mentale permet à l'infirmière de détecter une détérioration dans l'état de santé et d'intervenir plus rapidement pour éviter les complications chez la personne âgée (Lesa et Dixon, 2007) et l'anxiété chez les proches (Ouslander et al., 2009). Cependant, elle n'est pas toujours réalisée par les infirmières en pratique (Chapados et al., 2011; Zambas, 2010). Dans le thème suivant, nous explorerons les raisons pour lesquelles les infirmières n'effectuent pas l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne.

## **2.5 Barrières à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne**

L'évaluation physique est une composante essentielle de la pratique infirmière actuelle (Anderson, Nix, Norman et McPike, 2014). Selon Zambas (2010), l'évaluation physique joue un rôle important en permettant à l'infirmière de reconnaître les changements significatifs dans l'état de santé du patient. Cependant, plusieurs infirmières considèrent que cela ne fait pas partie de leur rôle (Chapados et al., 2011). Selon certaines infirmières, cela revient au médecin d'effectuer l'évaluation clinique d'un patient (Rylance, Chapman et Harrison, 2012; Schroyen et al., 2005). Plusieurs auteurs affirment que le rôle de l'infirmière dans l'évaluation clinique du patient n'est pas bien défini et délimité, ce qui laisse place à de l'interprétation (Birks, James, Chung et Davis, 2013; Fennessey et Wittmann-Price, 2011). Delmas et al. (2011) font toutefois une nette distinction entre le rôle de l'infirmière et celui du médecin par rapport à l'évaluation clinique. En effet, si pour ces auteurs l'évaluation clinique effectuée par le médecin a pour but de poser un diagnostic, celle effectuée par l'infirmière permet, entre autres, de mieux connaître le patient, d'identifier ses forces et d'établir des éléments de surveillance adaptés à sa situation (Delmas et al., 2011).

La perception qu'a l'infirmière de son rôle par rapport à l'évaluation de la condition physique et mentale d'un patient constitue l'une des causes du problème. Ainsi, dans le but de comprendre la perception qu'a l'infirmière de son rôle dans le milieu qui nous concerne, soit les CHSLD, nous avons consulté quelques recherches sur le sujet.

Dans une étude exploratoire sur la façon dont les infirmières perçoivent leur rôle dans les soins de longue durée (Mc Gilton et al., 2009), il ressort que les infirmières ont de la difficulté à définir clairement leur rôle puisqu'elles embrassent l'ensemble des rôles du personnel infirmier, soit, en plus de leur rôle d'infirmière, celui de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires. Elles décrivent leur travail comme étant complexe et imprévisible. Elles commencent la journée avec un plan et doivent se réajuster tout au cours de la journée; elles réalisent des activités cliniques (évaluation clinique des résidents, distribution des

médicaments, etc.), non cliniques (répondre au téléphone, effectuer des remplacements en cas d'absence, etc.) et doivent diriger et soutenir le personnel non régulier sur leur unité. Guinchard et al. (2012) et Carlson, Råmgård, Bolmsjö et Bengtsson (2014), mentionnent que les infirmières sont souvent seules en poste et n'ont pas la possibilité d'échanger avec leurs collègues sur des situations complexes de soins. Tout en appréciant l'autonomie et la latitude dont elles disposent dans certaines situations de soins, celles-ci reconnaissent que c'est parfois difficile d'être seule dans des situations plus complexes.

Une autre recherche visant à connaître les perceptions du rôle des infirmières travaillant en centre d'hébergement révèle que ces dernières considèrent leur travail comme étant plus complexe que dans les soins aigus (Carlson et al., 2014). À cet effet, Leppa (2004) a comparé la nature du travail de l'infirmière dans les soins de longue durée et dans les soins intensifs selon trois critères : l'instabilité, soit la prévisibilité de la condition du patient (mesurée à l'aide de 7 éléments); l'incertitude, soit la prévisibilité des connaissances requises en soins infirmiers (mesurée à l'aide de 10 éléments); et la variabilité, soit la prévisibilité des demandes et des besoins de soins des patients (mesurée à l'aide de 3 éléments), (traduction libre, p27). L'auteure a trouvé que deux critères sur trois, soient l'incertitude et la variabilité, sont comparables dans les deux milieux, alors que l'instabilité physique requiert davantage d'interventions en soins intensifs. Toutefois, l'instabilité psychologique et la fragilité des résidents en CHSLD n'avaient pas été prises en compte dans l'étude.

Ces recherches sur le rôle de l'infirmière dans les CHSLD font ressortir l'étendue, la lourdeur et la complexité du travail au quotidien, ainsi que l'absence de soutien par les pairs pour l'infirmière aux prises avec des situations complexes de soins. Ces éléments peuvent influencer, à plusieurs niveaux, la réalisation de l'activité d'évaluation de la condition physique et mentale de la personne par l'infirmière.

Des raisons similaires et d'autres raisons sont aussi invoquées par les infirmières qui n'effectuent pas l'évaluation clinique de leur patient. Parmi celles-ci, citons entre autres le manque de confiance en leur capacité à effectuer l'examen clinique, le manque de temps pour effectuer un examen clinique complet, la lourdeur de leur tâche au quotidien, le manque de

formation dans les milieux cliniques, l'absence d'équipement et le manque de soutien des collègues (Chapados et al., 2011; Schroyen et al., 2005). Dans l'étude de McLeod et Sebastian (2007), les auteurs ont interprété l'identification et la prise en charge tardive des manifestations présentées par les résidents comme étant dues à un manque de connaissances de la part des infirmières.

Suite à ces constats, nous examinerons des stratégies d'intervention utilisées pour améliorer l'évaluation de la condition physique et mentale par les infirmières, ou la prise en charge rapide des personnes présentant une détérioration dans leur état de santé.

## **2.6 Interventions effectuées pour améliorer l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne**

Plusieurs stratégies ont été identifiées dans les écrits pour augmenter l'évaluation de la condition physique et mentale par les infirmières, ou la prise en charge rapide des personnes présentant une détérioration dans leur état de santé.

### **2.6.1 La formation**

La formation portant sur les soins infirmiers aux personnes âgées est importante pour assurer des soins de qualité à une population de plus en plus âgée, en particulier dans les soins de longue durée (Wyman et Hazzard, 2010). De plus, la disponibilité d'infirmières qualifiées accroît l'identification en temps opportun des changements subtils dans l'état de santé des résidents, ce qui permet une intervention plus rapide (Carter et Porell, 2005). Chan, Mattar et Taylor (2013) ont mené une revue systématique des écrits visant à identifier les facteurs qui ont une incidence sur la performance des infirmières dans l'évaluation du niveau de conscience des patients. Les auteurs ont trouvé que la connaissance et l'expérience se sont

révélées être des facteurs significatifs dans la performance des infirmières. La formation s'est avérée efficace dans l'amélioration des connaissances et l'expérience a grandement contribué à la justesse de l'évaluation. Cette revue des écrits s'est basée sur des études effectuées en soins aigus, mais nous croyons que les résultats sont tout aussi applicables aux soins de longue durée.

Dans l'étude de Chapados et al. (2011), les infirmières ont mentionné que la formation et la mise à jour de leurs connaissances seraient nécessaires pour qu'elles soient en mesure de réaliser l'examen clinique. Les auteurs concluent l'étude en soulignant que la formation et le soutien dans la pratique permettraient d'augmenter la réalisation de cette activité réservée à l'infirmière. Pour leur part, McLeod et Sebastian (2007) ont développé une formation de deux heures portant sur l'interprétation des signes et symptômes chez la personne âgée et la communication du changement au médecin afin d'assurer une prise en charge rapide. Les auteurs n'ont toutefois pas précisé si la formation de deux heures avait amélioré l'évaluation et la prise en charge des résidents.

### 2.6.2 La simulation clinique haute-fidélité

La simulation clinique haute-fidélité (SCHF) est une méthode d'apprentissage basée sur l'acquisition d'expérience. Elle est réalisée dans un environnement structuré avec un mannequin contrôlé par ordinateur qui peut présenter les mêmes réactions qu'un patient. Plusieurs études démontrent l'efficacité de la SCHF, auprès d'étudiantes ou d'infirmières novices, dans l'apprentissage et l'amélioration de compétences telles que la reconnaissance d'une détérioration de l'état de santé d'un patient, le jugement clinique, la prise de décision clinique, la priorisation des soins, la communication, la pensée critique et les habiletés techniques (Berragan, 2014; Lee et Oh, 2015; Liaw, Wong, Lim, Ang, Mujumdar, Ho, Mordiffi et Ang, 2016; Shin, Park et Kim, 2015).

À cet effet, Kelly et al. (2014) ont mené une expérience visant à augmenter le pouvoir d'agir (*Empowerment*) d'étudiantes infirmières par le biais d'une simulation clinique de la détérioration d'un patient. Essentiellement, la simulation visait à mettre en évidence l'impact de l'administration d'un soluté intraveineux non surveillée chez une personne âgée. Cette expérience a mené à l'amélioration de la capacité des étudiantes à évaluer et à reconnaître la détérioration chez un patient âgé et à s'adresser à leurs collègues pour demander de l'aide. La simulation a permis aux étudiantes d'intervenir dans une situation contrôlée, d'échanger et d'acquérir de nouvelles connaissances (Kelly et al., 2014).

Bien que la SCHF permette l'apprentissage, la pratique et l'acquisition d'expérience dans un environnement structuré et sans risque pour le patient, il n'en demeure pas moins que c'est un procédé éducatif coûteux (espace, matériel, formateurs) et exigeant en temps (McIntosh, Macario, Flanagan et Gaba, 2006; Zigmont, Kappus et Sudikoff, 2011). De plus, certaines réalités cliniques sont difficilement transposables dans des scénarios (Fournier, DePalma et Lemelin, 2013).

### 2.6.3 L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé

Quelques auteurs ont conduit des études sur l'introduction d'un outil qui standardise l'évaluation auprès des personnes âgées par les infirmières en CHSLD. L'étude à devis mixte de Langdon et al. (2013) avait pour but d'évaluer l'efficacité d'un outil d'évaluation globale de la santé auprès de patients âgés (*Adult Patient Assessment Tool -APAT-*) en lien avec l'identification précoce des changements dans l'état de santé et la référence vers la ressource appropriée. Au total, 286 dossiers médicaux sélectionnés au hasard dans deux établissements de la région ont été examinés. De plus, des infirmières ( $n=12$ ) pratiquant dans ces installations ont participé à deux groupes de discussion distincts. Les résultats de l'étude indiquent que l'introduction de cet outil a augmenté l'évaluation du risque de chute et de plaie auprès des résidents, mais pas l'évaluation de l'état mental, ce qui reste préoccupant lorsqu'on sait que la présence d'un processus pathologique peut influencer l'état mental d'un aîné. Bien que l'APAT ait été perçu par les infirmières comme étant long et fastidieux à remplir, elles ont également

reconnu que le fait d'avoir une liste complète de critères de dépistage les a incitées à intervenir là où elles ne seraient pas intervenues auparavant. Les auteurs suggèrent que les gestionnaires et précepteurs cliniques soient impliqués dans ces changements et soutiennent l'implantation et l'utilisation de tout nouvel outil.

Tena-Nelson et al. (2012) ont réalisé une étude quasi-expérimentale pré et post intervention auprès de 333 infirmières réparties dans 13 établissements. L'étude portait sur l'introduction d'un outil d'intervention visant à éviter le transfert inutile des résidents des CHSLD vers les CH (*Interventions to Reduce Acute Care Transfers -INTERACT NY*). L'analyse des résultats pré et post implantation de l'outil n'a pas été concluante pour plusieurs raisons, entre autres, en raison du fait que deux des CHSLD participants à l'étude ont connu une hausse au niveau de l'admission de personnes provenant de soins aigus au cours de la période d'intervention, ce qui a pu avoir une incidence sur le taux d'hospitalisation. Tena-Nelson et al. (2012) jugent toutefois que le programme INTERACT répond à la nécessité pour les CHSLD de jouer un rôle dans la réduction des transferts évitables vers l'hôpital.

#### 2.6.4 La pratique réflexive

Plusieurs études ont été menées sur l'efficacité de la pratique réflexive. Dubé et Ducharme (2014a), dans une étude mixte avec groupe de comparaison, ont développé, appliqué et évalué une intervention de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) auprès de 25 infirmières travaillant auprès des personnes âgées dans un CH universitaire. Les sujets abordés lors de cette intervention concernaient la médication, la mobilisation et la planification de congé des patients, tous des sujets qui nécessitent une évaluation clinique préalable de l'infirmière. Les résultats de l'étude démontrent que les infirmières ont développé des savoirs dans les quatre modes de connaissances de Carper (1978), soit le mode personnel, esthétique, éthique et empirique. Les infirmières ont également développé des habiletés de pratique réflexive telles que la capacité de décrire leur expérience, la prise de conscience de leur agir et la pensée critique. Cette étude présente des interventions qui se sont avérées efficaces auprès d'infirmières travaillant avec

des personnes âgées. De plus, les sujets abordés durant l'intervention étaient en lien avec l'évaluation de la personne âgée.

Bolden, Cuevas, Raia, Meredith et Prince (2011) indiquent, dans une étude décrivant l'utilisation de la pratique réflexive pour faciliter la réflexion et la résolution de problèmes auprès des nouvelles infirmières, que cette méthode est efficace pour aider les nouvelles infirmières à développer des habiletés de résolution de problèmes et de pensée critique, et à identifier les schémas de pensées erronés. Lors de la pratique réflexive, l'emphase est mise sur les mécanismes d'adaptation, le but étant de diminuer le sentiment d'impuissance et d'augmenter le sentiment d'appartenance au groupe et l'indépendance dans la pratique.

La pratique réflexive facilite l'intégration de la théorie et de la pratique (Atkins et Murphy, 1993; Dubé, 2012; Jarvis, 1992); améliore les soins aux patients en mettant en lumière les pratiques non désirables, améliore l'estime de soi et la conscience de soi à travers l'apprentissage basé sur la résolution de problème (Gustafsson et Fagerberg, 2004), stimule la pensée critique et favorise la capacité à mettre en œuvre le changement (Schutz, 2007; Turcotte, 2012).

## **2.7 Stratégie d'intervention retenue**

Telles que décrites dans le référentiel de compétences du programme de maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal (Faculté des sciences infirmières, 2014), les compétences utilisées par l'infirmière en pratique avancée sont l'adoption d'une pratique clinique favorisant la santé (qui inclut l'intervention auprès du client/famille et auprès des pairs), le soutien dans les apprentissages, l'exercice d'un rôle de consultant et de leader clinique, la réalisation de recherche en collaboration avec différents professionnels, l'établissement de partenariats centrés sur la personne/famille et l'instauration d'un milieu éthique. L'intervention que nous proposons fait appel à plusieurs de ces compétences, entre

autres, la pratique clinique favorisant la santé, le soutien dans les apprentissages et le leadership clinique. La pratique réflexive peut être utilisée comme une approche de formation novatrice qui vise à favoriser le développement professionnel des infirmières qui œuvrent avec les personnes âgées (Dubé et Ducharme, 2014a). Étant reconnu que la pratique réflexive améliore les compétences professionnelles de l'infirmière (Parrish et Crookes, 2014), nous avons opté pour une intervention de pratique réflexive de groupe, avec les infirmières en centre d'hébergement, portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée.

Quelques auteurs ont défini le concept de pratique réflexive. La définition que nous retiendrons est celle de Duffy (2007) qui indique que la pratique réflexive est « un processus, actif et volontaire d'examen critique de sa pratique professionnelle qui vise à habiliter la personne à adopter une pratique efficace à travers une réflexion et une transformation continues » (traduction libre, p.1405). Reconnue comme une compétence essentielle à acquérir pour les étudiantes en sciences infirmières (Faculté des sciences infirmières, 2014), la pratique réflexive est devenue plus utile et très appréciée par les infirmières en ce qu'elle favorise le développement de la pensée critique, des habiletés de résolution de problème, d'auto-évaluation et améliore les compétences professionnelles de l'infirmière (Parrish et Crookes, 2014).

Selon les écrits, le groupe peut être une excellente façon de promouvoir la réflexion (Dawber, 2013a, 2013b; Ghaye, 2005; Platzer, Blake et Ashford, 2000). De plus, le partage d'expertises entre collègues permet l'analyse d'une situation sous différents angles et favorise l'acquisition de connaissances (Goudreau et al., 2013). Une moyenne de six à huit personnes par groupe est suggérée afin de permettre l'exploration de situations délicates (Goudreau et al., 2013; Platzer et al., 2000). Notre intervention de pratique réflexive sera effectuée en groupe avec six infirmières, en raison du nombre d'infirmières présentes dans les unités de soins.

Par ailleurs, comme le précisent Burritt et Steckel (2009), le jugement et le raisonnement cliniques ne peuvent être obtenus par le seul biais d'une formation. Ces capacités se développent avant tout à travers un processus d'apprentissage basé sur

l'expérience des soins. De ce fait, nous avons offert, à chacune des infirmières du groupe, une heure d'accompagnement dans l'unité de soins afin de poursuivre l'apprentissage de l'évaluation physique et mentale des résidents.

## **2.8 Cadre de référence**

L'intervention de pratique réflexive est basée sur une combinaison du Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) (Appendice A) et de la méthode de réflexion proposée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Goudreau et al., 2013) (Appendice B).

Le Modèle de Réflexion Structurée de Johns (2006) est composé de 18 questions ouvertes qui guident la réflexion et mettent en lumière les différents savoirs infirmiers décrits par Carper (1978), soit les savoirs empirique, esthétique, personnel et éthique. Le savoir empirique se fonde sur les preuves scientifiques, ou résultats probants, qui indiquent les interventions les plus efficaces à mettre en place pour une situation de soins donnée. Le savoir esthétique considéré comme «l'art du soin» est la façon unique et créative qu'a l'infirmière de percevoir, d'interpréter et de résoudre une situation de soins. Le savoir personnel fait référence à l'expérience de l'infirmière et inclut ses croyances, valeurs, attitudes et émotions. Enfin, le savoir éthique, ou savoir moral, fait appel à la démarche utilisée par l'infirmière pour résoudre des dilemmes ou problèmes éthiques et agir dans le meilleur intérêt de la personne soignée. À son Modèle de Réflexion Structurée, Johns (2006) a ajouté le savoir réflexif qui concerne les connaissances implicites émanant de la réflexion sur les expériences passées.

Ce modèle a été choisi car, effectuant cette intervention pour la première fois avec les infirmières du milieu clinique, le souhait était d'avoir un modèle qui guide pas-à-pas la réflexion. Ainsi, le modèle de Johns (2006) est reconnu, entre autres, pour être facile à utiliser,

pour mettre l'accent sur la découverte des savoirs qui sous-tendent l'expérience, et pour favoriser une réflexion en profondeur (Duffy, 2007).

La méthode de réflexion proposée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Goudreau et al., 2013) est composée de six étapes qui sont minutées pour assurer la gestion du temps. La description des six étapes rejoint les questions du modèle de Johns (2006). Cela nous a permis d'intégrer les questions du Modèle de Réflexion Structurée (Johns, 2006) à l'étape correspondante de la méthode de réflexion (Goudreau et al., 2013) et ainsi de créer une méthode de réflexion adaptée (Appendice C). Cet exercice a permis de structurer le déroulement des rencontres tout en enrichissant les échanges et favorisant la réflexion.

## **CHAPITRE 3 : DÉROULEMENT DU STAGE**

## **3.1 Description du milieu de stage**

Le stage s'est déroulé au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Nord-de-l'île de Montréal (CIUSSS-NIM). Ce CIUSSS est composé de 35 installations, dont cinq hôpitaux, six centres locaux de services communautaires (CLSC), 12 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et 12 cliniques spécialisées. Plus précisément, le stage a eu lieu dans l'un des CHSLD hébergeant 160 résidents sur cinq étages, où travaillent cinq infirmières et une assistante infirmière-chef sur le quart de jour. Deux chefs d'unités et une coordonnatrice d'établissement assurent la gestion clinique et administrative du centre. Ce stage est directement en lien avec les objectifs d'un plan d'action adopté par la direction des soins infirmiers et l'équipe de gestion du CHSLD qui vise, entre autres, à rehausser la capacité des infirmières à évaluer l'état physique et mental des résidents. La conseillère cadre de la direction des soins infirmiers qui a élaboré le plan d'action est la personne ressource attitrée au stage.

## **3.2 Activités préalables au stage**

### **3.2.1 Formations préalables des infirmières**

Dans le cadre du plan d'action, les infirmières ont reçu trois journées de formation théorique. Les deux premières journées (janvier et février 2016) visaient à préciser et promouvoir les rôles et responsabilités de l'infirmière en CHSLD. Les sujets abordés lors de ces deux journées de formation étaient, entre autres, l'exercice infirmier en soins de longue durée, le travail d'équipe, le jugement clinique, le leadership transformationnel, le sens de l'organisation et la gestion des conflits. La troisième journée (mars 2016) avait pour but de rehausser la capacité des infirmières à évaluer l'état physique et mental des résidents à travers une formation sur l'examen clinique de la personne âgée. Cette formation traitait notamment des thèmes suivants : les signes atypiques gériatriques (changement au niveau des habitudes

de vie, du comportement et de l'état mental), le vieillissement normal et pathologique, et les signes AINÉES (Alimentation, Intégrité de la peau, Nutrition et hydratation, Élimination, État mental, Sommeil) (Lafrenière et Dupras, 2014a).

### 3.2.2 Rencontre avec les infirmières du milieu

En lien avec le stage, deux rencontres préparatoires ont eu lieu avec les infirmières. La première avait pour but de leur présenter le projet, de vérifier leur intérêt à y participer, et de compléter un questionnaire sociodémographique (Appendice D) et un formulaire d'information et de confidentialité (Appendice E). La deuxième rencontre avait pour but d'initier les infirmières à la pratique réflexive à travers une mise en situation, ce qui leur a permis de se familiariser avec les questions et le déroulement des rencontres de PR. Lors de cette rencontre, les infirmières ( $n=5$ ) ont été invitées à choisir au hasard une date, parmi celles proposées, afin d'y présenter une situation clinique de leur choix en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de l'aîné. Il a été convenu que l'assistante infirmière-chef, n'ayant pas de résidents à sa charge, assisterait aux rencontres sans toutefois présenter de situation clinique.

### 3.2.3 Préparation des outils de travail

Tous les outils de travail rédigés pour ce stage ont été approuvés par la directrice de stage et la personne ressource du milieu attitrée à ce stage. Les participantes ont complété, de plein gré, les différents outils de travail proposés.

*La méthode de réflexion adaptée* (Appendice C) de Johns (2006) et de Goudreau et al. (2013) avait pour but de structurer les rencontres de PR et de s'assurer que la réflexion se fasse en profondeur. De plus, certaines questions identifiaient les apprentissages effectués durant la rencontre, ce qui nous a permis d'établir un bilan de ces apprentissages.

*Le questionnaire sociodémographique* (Appendice D) nous a permis d'avoir un portrait des infirmières ayant reçu l'intervention.

*Le formulaire d'information et de confidentialité* (Appendice E) a servi à présenter le projet de stage aux infirmières et à préciser les règles de fonctionnement du groupe. De plus, il assurait aux infirmières que les informations cliniques qu'elles partageraient dans le cadre de ce stage resteraient confidentielles, ce qui devait les mettre plus en confiance pour discuter de certaines situations cliniques.

*Le questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières* (Appendice F) est composé de 15 questions, dont 12 questions à répondre sur une échelle de 1 à 4 quatre points (1 - *Non, pas du tout* à 4 - *Oui, définitivement*) et de trois questions ouvertes. Ce questionnaire a été élaboré en vue d'obtenir la satisfaction des infirmières sur les rencontres de PR et de permettre d'effectuer des ajustements pour des rencontres ultérieures.

#### 3.2.4 Organisation des rencontres de pratique réflexive (PR)

Cinq rencontres de PR de 60 minutes chacune ont été prévues avec six infirmières et se sont intégrées dans une plage horaire destinée aux rencontres cliniques qui devaient faire suite aux trois jours de formations théoriques. Les rencontres ont eu lieu les mardis 3, 10, 17, 31 mai et le 7 juin 2016, de 8h15 à 9h15, dans un même local au rez-de-chaussée. Nous avons demandé à chaque infirmière d'identifier et de partager avec le groupe une situation clinique expérimentée, en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale d'un résident, qu'elles ont trouvée difficile ou problématique. La rencontre était divisée en trois parties. Au cours de la première partie qui devait durer en moyenne 25 minutes, l'infirmière désignée devait faire le récit de sa situation clinique en s'assurant de répondre aux questions proposées dans la méthode de réflexion. Autrement, l'animatrice posait des questions qui n'avaient pas été abordées dans le récit afin de clarifier la situation problématique et de susciter la réflexion. Les autres participantes étaient aussi invitées à poser des questions en lien avec la situation. En second lieu, l'animatrice devait présenter, pendant environ 20 minutes, les meilleures pratiques cliniques en lien avec le thème abordé. Pour lui permettre d'effectuer la recherche

des meilleures pratiques en lien avec la situation clinique qui serait présentée, l'animatrice (la stagiaire) s'assurait de rencontrer chaque infirmière, à la fin de la rencontre précédant celle où elle devait présenter sa situation, et de discuter brièvement avec celle-ci de ses préoccupations par rapport à la situation qui allait être exposée. Cela a permis d'orienter la recherche de meilleures pratiques. À la fin de chaque rencontre, les participantes devaient compléter les parties 6 et 7 de la méthode de réflexion adaptée (Appendice C), soient les hypothèses d'intervention et les apprentissages réalisés au cours de la rencontre.

### **3.3. Bilan des rencontres de PR**

#### 3.3.1 Données sur les participantes

Les infirmières rencontrées étaient âgées entre 30 et 50 ans, travaillaient sur l'horaire de jour et à temps complet pour la plupart. Elles avaient toutes complété un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers, entre 1983 et 2012. Par la suite, certaines ont obtenu un diplôme universitaire dont une, un certificat et deux, un baccalauréat en sciences infirmières. Une autre infirmière était à poursuivre des études de baccalauréat en sciences infirmières. Bien que le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière varie entre 7 ans et 32 ans, l'expérience en CHSLD, pour la majorité, était plus récente, soit entre 9 mois et 16 ans. Enfin, cinq infirmières sur six ont affirmé avoir déjà suivi au moins une formation en lien avec la personne âgée.

#### 3.3.2 Déroulement des rencontres de PR

La rencontre débutait par la présentation de l'ordre du jour, par l'animatrice, qui mentionnait entre autres le thème de la rencontre. De façon générale, les rencontres de PR ont suivi les étapes de la méthode de réflexion proposée. Le déroulement des rencontres s'adaptait à chaque participante, certaines discutaient plus longuement de leur situation, d'autres étaient

très brèves dans leur description. Plus souvent qu'autrement, le récit de l'infirmière durait 10 minutes et l'animatrice devait poser des questions pour essayer de préciser la situation et d'amener la réflexion à un niveau plus avancé. Par exemple, certains éléments importants qui avaient été mentionnés à l'animatrice au cours de la rencontre de préparation, n'étaient plus évoqués au moment du récit. Néanmoins, la plupart des questions de la méthode de réflexion adaptée ont été abordées.

À la fin de chaque rencontre, les participantes complétaient de façon anonyme et remettaient à l'animatrice les parties 6 et 7 de la méthode de réflexion adaptée, soient les hypothèses d'intervention retenues et les apprentissages réalisés au cours de la rencontre.

### 3.3.3 Rôle de l'animatrice des rencontres de PR

Les rencontres de PR amenant les participantes à révéler un aspect plus précaire de leur pratique clinique (Olofsson, 2005; Rich et Parker, 1995), il était important que l'animatrice, en l'occurrence la stagiaire, favorise un climat de respect et de confiance dans le groupe, qu'elle soit à l'écoute, souligne les forces et accueille de la même façon le récit de chaque personne. L'animatrice posait des questions pour préciser la situation, susciter la réflexion et stimuler la participation de tous les membres du groupe. Elle devait parfois ramener la discussion autour du sujet de la rencontre tout en reconnaissant que la situation que les participantes décrivaient n'était pas facile à vivre. L'animatrice discutait des meilleures pratiques, répertoriées dans les écrits scientifiques, théoriques, les consensus d'experts ou les publications gouvernementales, en lien avec le sujet exposé et répondait aux questions des participantes. Enfin, elle s'assurait de respecter la durée prévue pour la rencontre. Il est à préciser, tout comme le suggère Lord-Fontaine (2015), que l'animatrice est conseillère en soins infirmiers et a suivi des formations en lien avec la pratique réflexive et l'évaluation physique et mentale de l'aîné.

### 3.3.4 Thèmes des rencontres de PR

Un tableau synthèse du contenu de chaque rencontre est présenté à l'Appendice G. Le nom des résidents a été changé afin de préserver la confidentialité.

#### *L'aphasie (3 mai 2016)*

Monsieur Dubois, 82 ans, a été nouvellement admis en CHSLD suite à un AVC massif ayant pour effets une hémiplégié droite et une aphasie. Il est incontinent et nécessite une aide complète pour ses soins d'hygiène. Il est marié avec une femme de 20 ans sa cadette, celle-ci le visitait une fois par semaine, soit le vendredi matin, le jour du bain. Durant la semaine, monsieur était plutôt calme et collaborait à ses soins. Cependant, le vendredi matin, monsieur démontrait un comportement agressif et aucun membre du personnel ne pouvait l'approcher en présence de sa femme. Plusieurs tentatives ont été faites auprès de monsieur, par l'équipe de soins et la femme de celui-ci, pour essayer de comprendre ce qui causait ce changement de comportement, sans succès. Après quelques semaines, l'infirmière responsable, s'appuyant sur une expérience personnelle, décida d'investiguer ce comportement plus en profondeur. Elle établit un code de communication avec monsieur Dubois qui devait cligner des yeux en guise de «oui» et fermer les yeux en guise de «non». Elle finit par comprendre que monsieur Dubois refusait d'avoir son bain le jour de la visite de sa femme car il ne voulait pas que celle-ci le voie nu et l'aperçoive ainsi dans sa déchéance. Le jour du bain fut changé et le problème résolu.

*Les meilleures pratiques* présentées dans cet atelier avaient pour objectifs de revoir l'anatomie du cerveau afin de situer les zones responsables de l'expression (aire de Broca) et de la compréhension (aire de Wernicke) de la parole; de connaître les différents types d'aphasie; d'être en mesure de communiquer avec une personne aphasique; et de distinguer l'aphasie d'une altération de l'état mental (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2015; Voyer, 2013). L'utilisation de l'expérience personnelle de l'infirmière comme source de savoir pour résoudre cette situation a été soulignée.

### *La dysphagie (10 mai 2016)*

Monsieur Gravel, 85 ans, a été admis en CHSLD pour perte d'autonomie reliée à une démence mixte. Cet ancien chauffeur de poids lourd devenu itinérant et alcoolique n'avait pas de famille connue. L'infirmière se considérait en quelque sorte comme sa seule famille. Quatre mois après son arrivée, monsieur Gravel, qui n'était pas connu dysphagique, s'est étouffé en buvant de l'eau. L'infirmière a demandé qu'on lui donne des liquides épaissis et a complété une requête pour une consultation en nutrition. Le lendemain, la diète régulière du résident avait été changée pour une diète hachée molle. Dans la même semaine, monsieur Gravel a présenté de la fièvre. L'infirmière a d'abord cru à une infection urinaire, mais c'est une pneumonie d'aspiration qui a été diagnostiquée et traitée à l'aide d'antibiotiques. Par la suite, les épisodes d'infection se sont succédés allant de pneumonie à infection urinaire, jusqu'au décès du résident trois mois plus tard. L'infirmière affirme avoir ressenti un certain déchirement et de la culpabilité suite à ce décès et elle se demande toujours ce qu'elle aurait pu faire pour éviter ce drame.

*Les meilleures pratiques* abordées lors de cette rencontre avaient pour objectifs de situer les structures anatomiques impliquées dans la déglutition, de définir la dysphagie, d'identifier ses causes, ses manifestations et conséquences (Cauchon, Désilets, Duval, Gervais, Martin, Pelletier, Piédalue et Rochette, 2013; Voyer, 2013). Le dépistage et l'évaluation de la dysphagie, de même que l'identification d'interventions préventives, a fait l'objet d'une attention particulière au cours de cet atelier (Asselin, Larocque, Pellerin, Coulombe et Rhainds, 2015; Cauchon et al., 2013; Voyer, 2013). De plus, une démonstration du test de la gorgée a été effectuée avec deux participantes (González-Fernández, Humbert, Winegrad, Cappola et Fried, 2014).

*L'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence et incapable de communiquer  
(17 mai 2016)*

Madame Richard, 84 ans est arrivée au CHSLD il y a environ 8 mois. Elle est aphasique et souffre d'une démence mixte. Elle présente parfois un comportement agressif (frappe, refuse qu'on la touche, particulièrement au visage) lors de ses soins d'hygiène, ce que l'infirmière relie à une agression subie au visage avec un couteau il y a quelques années de cela. Habituellement, madame Richard circule beaucoup dans l'unité, s'occupe à certaines tâches et a bon appétit. Il y a un mois, madame a fait une chute, elle est tombée de tout son long au sol. Deux jours plus tard, elle ne quittait plus le lit, criait, mais était moins combative contrairement à son habitude. Elle a été transférée pour investigation à l'hôpital d'où elle est revenue aussitôt, sans évidence de fracture. Depuis lors, elle n'est plus comme avant. Elle reste au lit et doit être stimulée pour se mobiliser, elle a moins d'appétit, est moins alerte, mais refuse de se faire examiner par le médecin ou l'infirmière. Madame reçoit du Tylénol et du Célébrex de façon régulière et du Statex 5 mg per os au besoin. L'infirmière sait que quelque chose ne va pas avec Mme Richard, mais est incapable d'intervenir car celle-ci refuse qu'on la touche. Quelques jours avant la rencontre de PR, un médecin a prescrit du Fentanyl à la résidente et elle a été traitée pour une infection. Peu de temps après, madame Richard a retrouvé ses habitudes antérieures.

*Les meilleures pratiques* ciblées pour cette problématique ont été d'identifier les causes de douleur chez la personne âgée; de reconnaître les manifestations et conséquences de la douleur (Arcand et Hébert, 2007; Voyer, 2013); de dépister et d'évaluer la douleur chez une personne atteinte de démence et incapable de communiquer à l'aide d'un outil d'hétéro-évaluation (Misson, Savoie et Verreault, 2012) tels que l'échelle *d'Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante* (ECPA) (Jean, Morello et Alix, 1998; Morello, Jean, Alix, Sellin-Peres et Fermanian, 2007) ou la version française du *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC-F) (Aubin, Verreault, Savoie, LeMay, Hadjistavropoulos, Fillion, Beaulieu, Viens, Bergeron, Vézina, Misson et Fuchs-Lacelle, 2010). De plus des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques ont été proposées (Gossard et Nguyen-Ong, 2010;

Voyer, 2013). Finalement, les infirmières ont été invitées à compléter un PTI pour cette situation.

*La gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (31 mai 2016)*

Monsieur Lemay, 70 ans, a été admis en CHSLD dans le cadre du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE). Il est atteint de démence mixte avec troubles de comportements agressifs, du SJSR et de diabète. Il vivait jusqu'à présent avec son épouse qui a demandé son hébergement car elle ne parvenait plus à le garder à la maison en raison de ses chutes fréquentes et de son agressivité grandissante. Selon l'infirmière, la famille vit un épuisement total. Depuis son admission il y a 20 jours, monsieur Lemay a chuté 15 fois. Il est incapable de rester assis, dort peu la nuit, circule constamment et tombe. À la demande de l'équipe interdisciplinaire, la famille, qui avait refusé dans un premier temps, a accepté l'application d'une contention physique. Monsieur crie sans cesse lorsqu'il est contentonné ce qui rend certains résidents agressifs à son endroit. Récemment, il a trouvé le moyen de défaire sa contention. Un casque et des jambières lui ont été procurés pour diminuer les blessures lors de chutes, et une marchette en raison de son équilibre précaire. Malgré plusieurs interventions de la part du médecin et de l'équipe interdisciplinaire, monsieur Lemay a continué de chuter. Dernièrement, il a été transféré dans un autre CHSLD de façon permanente. L'infirmière se demande s'il y a d'autres interventions qui auraient pu être faites pour empêcher les chutes.

*Les meilleures pratiques* présentées lors de cette situation concernaient la connaissance des facteurs de risque de chute chez l'aîné, l'évaluation des chutes répétitives et l'identification des mesures préventives (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Le SJSR jouant un rôle majeur dans la survenue des chutes chez monsieur Lemay, la définition, les causes probables, les manifestations, conséquences et interventions s'y rattachant ont été abordées (Tarsy, 2016). De plus, nous avons pu discuter, bien que brièvement, de l'évaluation et des interventions reliées aux SCPD (Voyer, 2013).

*La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (7 juin 2016)*

Monsieur Charles, âgé de 88 ans, a été admis en CHSLD pour perte d'autonomie importante. Il est atteint de démence à corps de Lewy, de surdité et, depuis plusieurs années, a une fracture au bras non opérable. De façon générale, monsieur a un comportement physique et verbal plutôt agressif, mais habituellement bien contenu par l'équipe de soins. Cependant, l'infirmière a remarqué, il y a quelques temps, que ce comportement s'intensifiait. Monsieur Charles était devenu plus agressif, particulièrement lors des changements de quart de travail, il avait une fixation sur certaines personnes et pouvait aller jusqu'à frapper le personnel ou les autres résidents. De plus, il n'était plus le même selon l'infirmière, précisant par-là que la personnalité du résident avait changé. L'infirmière se sentait dépourvue devant cette situation et voulait avoir des suggestions pour gérer l'agressivité de monsieur Charles.

*Les meilleures pratiques* considérées dans ce contexte étaient en lien avec la connaissance des principales caractéristiques des différents types de démences (Alzheimer, corps de Lewy, vasculaire et fronto-temporale) (Bourque, 2016; Voyer, 2013); l'évaluation des SCPD à l'aide d'outil tel que la grille d'observation du comportement (Bourque, 2016); l'identification des principaux SCPD et les interventions associées (Bourbonnais, 2015; Voyer, 2013); et finalement, la gestion de l'agressivité dans la démence à corps de Lewy (Bourque, 2016). Pour terminer l'atelier, les participantes ont complété un PTI pour la situation présentée.

### 3.3.5 Déroulement de l'accompagnement dans les unités de soins

Dès la première rencontre avec les infirmières, elles ont été invitées à choisir un sujet en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée pour un accompagnement clinique de 60 minutes dans l'unité de soins. Quatre d'entre elles ont opté pour l'évaluation pulmonaire, et une pour approfondir ses connaissances sur les démences. L'accompagnement clinique a débuté après les rencontres de PR, et a été planifié selon les disponibilités de chaque infirmière.

L'accompagnement clinique pour l'évaluation pulmonaire était divisé en deux parties. Pendant les 30 premières minutes, la stagiaire abordait quelques notions théorique reliées à l'évaluation pulmonaire, soit l'anamnèse (situation aigüe vs chronique); l'examen physique : inspection et auscultation (l'anatomie des poumons, les sites d'auscultation pulmonaire chez l'aîné, l'écoute des bruits normaux et anormaux des poumons); et l'examen de l'état mental (état de conscience et capacité d'attention). Les 30 minutes restantes étaient consacrées à la pratique. L'infirmière identifiait un résident<sup>2</sup> en mesure de comprendre les consignes et de collaborer, et effectuait l'évaluation pulmonaire de celui-ci en compagnie de la stagiaire.

Comme mentionné précédemment, l'une des participantes a choisi d'approfondir ses connaissances sur les démences. Nous avons donc revu, de façon plus détaillée, les caractéristiques des différents types de démence, l'évaluation des principaux SCPD et les interventions possibles.

Nous avons aussi offert une heure d'accompagnement clinique à la sixième participante aux rencontres de PR. Toutefois, cela n'a pas pu se concrétiser en raison de la non-disponibilité de celle-ci.

### 3.3.6 Activités de fin de stage

Une rencontre-bilan a été organisée avec les infirmières ayant participé à ce stage. Cette dernière rencontre s'est déroulée en deux temps. En premier lieu, les participantes ont été invitées à compléter le questionnaire d'appréciation des rencontres de PR et de l'accompagnement clinique et à discuter du déroulement de l'ensemble du stage avec la personne ressource du milieu. Pour ne pas influencer les réponses des participantes au questionnaire d'appréciation, la stagiaire ne s'est pas jointe à la première partie de la rencontre. Par la suite, la stagiaire a rejoint le groupe pour un échange sur leurs apprentissages

---

<sup>2</sup> Ou une résidente.

et l'apport de la pratique réflexive à leur pratique clinique. Par ailleurs, cette rencontre a aussi été l'occasion de remercier les participantes pour leur implication active à ce projet.

### 3.3.7 Résultats des questionnaires de satisfaction

Toutes les participantes ( $n=5$ ) présentes à la rencontre-bilan ont complété le questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières de façon anonyme. Le questionnaire était divisé en trois sections. La première portait sur l'expérience personnelle des participantes lors des rencontres de PR et de l'AC. La section suivante s'intéressait à la pertinence des rencontres de PR et de l'AC. Dans la dernière section, les participantes étaient invitées à répondre à trois questions ouvertes afin de connaître ce qu'elles avaient le plus et le moins apprécié lors des rencontres de PR et de recueillir leurs suggestions pour améliorer ces rencontres. Les résultats du questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières sont présentés à l'Appendice I. Le tableau 7 présente les scores obtenus pour chaque question et les réponses aux trois questions ouvertes ont été consignées dans le tableau 8.

La section portant sur l'expérience personnelle des participantes lors des rencontres de PR et de l'AC a obtenu un score moyen de 3,6 sur 4. Dans l'ensemble, cela indique que les infirmières se sont senties écoutées, que les idées et opinions formulées ont été respectées, que de l'importance a été accordée à leur expérience et qu'elles ont pu exprimer ce qu'elles ressentaient librement.

La deuxième section en lien avec la pertinence des rencontres de PR et de l'AC s'est vue attribuée une moyenne de 3,74 sur 4. Les résultats des questions 6 à 10 sont particulièrement intéressants. Cela permet de constater que les infirmières estiment avoir fait de nouveaux apprentissages en lien avec l'évaluation physique et mentale de l'aîné, apprentissages qui seront utiles et appliqués dans leur pratique clinique. De plus, elles recommanderaient les rencontres de PR et l'AC à leurs collègues, suggérant ainsi le maintien de ces rencontres dans leur établissement.

En ce qui concerne la dernière section du questionnaire de satisfaction visant à recueillir les commentaires et suggestions des infirmières, elle se divise en trois questions. À la question «Qu’avez-vous le **plus** apprécié lors de cette expérience?», les infirmières ont souligné la possibilité d’avoir pu discuter de cas réels, les échanges entre collègues, le fait de se sentir outillée pour faire face aux situations complexes de soins, les recherches effectuées par la stagiaire et sa capacité à vulgariser l’information. À la question «Qu’avez-vous le **moins** apprécié lors de cette expérience?» les participantes ont mentionné le fait de devoir parfois ramener les discussions autour du sujet présenté, le jour de la rencontre (le mardi) qui coïncidait avec la visite médicale pour certaines participantes, et une participante a parlé du sentiment d’exclusion ressentie de la part de ses collègues pendant les rencontres. Enfin, parmi les suggestions des infirmières, retenons que l’horaire de la rencontre doit être discutée avec le groupe, qu’il faudrait accorder plus d’une heure à ce type de rencontre et instaurer un climat de confiance entre les participantes.

### 3.3.8 Supervision du stage

La disponibilité, les conseils et l’expertise de Madame Claire Chapados, directrice de stage, et Madame Samia Tohmé, personne ressource du milieu, ont grandement soutenu la réalisation de ce projet à travers les différentes étapes. Des rencontres régulières ont eu lieu avec Madame Chapados pour s’assurer du bon déroulement du stage. Mme Tohmé a été présente à plusieurs rencontres et a assuré un suivi régulier avec la stagiaire.

## **CHAPITRE 4 : DISCUSSION**

## 4.1 Pertinence du stage

L'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée est un incontournable pour l'infirmière œuvrant en CHSLD. Cette activité réservée permet à l'infirmière d'effectuer la surveillance clinique des résidents, de repérer rapidement les changements dans leur état de santé, d'intervenir dans les meilleurs délais et de réduire les transferts en centre hospitalier de la clientèle hébergée. Cependant, le manque de confiance en leur capacité à effectuer l'examen clinique et le manque de formation dans les milieux de soins sont parmi les raisons citées dans les écrits par les infirmières qui n'effectuent pas l'évaluation des personnes à leur charge. Le travail de l'infirmière en soins de longue durée est complexe, comporte de nombreux défis et une expertise particulière (Heath, 2012; Muszalik, Dijkstra, Ke, dziora-Kornatowska et Zielinska-Wie, czkowska, 2012). La pratique réflexive de groupe, à travers une interaction réciproque, a permis d'accompagner les infirmières dans leur réflexion et de renforcer leurs connaissances/compétences ainsi que leur confiance en leur capacité d'action pour une meilleure appropriation de l'évaluation clinique des résidents. Tel que mentionné dans les écrits, ces rencontres ont permis aux infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée (Dubé et Ducharme, 2014b), d'identifier des modes de pensées erronées et de les rectifier (Bolden et al., 2011), et finalement, d'être mieux outillées pour intervenir en situation complexe de soins.

### 4.1.1 Retombées chez les infirmières

Selon Ghaye (2005), auteur et professeur reconnu dans l'apprentissage par la réflexion, la pratique réflexive permet au professionnel de la santé de mieux se connaître et d'améliorer sa pratique professionnelle ainsi que celles de ses collègues. C'est, en effet, ce qui a été constaté dans les résultats du questionnaire de satisfaction. De façon générale, les infirmières considèrent avoir fait de nouveaux apprentissages en lien avec l'évaluation physique et mentale de l'aîné, apprentissages qui sont utiles et qui s'appliquent dans leur pratique clinique.

De façon plus précise, les apprentissages réalisés lors de chaque atelier sont détaillés ci-bas. Le bilan des apprentissages est présenté dans les tableaux 2 à 6 de l'Appendice H.

*L'aphasie.* L'aphasie est un trouble du langage qui résulte d'une lésion au niveau de l'hémisphère gauche du cerveau. L'aphasie affecte la capacité de la personne à parler, à comprendre, à lire et à écrire (Touhy et Jett, 2012). Lors de cette rencontre, les infirmières ont découvert différents moyens et outils de communication à employer avec la personne aphasique (savoir empirique). Elles ont également noté qu'il faut être persévérante (savoir personnel), demeurer vigilante et avoir l'esprit ouvert en tout temps (savoir esthétique), et ne pas entretenir de préjugés face aux gens aphasiques (savoir éthique). L'apprentissage le plus surprenant selon l'animatrice est le fait de ne pas considérer une personne ayant subi un AVC comme étant dénuée de capacités intellectuelles et d'intelligence.

*La dysphagie.* La dysphagie, ou difficulté à avaler, est un problème commun chez les personnes âgées (Meiner, 2014). Environ 60% des résidents en centre d'hébergement présentent des signes cliniques de dysphagie (Arcand et Hébert, 2007; Touhy et Jett, 2012). Ce symptôme sous-jacent à plusieurs pathologies peut compromettre le statut nutritionnel et augmenter le risque d'aspiration (Arcand et Hébert, 2007; Meiner, 2014). D'ailleurs, la pneumonie d'aspiration est la principale cause de décès chez les personnes âgées hébergées (Touhy et Jett, 2012; Voyer, 2013). L'atelier sur la dysphagie a permis aux infirmières de mettre à jour leurs connaissances (savoir empirique) et de réaliser l'importance de dépister et d'évaluer la dysphagie chez les personnes à risque (savoir éthique). Elles ont aussi été sensibilisées à la présence des signes atypiques chez l'aîné (changement dans les habitudes de vie, dans le comportement et dans l'état mental) (savoir empirique, savoir éthique), à la nécessité de surveiller et d'intervenir rapidement lorsqu'elles soupçonnent la présence de dysphagie chez un résident (savoir esthétique).

*L'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence et incapable de communiquer.* La douleur, considérée comme le 5<sup>e</sup> signe vital, est très répandue auprès des personnes de plus de 75 ans en raison des changements dégénératifs, musculosquelettiques, des multiples pathologies et comorbidités présents chez cette clientèle (Arcand et Hébert,

2007; Meiner, 2014). En moyenne, 75% des personnes âgées hébergées se plaignent de douleur (Arcand et Hébert, 2007). Cependant, ce symptôme n'est pas suffisamment dépisté et est largement sous-traité, particulièrement chez ceux présentant un problème cognitif (Meiner, 2014; Touhy et Jett, 2012; Voyer, 2013). Cette rencontre a été une occasion pour les infirmières de lier certains comportements de leurs résidents à la possible présence de douleur chez ceux-ci (savoir empirique, savoir esthétique). Leurs commentaires témoignent d'une plus grande ouverture à la reconnaissance, à l'évaluation et au soulagement de la douleur chez leur clientèle (savoir éthique, savoir personnel).

*La gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).* Les chutes représentent un problème majeur chez les adultes de plus de 65 ans (Meiner, 2014), et leur incidence est particulièrement élevée en CHSLD (Voyer, 2013). Elles représentent la première cause de mort accidentelle chez cette clientèle (Voyer, 2013). Bien que la présence d'un programme de prévention puisse aider à diminuer leur incidence, toutes les chutes ne peuvent être évitées. La réduction des chutes et des blessures en résultant seront alors priorisées (Meiner, 2014; Voyer, 2013). Le SJSR est un facteur de risque de chute. Il est défini comme un trouble neurologique caractérisé par un besoin incontrôlable de bouger les jambes, en raison de douleurs importantes aux jambes qui surviennent pendant les périodes d'inactivité et de repos (Tarsy, 2016). Au cours de cet atelier, les infirmières ont fait des apprentissages sur l'évaluation des chutes répétitives et du SJSR (savoir empirique). Elles ont reconnu que bien qu'il soit difficile de gérer ces deux situations (savoir personnel), il faut tenter des interventions, les adapter lorsque requis, et impliquer l'équipe de soins ainsi que l'équipe interdisciplinaire (savoir esthétique, savoir empirique).

*La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).* Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Alzheimer's Disease International (2012), 35,6 millions de personnes vivent avec la démence. Le nombre de ces personnes doublera d'ici 2030 et triplera en 2050 (OMS et ADI, 2012). En CHSLD, 70 à 80% des personnes présentent une démence (Voyer, 2013). La démence peut être définie comme un état irréversible qui

progresses sur plusieurs années et affecte la mémoire et d'autres composantes intellectuelles (Touhy et Jett, 2012). Le terme SCPD est utilisé pour décrire les comportements de personnes qui souffrent de démence. Il peut s'agir de comportement d'agitation verbale et physique de type agressif ou non agressif, ainsi que d'anxiété, de dépression et d'hallucination pour ne citer que ceux-là (Voyer, 2013). Dans la trajectoire de la maladie, jusqu'à 90% des personnes atteintes de démence présenteront des SCPD (Duron, Wenisch, Joucдар, Rigaud, Seux, Boudall, Schwald et Chahwakillan, 2010; Touhy et Jett, 2012). Les SCPD ont une répercussion sur le résident lui-même, sur les autres résidents tout comme sur l'équipe de soins (Touhy et Jett, 2012) et peuvent altérer l'atmosphère dans l'unité s'ils ne sont pas pris en charge. Cet atelier a permis aux infirmières de comprendre que chaque type de démence nécessite une approche et des interventions différentes (savoir empirique), qu'il est essentiel de vérifier la satisfaction des besoins de base de la personne et de constituer une banque d'interventions qui pourront être utilisées à divers moments lorsque requis (savoir empirique, savoir esthétique).

#### 4.1.2 Retombées chez l'étudiante

La réalisation de ce projet de stage a été très enrichissante tant au plan académique, professionnel que personnel. Au plan académique, l'étudiante a pu développer et mettre à l'essai une intervention de pratique réflexive de groupe auprès des infirmières en CHSLD pour la première fois. Ces rencontres ont permis d'expérimenter les différentes étapes de la mise en œuvre d'un projet, de l'écriture à la réalisation, et de s'adapter à certaines contraintes et imprévus en cours d'exécution. Au plan professionnel, ce stage a été une occasion pour l'étudiante d'enrichir ses connaissances et compétences sur divers sujets en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée, la pratique réflexive et la gestion de projet. Au plan personnel, l'étudiante a pris conscience de la pratique réflexive effectuée dans sa pratique clinique courante, elle a approfondi sa capacité de réflexion et de pensée critique ainsi que ses compétences d'animation de groupe et de gestion d'équipe.

## 4.2 Forces et limites du projet

### 4.2.1 Forces

Les rencontres de PR se sont déroulées telles que prévues. En moyenne, cinq personnes sur six étaient présentes à chaque rencontre. La constance des participantes a grandement facilité les échanges dans le groupe.

La principale force de ce projet réside dans le fait qu'il répondait à un besoin du milieu. En effet, le stage était directement en lien avec deux des objectifs du plan d'action de la direction des soins infirmiers et de l'équipe de gestion du CHSLD à savoir: 1) *Rehausser la capacité de l'infirmière à évaluer l'état physique et mental du résident et à gérer des situations complexes*; 2) *Rehausser la capacité de l'infirmière à gérer des situations complexes et assurer le suivi et la continuité des soins*. L'étudiante a donc pu bénéficier du soutien de l'ensemble du milieu à travers les différentes étapes du projet.

En plus de répondre au besoin du milieu, le projet répondait également au besoin de l'infirmière puisque le choix de la situation clinique pour la pratique réflexive et l'accompagnement clinique dépendait de celle-ci. Ayant déterminé elle-même le sujet à aborder et sa préoccupation clinique en lien avec ce sujet, l'infirmière devenait partie prenante de ce projet.

### 4.2.2 Limites

Étant donné que les rencontres de PR s'intégraient dans le plan d'action élaboré pour le CHSLD, il y a eu une incohérence entre la définition retenue de la pratique réflexive, soit celle de Duffy (2007) qui précise que la pratique réflexive est «Un processus, *actif et volontaire* (...)», et le fait que ces rencontres cliniques étaient obligatoires pour toutes les infirmières. Pour pallier cette incohérence, l'étudiante a laissé le choix aux infirmières de présenter ou non une situation clinique. Dans le cas où elles décideraient de ne pas présenter de situation clinique, une situation tirée de la pratique réelle serait utilisée pour amener la réflexion sur

l'évaluation de condition physique et mentale de la personne âgée en centre d'hébergement. Au cours des rencontres préparatoires, une participante s'est montrée réfractaire à l'idée de présenter une situation clinique. Au fil des rencontres, elle est devenue plus détendue et a participé aux échanges. À la fin, aucune infirmière ne s'est prévalu de l'option d'utiliser une mise en situation. Chaque infirmière a présenté une situation clinique vécue dans le milieu de travail.

Le rythme de déroulement du stage a constitué une autre limite. Les cinq rencontres de PR se sont déroulées à une semaine d'intervalle pour la plupart. Ce rythme de rencontre s'est avéré trop rapproché, car l'étudiante disposait de peu de temps pour effectuer la recherche des meilleures pratiques en lien avec le thème choisi par chaque participante. De plus, l'accompagnement clinique qui devait avoir lieu entre chaque rencontre de PR n'a pas eu lieu. En fait, l'étudiante avait sous-estimé le temps nécessaire à la préparation de l'accompagnement clinique. Les rencontres individuelles de l'accompagnement clinique ont donc été reportées à la fin des rencontres de PR de groupe.

Par ailleurs, l'implication active des infirmières dans le développement de leurs connaissances aurait pu être davantage encouragée. Par exemple, en remettant des articles scientifiques ou des textes théoriques reliés aux sujets présentés à l'avance, les infirmières auraient pu elles-mêmes trouver ou valider les interventions à mettre en place. Cependant, l'étudiante a tenu compte du caractère obligatoire des rencontres de PR et n'a pas voulu imposer plus de charge aux infirmières.

### **4.3 Atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage**

Ce projet a permis l'atteinte de tous les objectifs de stage et d'apprentissage fixés au départ. Comme prévu, l'étudiante a conçu une intervention de PR de groupe en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée. Avec l'aide du milieu, les groupes de PR ont été formés et l'étudiante a animé les rencontres de groupe. La personne

ressource du milieu a été présente à certaines rencontres et sa rétroaction a été très aidante pour la poursuite du stage. Les infirmières du milieu ont donc été initiées à la PR de groupe par une première rencontre préparatoire, puis tout au long des cinq rencontres qui ont suivi. Cette intervention a permis de soutenir des infirmières dans le maintien et l'amélioration de connaissances et de compétences relatives à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée. Le bilan des apprentissages des infirmières effectué à la fin du stage a démontré que les infirmières ont fait de nouveaux apprentissages. Le questionnaire de satisfaction nous a permis de recueillir l'appréciation et les commentaires des infirmières quant à l'intervention réalisée.

L'intervention effectuée a fait appel à plusieurs compétences utilisées par l'infirmière en pratique avancée, entre autres, la pratique clinique favorisant la santé, le soutien dans les apprentissages et le leadership clinique (Faculté des sciences infirmières, 2014). À travers ce stage, l'étudiante a appris à élaborer, planifier, exécuter et apprécier une intervention de PR. Elle a développé des stratégies de soutien des apprentissages dans le milieu de pratique telles que la discussion de cas, la pratique réflexive et l'accompagnement clinique. Elle a agi à titre de modèle de rôle et de leader clinique auprès de ses pairs lors des rencontres de PR et de l'accompagnement clinique. La collaboration du supérieur immédiat et de la direction des soins infirmiers a permis la réalisation du stage dans le milieu de travail et a favorisé le suivi de formations nécessaires à la préparation des rencontres de PR et d'accompagnement clinique. Par ces formations, par des lectures d'articles scientifiques et théoriques, et par des discussions avec des personnes ayant réalisé ce type d'intervention, l'étudiante a pu approfondir ses connaissances et compétences sur l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée et sur la PR.

## 4.4 Réflexion sur les rencontres de PR

Les infirmières des CHSLD sont souvent confrontées à des situations complexes de soins (Heath, 2012; Muszalik et al., 2012), et n'ont pas toujours l'occasion d'en discuter entre collègues. Les rencontres de PR ont permis de mettre en lumière quelques-unes de ces situations, de réfléchir sur les actions posées, de consolider leurs savoirs et d'envisager de nouvelles façons d'intervenir. En participant à ces ateliers, les infirmières ont accepté de partager leur vulnérabilité à l'animatrice et à leurs collègues (Olofsson, 2005; Rich et Parker, 1995). Un climat de confiance, de respect et de confidentialité était nécessaire afin de permettre à chacune de livrer librement et authentiquement son expérience. Malgré tout, nous avons perçu quelques hésitations, une certaine retenue, un certain malaise à questionner l'autre sur ses interventions. Ce malaise, une infirmière l'a mentionné dans le questionnaire de satisfaction en parlant de la présence de «deux clans» et du sentiment d'exclusion de certaines personnes à l'intérieur du groupe de PR. Comme le suggère Ghaye (2005), avant d'entreprendre les rencontres réflexives de groupe, il aurait fallu s'informer sur la relation de confiance ainsi que sur les liens préexistants entre collègues. Cela aurait permis de mieux encadrer le déroulement des rencontres de PR.

Étant donné que la participation à ce projet était obligatoire, il est possible que cette approche n'ait pas convenu à toutes les participantes. Lord-Fontaine (2015) insiste sur le fait que la participation à ce type de rencontre soit volontaire car cela implique un certain investissement de la part de l'infirmière. Dans le même ordre d'idée, Driscoll et Teh (2001) mentionnent que le fait de réfléchir sur sa pratique est une activité intentionnelle qui nécessite la capacité à analyser ses actions et leurs résultats. En effet, la motivation et l'ouverture d'esprit sont des prérequis essentiels à la PR (Atkins et Murphy, 1993). Outre ces deux éléments, des habiletés telles que la conscience de soi, la description, l'analyse critique, la synthèse et l'évaluation sont nécessaires afin de pouvoir s'engager dans la réflexion (Atkins et Murphy, 1993). Cependant, nous sommes d'avis que, même si ces habiletés étaient absentes au départ, les rencontres de PR ont aidé les participantes à les développer. Citons, à titre d'exemple, la participante qui s'était montrée réfractaire à l'idée de présenter une situation clinique vécue et jugée difficile ou problématique en lien avec l'évaluation de la condition

physique et mentale de la personne âgée. Celle-ci disait ne pas vouloir faire de présentation car elle n'avait pas vécue de situation semblable dans sa pratique. Toutefois, lorsque ce fut à son tour de présenter, elle accepta de le faire, et c'était, à notre avis, l'une des situations les plus complexes qui fut exposée. Nous croyons qu'au fil des rencontres, cette participante a développé, à tout le moins, la conscience de soi, la capacité de décrire son expérience et de l'analyser de façon critique.

Bien que la majorité des questions de la méthode de réflexion adaptée aient été abordées, certaines ont été plus ou moins esquivées par les participantes. Entre-autres, «Quels facteurs ont influencé mon comportement, mes pensées, mes actions face à cette situation?» et «Dans quelle mesure ai-je agi pour le mieux et en lien avec mes valeurs?». L'hypothèse envisagée est que les infirmières de ce milieu, n'ayant pas l'habitude de s'arrêter pour réfléchir sur leur pratique, ni sur les pensées, les émotions et les valeurs pouvant influencer leur pratique, se maintenaient entre un niveau descriptif et explicatif de la réflexion, soit une pensée non-réflexive et pré-réflexive selon Roy (2008). Il faut tout de même savoir que les habiletés de pratique réflexive ne s'acquièrent pas de façon instantanée (Schutz, 2007). Cela doit s'intégrer dans la pratique quotidienne de l'infirmière jusqu'à en devenir une habitude, une façon d'être (Perrenoud, 2010).

Néanmoins, le cadre de référence choisi a été très aidant et a facilité la réalisation de ce projet. La méthode de réflexion adaptée issue de la combinaison du modèle de réflexion structuré de Johns (2006) et de la méthode de réflexion de Goudreau et al. (2013) a permis de structurer le déroulement des rencontres, de guider les infirmières dans leur réflexion et d'enrichir les échanges du groupe.

En somme, les infirmières ont apprécié les échanges entre professionnelles et affirment que la présentation de situations réelles lors des rencontres de PR a facilité leur apprentissage et leur a permis d'être mieux équipé pour relever les défis de tous les jours.

## **4.5 Recommandations pour la pratique clinique, la recherche et la formation**

### 4.5.1 La pratique clinique

À la lumière des retombées de ce stage et des commentaires des participantes, nous croyons qu'il serait nécessaire d'implanter des groupes de PR dans tous les milieux de soins gériatriques. Il est essentiel que les infirmières questionnent leur pratique, car le fait de ne pas réfléchir sur sa pratique encourage le maintien de comportements et d'interventions machinaux et stéréotypés qui ne répondent pas à la complexité grandissante des soins à la personne âgée. Les rencontres de PR de groupe devraient se tenir sur une base régulière, avec une fréquence, un lieu et un moment préétablis. Le rôle de l'animatrice devrait être assumé par une conseillère en soins infirmiers qui, de par son rôle, possède une expérience en animation de groupe et en formation, ainsi qu'une expertise et un leadership reconnus par ses pairs. Celle-ci devrait bénéficier, au besoin, d'un accompagnement adéquat afin d'assumer pleinement son rôle dans les rencontres de PR. De plus, l'implication des gestionnaires est essentielle pour soutenir le développement d'équipes réflexives dans le milieu en favorisant la libération des infirmières et en laissant place à l'innovation clinique. Ces rencontres de groupe permettraient aux infirmières d'améliorer leur capacité de réflexion (Dawber, 2013b; Turcotte, 2012), leur développement et pratique professionnels (Dubé et Ducharme, 2014b; Reid, 1993; Timmins, 2006) ainsi que la qualité des soins (Duffy, 2007).

### 4.5.2 Recherche en sciences infirmières

L'intervention de PR dans le présent contexte a porté sur plusieurs sujets en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de l'aîné, soit l'aphasie, la dysphagie, l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence et incapable de communiquer, la gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et la gestion des SCPD. Une avenue de recherche pourrait consister à évaluer si les retombées de l'intervention, en lien avec les sujets abordés, s'actualisent dans la pratique clinique des

infirmières. Autrement dit, est-ce que les bénéfices de l'intervention sont visibles sur le terrain? La perception des infirmières sur l'apport des rencontres de PR à leur développement professionnel pourrait constituer une autre avenue de recherche.

#### 4.5.3 Formation en sciences infirmières

Nous sommes d'avis que la pratique réflexive de groupe devrait faire partie intégrante de la formation en sciences infirmières. Il est essentiel d'initier les étudiantes infirmières à la PR de groupe dès le début et tout au long de leur formation afin que cela devienne une démarche ancrée dans leur pratique professionnelle comme le suggère Perrenoud (2010).

## **CONCLUSION**

L'évaluation clinique est primordiale à l'amélioration et au maintien de la qualité des soins des personnes hébergées. Ce projet a permis de développer et mettre à l'essai une intervention novatrice de PR pour soutenir les infirmières œuvrant en CHSLD dans l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes âgées. À l'aide d'une méthode de réflexion adaptée de Johns (2006) et Goudreau et al. (2013), les infirmières ont revisité une expérience de soins difficile ou problématique liée à l'évaluation clinique et ont partagé cette expérience avec le groupe. Des meilleures pratiques en lien avec le sujet exposé ont été discutées par la suite. De plus, un accompagnement clinique dans l'unité de soins a été offert à chaque infirmière. Au terme de ce stage, les infirmières se sont dites mieux outillées pour intervenir dans les situations complexes de soins.

Dans le contexte actuel de la formation de 25 heures du Ministère de la santé et des services sociaux portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), 2016) (p.174), la PR représente une source de soutien clinique et un espace de discussion pour les infirmières sur les problématiques rencontrées lors de l'application de cette formation. Elle peut être utilisée comme stratégie de *coaching* de groupe et renforcer la pratique de l'évaluation clinique auprès de la clientèle. Nous croyons que cela permettra aux infirmières de s'approprier davantage l'activité réservée au cœur de leur champ d'exercice et contribuera à une meilleure prise en charge des résidents en centre d'hébergement.

## **RÉFÉRENCES**

- Abrahamson, K., Mueller, C., Davila, H. W. et Arling, G. (2014). Nurses as Boundary-Spanners in Reducing Avoidable Hospitalizations Among Nursing Home Residents. *Research in Gerontological Nursing*, 7(5), 235-243. doi: 10.3928/19404921-20140519-01
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré à [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications\\_resume.html?tx\\_wfqbe\\_pi1%5Buid%5D=1704](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=1704)
- Agence de la santé publique du Canada (2014). *Chutes chez les aînés au Canada: Deuxième Rapport*.: Gouvernement du Canada. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors\\_falls-chutes\\_aines/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/index-fra.php)
- Anderson, B., Nix, E., Norman, B. et McPike, H. D. (2014). An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 242-246. doi: 10.1016/j.nepr.2013.08.007
- Andrew, M., Freter, S. et Rockwood, K. (2005). Incomplete functional recovery after delirium in confusion in elderly people : A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*., 5(5).
- Arcand, M. et Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd.). Acton Vale (Québec): Edisem.
- Asselin, G., Larocque, B., Pellerin, M.-A., Coulombe, M. et Rhainds, M. (2015). Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée. Rapport d'évaluation 07-15. (p. 50): UETMIS, CHU de Québec - Université Laval
- Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Montréal, Québec: AQESSS. Repéré à [http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/memoires/MEM\\_AQESSS\\_CHSLD\\_20140214\\_VF.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/MEM_AQESSS_CHSLD_20140214_VF.pdf)
- Atkins, S. et Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., LeMay, S., Hadjistavropoulos, T., Fillion, L., Beaulieu, M., Viens, C., Bergeron, R., Vézina, L., Misson, L. et Fuchs-Lacelle, S. (2010). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 27(1), 45-55. doi: 10.3138/cja.27.1.45

- Berragan, L. (2014). Learning nursing through simulation: A case study approach towards an expansive model of learning. *Nurse Education Today*, 34(8), 1143-1148. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.005>
- Birks, M., James, A., Chung, C. et Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*, 20(1), 27-33. doi: 10.1016/j.colegn.2012.02.004
- Bolden, L., Cuevas, N., Raia, L., Meredith, E. et Prince, T. (2011). The use of reflective practice in new graduate registered nurses residency program. *Nursing Administration Quarterly*, 35(2), 134-139. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31820feb5e
- Bourbonnais, A. (2015). Intervention dernier cri ! *Médecin du Québec*, 51(3), 33-37.
- Bourque, M. (2016). *Démences: comprendre, évaluer et intervenir*. Document inédit.
- Bronskill, S. E., Gill, S. S., Paterson, J. M., Bell, C. M., Anderson, G. M. et Rochon, P. A. (2012). Exploring Variation in Rates of Polypharmacy Across Long-Term Care Homes. *JAMDA*, 13(3), 309.e015-e021. doi: 10.1016/j.jamda.2011.07.001
- Burritt, J. et Steckel, C. (2009). Supporting the learning curve for contemporary nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 39(11), 479-484. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181bd5fd5
- Carlson, E., Rämngård, M., Bolmsjö, I. et Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 761-767. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.002
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carter, M. W. et Porell, F. W. (2005). Vulnerable populations at risk of potentially avoidable hospitalizations: the case of nursing home residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 20(6), 349-358.
- Cauchon, A., Désilets, S., Duval, L., Gervais, M., Martin, M., Pelletier, S., Piédalue, I. et Rochette, L. (2013). *Programme sur la dysphagie : approche collaborative en milieu de vie- version 1er octobre*. Document inédit.
- Chan, M. F., Mattar, I. et Taylor, B. J. (2013). Investigating factors that have an impact on nurses' performance of patients' conscious level assessment: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 31-46. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01344.x
- Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S. et Charlin, B. (2011). L'infirmière et l'évaluation de la santé: où en sommes-nous? *Perspective Infirmiere*, 8(5), 18-22.

- Clerc, P., Le Breton, J., Mousquès, J., Hebbrecht, G. et Pouvoirville, G. D. (2010). Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *Questions d'économie de la santé*, 156 (Juillet-août), 1-6.
- Commission de la santé et des services sociaux (2013). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mandat d'initiative. DOCUMENT DE CONSULTATION*. Québec, Québec.: Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec. Repéré à [https://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/CHSLD/document\\_de\\_consultation\\_chsld\\_-\\_septembre\\_2013.pdf](https://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/CHSLD/document_de_consultation_chsld_-_septembre_2013.pdf)
- Commission de la santé et des services sociaux (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée: Observations, conclusions et recommandations*. Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-41-1/index.html#documentsReflexion>
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice: A New Tool for Nurse Leaders. *The journal of nursing administration*, 42(5), 248-255. doi: 10.1097/NNA.0b013e31824337f4.
- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 1 - the model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135-144. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2-the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241-248. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x
- Delmas, P., Cloutier, L. et Dall'ava, J. (2011). The clinical examination has an ancient history in nursing practice] [French]. *Revue de l'Infirmiere*(167), 31-33.
- Desbiens, N. A., Mueller-Rizner, N., Virnig, B. et Lynn, J. (2001). Stress in caregivers of hospitalized oldest-old patients. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 56A(4), M231-235 231p.
- Driscoll, J. et Teh, B. (2001). The potential of reflective practice to develop individual orthopaedic nurse practitioners and their practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5(2), 95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1054/joon.2001.0150>
- Dubé, V. (2012). *Developpement, mise a l'essai et evaluation d'une intervention de pratique reflexive avec des infirmieres oeuvrant aupres de personnes agees hospitalisees*. (Thèse de doctorat, Université de Montreal (Canada)). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8623>

- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014a). Evaluation of a Reflective Practice Intervention to Enhance Hospitalized Elderly Care. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1), 34-41. doi: 10.1097/NND.000000000000028
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014b). Reflective practice among nurses working in a teaching hospital: An action research with promising benefits for professional development. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (8), 9-19. doi: 10.5430/jnep.v4n8p9
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1400-1407.
- Durand, S., Laflamme, F. et D'Anjou, H. (2013). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières (2<sup>e</sup> éd.): Ordres des infirmières et infirmiers du Québec.
- Duron, E., Wenisch, E., Joucdar, T., Rigaud, A. S., Seux, M. L., Boudall, Y., Schwald, N. et Chahwakillan, A. (2010). Formation des soignants et prise en charge des démences en unités de soins de longue durée. *Soins Gérontologie*, 81, 9-13.
- Faculté des sciences infirmières. (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Document inédit.
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2016). *Convention collective. Juillet 2016 - Mars 2020*. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/2016-convention-collective-web-2016-2020-fr.pdf?download=1>
- Fennessey, A. et Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45-50. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x
- Fick, D., Cooper, J., Wade, W., Waller, J., Maclean, J. et Beers, M. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*, 163(22), 2716-2724.
- Flagg, B., Cox, L., Mcdowell, S., Mwose, J. M. et Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical nurse specialist*, 24(5), 260-266.
- Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2015). Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC. Recommandations sur les pratiques optimales de l'AVC au Canada. Repéré à <http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/iavc/health-information-catalogue/tacls-booklet-dec2015-fr.ashx>
- Fournier, V., DePalma, L. et Lemelin, K. (2013). La simulation clinique haute fidélité expérimentée par un groupe d'infirmières diplômées hors Québec. Education Montréal, Pôle d'innovation et de spécialisation en santé, Montréal.

- Fulton, M. M. et Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-132. doi: 10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Ghaye, T. (2005). *Developing the reflective healthcare team*. Oxford, Malden, MA: Blackwell.
- Giddens, J. F. (2007). A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 46(2), 83-87.
- Gnjidic, D., Le Couteur, D. G., Kouladjian, L. et Hilmer, S. N. (2012). Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes. *Clin Geriatr Med*, 28 237-253. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.006
- González-Fernández, M., Humbert, I., Winegrad, H., Cappola, A. et Fried, L. (2014). Dysphagia in Old-Old Women: Prevalence as Determined by Self-Report and the 3 oz. Water Swallowing Test. *Am Geriatr Soc*, 62(4), 716-720. doi: 10.1111/jgs.12745
- Gossard, F. et Nguyen-Ong, V. (2010). Douleur et démence: comment soulager? . *Le Médecin du Québec*, 5(8), 37-44.
- Goudreau, J., Pepin, J. et Lavoie, P. (2013). Des rencontres de pratiques réflexives pour les infirmières d'unités de soins: un guide d'organisation. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Grégoire, M., Michaud, C., Proulx, M. et Laplante, P. (2012). Amélioration du sentiment de compétence des infirmières pour le dépistage du délirium en médecine générale : une étude quasi-expérimentale. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 36-43.
- Guinchard, B., Sylvain, H., Ouellet, N. et Viens Python, N. (2012). Soigner les personnes âgées : facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières. Perspectives croisées Bas-Saint-Laurent (Québec, CA) et Canton de Vaud (CH): LASER (UQAR), HEdS La Source, HES-SO.
- Gustafsson, C. et Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Heath, H. (2012). How to optimise the registered nurse contribution in care homes. *Nursing Older People*, 24(2), 23-28.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12(3), 174-181. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917\(92\)90059-W](http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917(92)90059-W)

- Jean, A., Morello, R. et Alix, M. (1998). Evaluation de la douleur du sujet très âgé hospitalisé en long séjour. *La Revue de gériatrie*, 23(3), 253-256.
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Kelly, M. A., Forber, J., Conlon, L., Roche, M. et Stasa, H. (2014). Empowering the registered nurses of tomorrow: Students' perspectives of a simulation experience for recognising and managing a deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34(5), 724-729. doi: 10.1016/j.nedt.2013.08.014
- Kowitlawakul, Y. (2012). Discovery of changes in older adults. *Singapore Nursing Journal*, 39(2), 10-14.
- L'institut canadien d'information juridique. (2015). Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.canlii.org/fr/qc/qccdoii/nav/date/2015.html>
- Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014a). Les Signes «AINÉES» partie 1 [French]. *Perspective Infirmiere*, 11(2), 46-51.
- Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014b). Les Signes «AINÉES» partie 2 [French]. *Perspective Infirmiere*, 11(3), 48-54.
- Lamb, G., Tappen, R., Diaz, S., Herndon, L. et Ouslander, J. G. (2011). Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1665-1672. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03556.x
- Langdon, R., Johnson, M., Carroll, V. et Antonio, G. (2013). Assessment of the elderly: it's worth covering the risks. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 94-105. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01421.x
- Lee, J. et Oh, P.-J. (2015). Effects of the Use of High-Fidelity Human Simulation in Nursing Education: A Meta-Analysis. *Journal of Nursing Education*, 54(9), 501.
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C. et al. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the Confusion Assessment Method. *Journal of American Geriatrics Society*, 54(4), 685-689.
- Leppa, C. J. (2004). The nature of long-term care nursing work. *Journal of gerontological nursing*, 30(3), 26-33.
- Lesa, R. et Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*, 54(2), 166-172.

- Liaw, S. Y., Wong, L. F., Lim, E. Y. P., Ang, S. B. L., Mujumdar, S., Ho, J. T. Y., Mordiffi, S. Z. et Ang, E. N. K. (2016). Effectiveness of a Web-Based Simulation in Improving Nurses' Workplace Practice With Deteriorating Ward Patients: A Pre- and Postintervention Study. *Journal of Medical Internet Research*, 18(2), e37. doi: 10.2196/jmir.5294
- Liu, L. M. (2014). Deprescribing: An Approach to Reducing Polypharmacy in Nursing Home Residents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10 (2). doi: 10.1016/j.nurpra.2013.09.010
- Lord-Fontaine, L. (2015). *Une proposition d'intervention de pratique réflexive visant les infirmières pour l'amélioration des soins palliatifs en centre de soins de longue durée.* (Travail dirigé, Université de Montréal).
- Mc Gilton, K., Bowers, B., McKenzie-Green, B., Boscart, V. et Brown, M. (2009). How do charge nurses view their roles in long-term care? *Journal of Applied Gerontology*, 28(6), 723-742. doi: 10.1177/0733464809336088
- McIntosh, C., Macario, A., Flanagan, B. et Gaba, D. M. (2006). Simulation: What does it really cost? *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. , 1 (2), 109.
- McLeod, E. et Sebastian, S. (2007). Assessment of changing health status beyond the tip of the iceberg. *Perspectives*, 31(3), 10-21.
- Meiner, S. E. (2014). *Gerontologic nursing.* (5<sup>e</sup> éd.). Maryland Heights (Missouri): Elsevier/Mosby.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence.* Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section Documentation, rubrique Publications.
- Misson, L., Savoie, M. et Verreault, R. (2012). La douleur chez les aînés. *Perspective Infirmière*, 9(6), 39-44.
- Mor, V., Intrator, O., Feng, Z. et Grabowski, D. C. (2010 ). The Revolving Door of Rehospitalization From Skilled Nursing Facilities. *Health Aff* 29(1), 57-64. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0629
- Morello, R., Jean, A., Alix, M., Sellin-Peres, D. et Fermanian, J. (2007). A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2. *PAIN®*, 133(1), 87-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.03.007>
- Muszalik, M., Dijkstra, A., Ke\_dziora-Kornatowska, K. et Zielinska-Wie\_czkowska, H. (2012). Health and nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55 190-194. doi: 10.1016/j.archger.2011.07.015

- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. et Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advance in Nursing Science*, 31(1), 16-27.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Wilinon, A., Warnes, T., McKee, K., Flannery, J. et Stasi, K. (2008). The role of education and training in achieving change in care homes: a literature review. *Journal of research in nursing*, 13(5), 411-433.
- Olofsson, B. (2005). Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(3), 259-267. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00827.x
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Mémoire*. Montréal, Québec: OIIQ. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401\\_memoire-chsld.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf)
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2002). Champ d'exercice et activités réservées. Repéré le 9 novembre 2015 à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Alzheimer's Disease International (2012). *Demantia: A public health priority*. Geneva: The Orgagnisation. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1)
- Ouslander, J., Perloe, M., Givens, J., Kluge, L., Rutland, T. et Lamb, G. (2009). Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of a Pilot Quality Improvement Project. *JAMDA* 10 (9), 644-652. doi: 10.1016/j.jamda.2009.07.001
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., Atherly, A. et Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 627-635. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
- Parrish, D. R. et Crookes, K. (2014). Designing and implementing reflective practice programs -- Key principles and considerations. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 265-270. doi: 10.1016/j.nepr.2013.08.002
- Perrenoud, P. (2010). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : professionnalisation et raison pédagogique*. (5<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux: ESF Ed.
- Perry, M. (2011). The problem of polypharmacy in the elderly. *Nurse Prescribing*, 9(7), 347-349. doi: 10.12968/npre.2011.9.7.347
- Platzer, H., Blake, D. et Ashford, D. (2000). Barriers to learning from reflection: a study of the use of groupwork with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1001-1008.

- Prybys, K., Melville, K., Hanna, J., Gee, A. et Chyka, P. (2002). Polypharmacy in the elderly: Clinical challenges in emergency practice: Part 1: Overview, etiology, and drug interactions. *Emergency Medicine Reports*, 23(11), 145-153.
- Reid, B. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept of Reflective Practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917\(93\)90058-A](http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917(93)90058-A)
- Rich, A. et Parker, D. L. (1995). Reflection and critical incident analysis: Ethical and moral implications of their use within nursing and midwifery education. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1050-1057. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03104.x
- Roy, A. (2008). L'oral au service des habiletés réflexives *Québec français* 149, 87-88.
- Rylance, R., Chapman, H. et Harrison, J. (2012). WHO ASSESSES THE PHYSICAL HEALTH OF INPATIENTS? *Mental Health Practice*, 16(2), 14-20.
- Schroyen, B., George, N., Hylton, J. et Scobie, N. (2005). Encouraging nurses' physical assessment skills. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 11(10), 14-15.
- Schutz, S. (2007). Reflection and reflective practice. *Community Practitioner*, 80(9), 26-29.
- Secret, J. A., Norwood, B. R. et Dumont, P. M. (2005). Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. *Journal of Professional Nursing*, 21, 114-118.
- Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S. et Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the Elderly Can Comprehensive Geriatric Assessment Reduce Inappropriate Medication Use? *Drugs Aging*, 28(7), 509-518. doi: 10.2165/11592010-000000000-00000
- Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L. et Naylor, M. D. (2014). Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Elderly Adults at Time of Hospitalization: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276-284 279p. doi: 10.1111/jgs.12657
- Shin, S., Park, J.-H. et Kim, J.-H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(1), 176-182. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.009>
- Somes, J., Donatelli, N. S. et Barrett, J. (2010). Sudden Confusion and Agitation: Causes to Investigate! Delirium, Dementia, Depression. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 486-488. doi: 10.1016/j.jen.2010.06.010
- Tarsy, D. (2016). Clinical manifestations and diagnosis of restless leg syndrome in adults. Repéré à <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-restless-legs-syndrome-willis-ekbom-disease-and-periodic-limb-movement-disorder-in-adults>

- Tena-Nelson, R., Santos, K., Weingast, E., Amrhein, S., Ouslander, J. et Boockvar, K. (2012). Reducing Potentially Preventable Hospital Transfers: Results from a Thirty Nursing Home Collaborative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 651-656. doi: 10.1016/j.jamda.2012.06.011
- Timmins, F. (2006). Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity. *Nursing Standard*, 20(39), 49-54. doi: 10.7748/ns2006.06.20.39.49.c4172
- Touhy, T. et Jett, K. (2012). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs & nursing response*. (8<sup>e</sup> éd.). St Louis (Missouri): Elsevier.
- Toye, C., Matthews, A., Hill, A. et Maher, S. (2014). Experiences, understandings and support needs of family carers of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 200–208. doi: 10.1111/opn.12019
- Truchon, S. (2013). L'évaluation clinique : cet incontournable. Repéré le 15 Octobre 2015 à [http://www.foi.org/chronique-deonto/evaluation-clinique-cet-incontournable/2013#\\_ftn3](http://www.foi.org/chronique-deonto/evaluation-clinique-cet-incontournable/2013#_ftn3)
- Turcotte, A. (2012). *Processus de facilitation d'une pratique reflexive, de type codeveloppement, aupres d'infirmieres pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle*. (Thèse de doctorat, Université de Montreal (Canada)). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8580>
- Unroe, K. T., Nazir, A., Holtz, L. R., Maurer, H., Miller, E., Hickman, S. E., La Mantia, M. A., Bennett, M., Arling, G. et Sachs, G. A. (2015). The Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care Approach: Preliminary Data from the Implementation of a Centers for Medicare and Medicaid Services Nursing Facility Demonstration Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 165-169. doi: 10.1111/jgs.13141
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (2<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent (Québec): Édition du Renouveau Pédagogique.
- West, S. L. (2006). Physical assessment: whose role is it anyway? *Nursing in Critical Care*, 11(4), 161-167.
- Wyman, J. F. et Hazzard, W. R. (2010). Preventing avoidable hospitalizations of nursing home residents: a multipronged approach to a perennial problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 760-761. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02775.x
- Xing, J., Mukamel, D. B. et Temkin-Greener, H. (2013). Hospitalizations of Nursing Home Residents in the Last Year of Life: Nursing Home Characteristics and Variation in Potentially Avoidable Hospitalizations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1900-1908. doi: 10.1111/jgs.12517

Zambas, S. I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow". *Journal of Nursing Education*, 49(6), 305-310. doi: 10.3928/01484834-20100224-03

Zigmont, J. J., Kappus, L. J. et Sudikoff, S. N. (2011). Theoretical Foundations of Learning Through Simulation. *Seminars in Perinatology*, 35(2), 47-51. doi: 10.1053/j.semperi.2011.01.002

## **Appendice A - Modèle de Réflexion Structuré (Johns, 2006)**

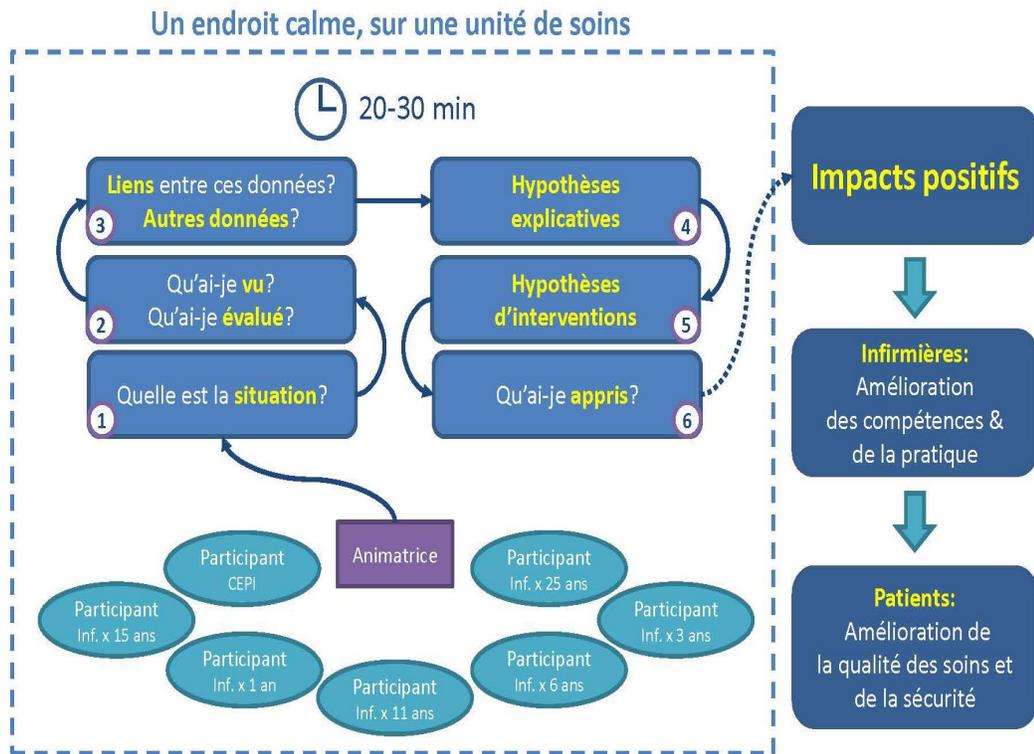
## Modèle de Réflexion Structuré (Johns, 2006)

(Traduction libre)

RÉFLEXION	SAVOIRS UTILISÉS (Carper, 1978)
Décrire une expérience qui semble significative d'une certaine façon	Esthétique
Qu'est-ce qui semble significatif dans cette expérience?	Esthétique
Qu'est-ce que les autres ressentait et pourquoi?	Esthétique
Comment je me suis sentie et pourquoi?	Personnel
Qu'est-ce que j'essayais de faire? Est-ce que cela a été efficace?	Esthétique
Quelles étaient les conséquences de mes actions sur le résident, les collègues et moi-même?	Esthétique
Quels facteurs ont influencé mon comportement, mes pensées, mes actions face à cette situation (personnel, organisationnel, culturel, professionnel)?	Personnel
Quelles connaissances m'ont ou m'auraient aidé à intervenir?	Empirique
Dans quelle mesure ai-je agi pour le mieux et en lien avec mes valeurs?	Éthique
Comment cette situation s'apparente-t-elle à mes expériences antérieures?	Personnel / Réflexif
Si cette situation se produit à nouveau, qu'est-ce que je ferais différemment?	Réflexif
Quelles seraient les conséquences pour le résident, les collègues et moi-même si j'intervenais différemment?	Réflexif
Qu'est-ce qui m'empêcherait d'intervenir d'une autre façon?	Personnel
Comment je me sens MAINTENANT par rapport à cette situation?	Personnel
Suis-je davantage en mesure de me soutenir et de soutenir les autres?	Réflexif
Qu'est-ce que j'ai appris?	Réflexif
Suis-je davantage en mesure d'avoir une pratique clinique désirable?	Réflexif
Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?	Réflexif

## **Appendice B - Méthode de réflexion (Goudreau et al., 2013)**

Figure 1. Méthode de réflexion (Reproduit avec permission)



Tiré de : Goudreau, J., Pepin, J. et Lavoie, P. (2013). *Des rencontres de pratiques réflexives pour les infirmières d'unités de soins: un guide d'organisation.*

## **Appendice C - Méthode de réflexion adaptée**

Adaptation de la méthode de réflexion de Goudreau et al. (2013) et de Johns (2006)

1	Quelle est la situation? 5 MINUTES
<p><b>Décrire une situation clinique difficile ou problématique</b> (en lien avec le sujet choisi) survenue au cours du dernier mois auprès d'un-e résident-e.</p>	
<p>Qu'est-ce qui semble difficile ou problématique dans cette expérience? (pourquoi ai-je choisi cette situation?)</p>	
<p>Comment je me suis sentie et pourquoi?</p>	
<p>Qu'est-ce que les autres personnes présentes ressentait et pourquoi?</p>	

<b>2</b>	<b>Qu'ai-je vu? Qu'ai-je évalué?</b>
<b>5 MINUTES</b>	
<p>Qu'est-ce que j'essayais de faire? Est-ce que cela a été efficace?</p>	
<p>Quelles étaient les conséquences de mes actions sur le résident, les collègues et moi-même?</p>	
<p>Quels facteurs ont influencé mon comportement, mes pensées, mes actions face à cette situation (personnel, organisationnel, culturel, professionnel)?</p>	
<b>3</b>	<b>Quels liens entre ces données? Quelles autres données pertinentes?</b>
<b>10 MINUTES</b>	
<p>Quelles connaissances m'ont aidé à intervenir?</p>	
<p>Quelles connaissances m'auraient aidé à intervenir?</p>	
<p>Dans quelle mesure ai-je agi pour le mieux et en lien avec mes valeurs?</p>	

**4**

## Hypothèses explicatives

5 MINUTES

Qu'est-ce qui pourrait expliquer la situation?

Comment cette situation s'apparente-t-elle à mes expériences passées?

**5**

## Interventions pertinentes selon les écrits scientifiques

20 MINUTES

Quelles sont les meilleures pratiques pour ce type de situation selon les écrits (théoriques /scientifiques)?

<b>6</b>	<b>Hypothèses d'interventions</b>
<b>5 MINUTES</b>	
Si cette situation se produit à nouveau, qu'est-ce que je ferais différemment?	
Quelles seraient les conséquences pour le résident, les collègues et moi-même si j'intervenais différemment?	
Qu'est-ce qui m'empêcherait d'intervenir d'une autre façon?	
<b>7</b>	<b>Qu'est-ce j'ai appris?</b>
<b>5 MINUTES</b>	
Comment je me sens MAINTENANT par rapport à cette situation?	
Suis-je davantage en mesure d'intervenir dans une même situation et de soutenir l'équipe de soins?	
Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation? (Identifier un apprentissage important)	
Suite à cet échange, qu'est-ce qui va changer dans ma pratique clinique?	
Formuler un objectif pour améliorer sa pratique :	
Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?	

## **Appendice D - Questionnaire sociodémographique**

## Questionnaire sociodémographique

**Ce questionnaire vise à connaître certaines caractéristiques des infirmières qui participent à ce stage.**

**Date : 2016/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

- 1) Quelle est votre année de naissance? |\_1\_|\_9\_|\_|\_|
- 2) Sexe :    Femme        Homme
- 3) Quelle est votre formation **initiale** en soins infirmiers ?  
Diplôme de formation à l'hôpital  
Diplôme d'études collégiales (DEC)  
Baccalauréat
- 4) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme en soins infirmiers?  
|\_|\_|\_|\_|
- 5) Avez-vous complété d'autres études en soins infirmiers?  
Non  
Oui,  
précisez \_\_\_\_\_
- 6) En quelle année avez-vous complété ces études ?  
|\_|\_|\_|\_|
- 7) Combien de mois ou d'années d'expérience détenez-vous à titre d'infirmière ?  
|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
ANNÉE    MOIS
- 8) Depuis combien de mois ou d'année(s) travaillez-vous en CHSLD?  
|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|  
ANNÉE    MOIS
- 9) Quel est votre statut d'emploi dans cet établissement ?  
Temps complet permanent (TCP)  
Temps partiel permanent (TPP)  
Temps partiel occasionnel (TPO)  
Autre, précisez: \_\_\_\_\_
- 10) Quel est votre horaire de travail?  
          Jour                            soir                            nuit                            rotation
- 11) En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous? \_\_\_\_\_ heures

## **Appendice E - Formulaire d'information et de confidentialité**

## Formulaire d'information et de confidentialité

Au cours des prochaines semaines, vous participerez à des rencontres de pratique réflexive portant sur l'évaluation de la condition physique et de l'état mental des personnes âgées résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces rencontres de pratique réflexive (5) font partie intégrante d'un stage de maîtrise en sciences infirmières ayant pour but de soutenir les infirmières dans la réalisation de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée en CHSLD. De plus, une (1) heure d'accompagnement clinique, en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée, sera allouée à chaque participant selon les besoins exprimés. Ce stage est directement en lien avec deux (2) des objectifs du *Plan d'action de la direction des soins infirmiers et de l'équipe de gestion du centre d'hébergement Auclair*, à savoir:

- 1. Rehausser la capacité de l'infirmière à évaluer l'état physique et mental du résident et à gérer des situations complexes.**
- 2. Rehausser la capacité de l'infirmière à gérer des situations complexes et assurer le suivi et la continuité des soins.**

La pratique réflexive consiste à examiner sa pratique professionnelle à travers des situations cliniques vécues et d'utiliser ces situations comme une occasion d'apprentissage et d'amélioration de sa pratique. Elle permet, entre autres, à l'infirmière de reconnaître les connaissances, les pensées et les émotions qui influencent ses interventions et d'identifier celles qui auraient pu l'aider à agir différemment et pour le mieux. En ce sens, la pratique réflexive favorise le développement professionnel de l'infirmière.

Lors de ces rencontres, vous serez appelés à partager des situations cliniques que vous avez trouvées difficiles ou problématiques en lien avec l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée. Il est important que les échanges se fassent dans un cadre de respect, de confiance, d'authenticité et que le contenu de ces échanges demeure confidentiel.

La stagiaire et sa superviseure s'engagent également à ne pas divulguer, à l'extérieur du groupe, le contenu de ces échanges.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la stagiaire

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la superviseure de stage

\_\_\_\_\_  
Date

**Appendice F - Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières**

## Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières

### Pratique réflexive et accompagnement clinique

*Encercler la réponse qui représente le mieux votre expérience*

<i>EXPÉRIENCE PERSONNELLE</i>	<i>Non, pas du tout</i>	<i>Parfois</i>	<i>La plupart du temps</i>	<i>Oui, définitivement</i>
<b>Pratique réflexive (PR)</b>				
1. Je me suis senti(e) écouté par a. le groupe b. l'animatrice	1 1	2 2	3 3	4 4
2. J'ai senti que mes idées/opinions ont été respectées par a. le groupe b. l'animatrice	1 1	2 2	3 3	4 4
3. J'ai senti que de l'importance était accordée à mon expérience par a. le groupe b. l'animatrice	1 1	2 2	3 3	4 4
4. J'ai pu exprimer ce que je pensais et/ou ressentais	1	2	3	4
<b>Accompagnement clinique (AC)</b>				
5. J'ai senti que l'animatrice était à l'écoute de mes besoins	1	2	3	4
<i>PERTINENCE DES RENCONTRES DE PR ET DE L'AC</i>				
6. Les rencontres de PR et d'AC m'ont permis de faire de nouveaux apprentissages en lien avec l'évaluation clinique de la personne âgée	1	2	3	4
7. Les apprentissages réalisés me seront utiles dans ma pratique clinique	1	2	3	4
8. J'ai modifié ma pratique clinique suite aux rencontres de PR et d'AC	1	2	3	4
9. Je conseillerai les rencontres de PR à mes collègues	1	2	3	4
10. Je conseillerai l'AC à mes collègues	1	2	3	4
11. Les rencontres de PR devraient être tenues régulièrement avec les infirmières	1	2	3	4
12. L'AC devrait être offert régulièrement aux infirmières	1	2	3	4
13. Qu'avez-vous le <b>plus</b> apprécié lors de cette expérience? _____				
14. Qu'avez-vous le <b>moins</b> apprécié lors de cette expérience? _____				
15. Que proposez-vous pour améliorer les rencontres de PR et l'AC? _____				

**Appendice G - Synthèse du contenu des rencontres de pratique  
réflexive**

Tableau 1. Synthèse du contenu des rencontres de pratique réflexive

<b>TABLEAU SYNTHÈSE DU CONTENU DES RENCONTRES DE PRATIQUE RÉFLEXIVE</b>	
<b>Date</b>	<b>Thèmes abordés</b>
<b>2016-05-03</b>	<p><b>L'aphasie secondaire à un AVC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître l'anatomie du cerveau (les hémisphères, les lobes et leurs fonctions)</li> <li>- Situer les zones du cerveau responsable de l'expression de la parole (aire de Broca) et de la compréhension du langage (aire de Wernicke)</li> <li>- Connaître les différents types d'aphasie (principalement Broca et Wernicke)</li> <li>- Être en mesure de communiquer avec une personne aphasique</li> <li>- Distinguer les symptômes associés à l'aphasie des symptômes associés à une altération de l'état mental</li> </ul>
<b>2016-05-10</b>	<p><b>La dysphagie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situer anatomiquement une partie du système digestif (épiglotte, œsophage, trachée) et définir la dysphagie</li> <li>- Connaître les causes (facteurs prédisposants, précipitants, Lien avec maladies dégénératives.)</li> <li>- Reconnaître les manifestations et les conséquences de la dysphagie</li> <li>- Dépister / Évaluer la dysphagie</li> <li>- Identifier des interventions préventives en lien avec la dysphagie</li> <li>- Simulation : Dépistage de la dysphagie avec le Test des gorgées</li> </ul>
<b>2016-05-17</b>	<p><b>L'évaluation de la douleur chez un résident atteint de démence et incapable de communiquer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les facteurs prédisposants et précipitants la douleur chez la personne âgée</li> <li>- Reconnaître les manifestations et les conséquences de la douleur chez la personne avec démence et incapable de communiquer</li> <li>- Dépister / Évaluer la douleur chez la personne avec démence et incapable de communiquer (Échelle ECCA et PACSLAC-F)</li> <li>- Identifier des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques en lien avec la douleur</li> <li>- Compléter le PTI en lien avec la situation présentée</li> </ul>
<b>2016-05-31</b>	<p><b>La gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les facteurs prédisposants et précipitants des chutes chez la personne âgée</li> <li>- Connaître les manifestations, les conséquences et les interventions du Syndrome des jambes sans repos (SJSR)</li> <li>- Procéder à l'évaluation de chutes répétitives –</li> <li>- Identifier des mesures de prévention des chutes</li> <li>- Gérer les SPCD (décrire, évaluer et intervenir)</li> </ul>
<b>2016-06-07</b>	<p><b>Situation clinique sur la gestion des SCPD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Différencier les principales démences (M.A., DV, DCL, DFT)</li> <li>- Évaluer les SCPD</li> <li>- Identifier les principaux SPCD et les interventions associées</li> <li>- Gérer l'agressivité dans la démence à corps de Lewy</li> <li>- Compléter le PTI en lien avec la situation présentée</li> </ul>

## **Appendice H - Bilan des apprentissages**

Tableau 2. L'aphasie – Bilan des apprentissages

Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation?

- «Différents moyens / outils de communication à essayer dès le début».
- «La persévérance qu'il a fallu afin d'arriver à trouver le problème».
- «Tenir compte de tout changement de comportement. Ne pas avoir de préjugé face aux gens aphasiques».
- «De profiter et utiliser les capacités intellectuelles de la personne aphasique».
- «Ne pas prendre pour acquis que quelqu'un qui a un AVC est dénué de toute intelligence ou de compréhension».

Qu'est-ce qui va changer dans ma pratique?

- «Être davantage outillé pour comprendre les gens aphasiques».
- «Rien ne va changer mais je vais demeurer vigilante et avoir l'esprit ouvert en tout temps».
- «Tenir compte des moindres petites choses et agir vite».
- «Intervenir plus rapidement avec les personnes aphasiques».
- «D'évaluer autrement selon la partie atteinte; de voir la personne qui a un AVC selon la partie du cerveau atteinte».

Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?

- «Augmenter mes connaissances sur l'aphasie».
- «Que nous sommes les yeux, les oreilles et la communication de nos résidents. Ils sont importants de même que nous; nous sommes un tout!»
- «Que souvent un problème qui paraît grand peut être résolu rapidement au moyen d'une petite intervention telle que changer le jour du bain».
- «L'identité de la personne reste idem. Il faut faire plus attention à nos gestes, nos paroles et nos expressions».

Tableau 3. La dysphagie – Bilan des apprentissages

Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation?

- «L'importance de l'évaluation de la dysphagie chez les patients à risque».
- «La réponse n'est pas toujours évidente. Surveiller signes atypiques».
- «Ne pas s'en tenir à son intuition. Aller chercher d'autres avis».
- «Toujours surveiller le changement de l'état mental».
- «Il faut élargir notre connaissance ou mettre à jour nos apprentissages».
- «Important de surveiller et d'intervenir rapidement lorsque signes et symptômes de dysphagie».

Qu'est-ce qui va changer dans ma pratique?

- «Je vais avoir une attention plus soutenue face à ce problème».
- «Être plus attentive lors des repas».
- «Aller chercher de l'aide».
- «Évaluer mieux mes résidents».
- «Plus prompte à faire des dépistages».
- «Aucun : ne pas garder une seule hypothèse en tête; certaines situations peuvent être plus complexes qu'elles le paraissent».

Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?

- «De tenir compte des signes atypiques de la dysphagie chez les personnes âgées».
- «Toujours faire attention aux signes et symptômes atypiques».
- «Tout faire pour éviter le pire chez mes patients».
- «Quand on manque de connaissances, on peut passer proche d'un problème sans le savoir».
- «Une mauvaise évaluation ou manque de connaissances pourraient avoir des conséquences graves pour les résidents».
- «Évaluer l'ensemble des causes possibles et non se centrer sur une seule hypothèse».

Tableau 4. L'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence et incapable de communiquer – Bilan des apprentissages

Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation?

- «Ce n'est pas parce que quelqu'un ne parle pas qu'il n'a pas de douleur; certains tableaux sont clairs».
- «Évaluer davantage la douleur. Donner plus de PRN».
- «Il faut toujours bien connaître nos résidents afin de savoir leur comportement avant et après une chute ou un incident».
- «Regarder toujours toutes les manifestations verbales, non verbales, le comportement et évaluer tout ensemble».
- «Symptômes comportementaux de la douleur».

Qu'est-ce qui va changer dans ma pratique?

- «Être plus sensible à la présence de douleur chez la personne âgée».
- «Approfondir davantage mes recherches/données lors de situations difficiles».
- «Prendre en compte que presque tous les patients qui sont ici sont souffrants».
- «Faire plus attention à cela (voir plus haut)».
- «L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées».
- «Je vais être plus alerte aux comportements et aux changements dans l'état général du patient».

Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?

- «Une personne âgée, selon son antécédent médical pourrait aussi être même plus souffrante».
- «La douleur est souvent la cause d'une diminution/changement de comportement, diminution AVQ d'un résident, tout est lié».
- «Qu'il ne faut présumer de rien; tous les résidents sont à risque et nous devons toujours être à l'écoute des signes de douleur et de détresse».
- «C'est possible d'avoir une réponse même si la personne en face ne parle pas».
- «Souvent nous ne pouvons pas déceler le problème de nos patients et cela nous inquiète».

Tableau 5. La gestion des chutes répétitives chez un résident ayant le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) - Bilan des apprentissages

Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation?

- «Que certains cas cliniques sont très complexes; que l'aide des autres collègues (professionnels) est très importante pour trouver solutions et idées».
- «Que c'est difficile de gérer un SJSR grave mais qu'il y a plusieurs interventions possibles».
- «Chercher à connaître le résident à travers son histoire de vie; tout mettre en place pour trouver une solution».
- «On doit faire ou mettre en place des moyens pour protéger la personne concernée sans restreindre sa liberté de circulation».
- «Syndrome des jambes sans repos».

Qu'est-ce qui va changer dans ma pratique?

- «Connaitre davantage le syndrome des jambes sans repos me permettra de prendre au sérieux dès le début le diagnostic».
- «Ma façon d'évaluer».
- «On ne peut pas tout faire, ni protéger la personne contre son gré».
- «Ma façon d'évaluer les causes des chutes».

Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?

- «Nous ne sommes pas toujours assez outillés; il est important de mettre à jour nos connaissances et chercher l'aide d'autres professionnels pour trouver des solutions».
- «Voir le résident dans sa globalité pour bien intervenir».
- «C'est un travail d'équipe».
- «L'importance d'adapter nos interventions en fonction de la situation».

Tableau 6. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) - Bilan des apprentissages

Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette situation?

- «Il faut avoir une banque d'interventions».
- «Résident compliqué, on doit s'adapter à lui dépendamment de comment il est telle ou telle journée».
- «Lorsque nous sommes confrontés à ces situations, on veut faire le plus possible sans que personne ne soit blessée».
- «Pour chaque type de diagnostic de démence, les approches sont différentes».
- «Ne pas utiliser ou faire la même intervention à chaque fois; les varier selon la banque d'intervention».

Qu'est-ce qui va changer dans ma pratique?

- «Une meilleure évaluation des SCPD».
- «Je vais continuer mon approche en douceur lorsque je dois aller au 4<sup>ème</sup>».
- «Rien car j'aurais agi de la même façon».
- «D'être plus attentive; de se préoccuper de combler des affaires de base avant de passer à autres choses».
- «Mieux intervenir; faire une banque d'interventions».

Qu'est-ce que j'ai appris à travers la réflexion?

- «À mieux intervenir auprès des patients déments».
- «Lorsque je vois que malgré mon approche, le résident continu à être agressif verbalement et que je vois la tension monter, il vaut mieux que je garde mes distances avec le résident».
- «Que les patients ne sont pas responsables de ces comportements dérangeants».
- «Pour certains types de démence, cela ne sert à rien de ramener la personne à la réalité; de développer plusieurs stratégies afin d'y faire face, car la solution d'hier pourrait ne pas fonctionner ce jour».
- «Que ce n'est pas toujours facile de gérer une personne souffrant de démence».

**Appendice I - Résultats du questionnaire d'évaluation de la  
satisfaction des infirmières**

Tableau 7. Scores accordés aux questions 1 à 12 du questionnaire d'évaluation de la satisfaction

Participant	Questions														
	<i>Section 1</i> <i>EXPÉRIENCE PERSONNELLE</i>						<i>Section 2</i> <i>PERTINENCE DES RENCONTRES DE</i> <i>PR ET DE L'AC</i>								
	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Infirmière 1	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
Infirmière 2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Infirmière 3	2	3	2	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2
Infirmière 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Infirmière 5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Moyenne	3.2	3.8	3.4	3.8	3.2	3.8	3.6	4	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	3.6	3.6

Tableau 8. Compilation des réponses aux questions 13 à 15 du questionnaire d'évaluation de la satisfaction des infirmières

QUESTIONS ➤	13- Qu'avez-vous le <b>plus</b> apprécié lors de cette expérience?	14- Qu'avez-vous le <b>moins</b> apprécié lors de cette expérience?	15- Que proposez-vous pour améliorer les rencontres de PR et l'AC?
PARTICIPANTES ▼			
Infirmière 1	«Disponibilité de la stagiaire pour discuter ses recherches pour appuyer le cas discuté et aider à comprendre les difficultés lors d'évaluation.	On doit ramener parfois les infirmières vers le cas car trop de discussion qui dépassent le cas.	Discuter les vrais cas difficiles sur les étages pour trouver une autre méthode de réagir.
Infirmière 2	D'être équipée pour relever les défis de tous les jours dans ce milieu complexe. L'approche aux personnes âgées.	Le jour de la rencontre, les mardis (le jour de la visite médicale).	Rien.
Infirmière 3	Les échanges entre les professionnelles, bien que parfois il y avait 2 clans qui ne s'écoutaient pas vraiment.	L'aspect des 2 clans et l'exclusion de certaines d'entre nous (pas de la part de la stagiaire ni de la personne-ressource).	Une meilleure entente entre les professionnelles.
Infirmière 4	La présentation de situations réelles pour faciliter l'apprentissage.	C'est toujours le mardi.	Toujours voir avec l'infirmière son besoin personnel et trouver le moment qui convient le mieux.
Infirmière 5	Sa façon simple d'expliquer avec les mots simples. Ses recherches ont été faites avec soins.	Je n'ai rien de négatif à dire.	Un peu plus de temps.