

Université de Montréal

**Activité de réflexion guidée pour affiner le jugement clinique en contexte d'incertitude  
dans la gestion de la douleur en centre d'hébergement**

Par Leticia Urrutia

Faculté des sciences infirmières

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

Août, 2021

© Leticia Urrutia, 2021

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage intitulé :  
**Activité de réflexion guidée pour affiner le jugement clinique en contexte d'incertitude  
dans la gestion de la douleur en centre d'hébergement**

présenté par :  
**Leticia Urrutia**

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Patrick Lavoie**  
Président-rapporteur

**Anne Bourbonnais**  
Directrice de maîtrise

**Samia Tohmé**  
Membre du jury

## Résumé

En centre d'hébergement, les situations ambiguës d'évaluation de la douleur peuvent provoquer de l'incertitude chez les infirmières et certaines erreurs dans leur jugement clinique. Le but de ce stage était de développer et de mettre en œuvre une activité réflexive guidée auprès d'infirmières travaillant dans ces milieux afin d'affiner leur jugement clinique dans un contexte d'incertitude, soit pour la gestion de la douleur chez des résidents atteints de troubles cognitifs ne pouvant l'autodéclarer. À cet effet, nous avons utilisé le modèle de jugement clinique de Tanner (2006) pour structurer une démarche de réflexion guidée par le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie, Boyer, Pepin, Goudreau et Fima (2017). Une activité de réflexion guidée en petits groupes a été mise en œuvre auprès de 24 infirmières. Durant cette démarche, elles ont partagé leurs expériences et explicité leur raisonnement clinique dont découle le jugement clinique. La mise en œuvre de cette activité réflexive a permis des retombées correspondant à ce que les écrits scientifiques décrivent. Dans la pratique clinique, les infirmières ont mentionné le besoin de reconnaître leur sentiment d'incertitude afin de déclencher un processus de validation de diverses hypothèses en plus d'avoir confiance dans leur évaluation de la douleur en contexte d'incertitude. Des recommandations concernant l'intégration d'une telle activité réflexive comme stratégie pédagogique de formation continue sont proposées.

**Mots-clés** : personne âgée, soins de longue durée, infirmière, ambiguïté, incertitude, raisonnement clinique, jugement clinique, évaluation de la douleur, troubles neurocognitifs.

## **Abstract**

In long-term care homes, ambiguous pain assessment situations can cause uncertainty for nurses and some errors in their clinical judgment. The goal of this practicum was to develop and implement a guided reflective activity with nursing working in these settings in order to refine their clinical judgment in the context of uncertainty for the management of pain in cognitively impaired resident who cannot self-report pain. To this end, we used the clinical judgment model of Tanner (2006) to structure a reflective approach guided by the reflection model for clinical judgment of Lavoie, Boyer, Pepin, Goudreau, and Fima (2017). A guided reflection activity in small groups was implemented with 24 nurses. During this guided reflection process, they shared their experiences and explained their clinical reasoning from which the clinical judgment ensues. The implementation of this reflective activity resulted in outcomes described in the scientific literature. In clinical practice, nurses indicated the need to recognize their sense of uncertainty to trigger a process of validating various hypotheses in addition to increasing confidence in their pain assessment in a context of uncertainty. Recommendations concerning the integration of such a reflective activity as an educational strategy for continuing education are proposed.

**Keywords:** older people, long-term care, nurse, ambiguity, uncertainty, clinical reasoning, clinical judgment, pain assessment, neurocognitive disorders.

## Table des matières

Résumé .....	3
Abstract .....	4
Table des matières .....	5
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures .....	8
Liste des sigles et abréviation .....	9
Remerciements .....	11
Chapitre 1 : Phénomène à l'étude .....	13
1.1 But du stage .....	19
1.2 Objectifs de stage .....	19
1.3 Objectifs d'apprentissage .....	20
Chapitre 2 : Revue des écrits .....	21
2.1 Incertitude et jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer : une revue des écrits.....	22
2.2 Stratégies pédagogiques pour favoriser le développement du jugement clinique .....	35
2.3 Activités réflexives guidées en groupe pour le développement du jugement clinique.....	39
2.4 Cadre de référence .....	42
Chapitre 3 : Planification du stage .....	48
3.1 Milieu de stage.....	49
3.2 Participants au stage et stratégies pour les engager dans l'activité de réflexion guidée .....	50
3.3 Description de l'intervention .....	52

3.3.1 Description de l'activité de réflexion guidée.....	56
3.4 Échéancier du projet.....	57
Chapitre 4 : Compte-rendu du stage .....	59
4.1 Mise en œuvre du projet dans les milieux.....	60
4.2 Description des participants.....	62
4.3 Compte-rendu de l'intervention.....	64
4.3.1 Description du déroulement de l'intervention pour les participantes.....	64
4.3.2 Évaluation de la satisfaction à l'égard de l'intervention .....	70
4.3.3 Principaux défis durant l'intervention.....	73
4.4 Activités de transfert de connaissances.....	76
Chapitre 5 : Discussion.....	78
5.1 Retombées et lien avec les écrits .....	79
5.2 Atteinte des objectifs de stage .....	83
5.3 Atteinte des objectifs d'apprentissage.....	85
5.4 Recommandations .....	86
5.4.1 Pour la pratique clinique.....	86
5.4.2 Pour la gestion .....	87
5.4.3 Pour la recherche.....	87
5.4.4 Pour la formation.....	87
Références .....	89
Annexe A : Lignes directrices pour la rédaction de l'article .....	102
Annexe B : Invitation à l'activité de réflexion guidée.....	108
Annexe C : Situation clinique.....	112
Annexe D : Grille d'évaluation de l'activité de réflexion guidée .....	114

## Liste des tableaux

Tableau 1. Description de l'activité de réflexion guidée.....	54
Tableau 2. Échéancier du projet.....	58
Tableau 3. Nombre de participantes par groupe et par séance.....	63
Tableau 4. Degré d'atteinte des objectifs d'apprentissage par les participantes .....	71

## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Modèle du jugement clinique de Tanner .....	44
<i>Figure 2.</i> Modèle de réflexion pour le jugement clinique .....	45



## Liste des sigles et abréviation

CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSI	Direction des soins infirmiers
ICASI :	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PACSLAC :	<i>Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate</i>
PAINAD :	<i>Pain assessment in advanced dementia scale</i>
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
RSI :	Règle de soins infirmiers
TNC :	Trouble neurocognitif majeur

*À mon cher mari et à mes enfants,  
merci pour votre amour et votre soutien inestimable au quotidien durant toutes ces années.*

*À Denise Trudeau,  
merci d'être l'étincelle de ce parcours académique enrichissant.*

## Remerciements

Le soutien que j'ai reçu de plusieurs personnes ainsi que de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille a permis la réalisation de ce stage de maîtrise. Ainsi, je voudrais leur témoigner ma plus sincère reconnaissance.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de maîtrise, Dre Anne Bourbonnais, qui m'a offert de précieux conseils et un encadrement extraordinaire. C'est à travers le partage de votre passion pour les soins infirmiers aux personnes âgées et leurs proches ainsi que par votre accompagnement inspirant que ma réflexion a été stimulée et que de nouvelles compétences se sont intégrées à la réalisation de mon stage et à ma pratique. Je vous remercie d'avoir su me transmettre votre rigueur scientifique me permettant ainsi de contribuer aux connaissances de notre discipline. Enfin, je tiens à vous remercier pour votre humanisme sans faille qui m'a donné la force de persévérer dans les moments difficiles que nous tous, soignants, résidents et familles, avons traversés pendant notre lutte contre la pandémie.

Mes remerciements à Dr Patrick Lavoie pour votre soutien dans ma compréhension des concepts liés au modèle de réflexion pour le jugement clinique depuis le début de ce projet. Merci également pour votre participation au comité d'approbation, vos questions m'ont aidé à cheminer dans l'intégration de ces concepts dans l'activité de stage et votre enthousiasme pour développer de nouveaux projets est inspirant.

Aussi, je désire exprimer toute ma reconnaissance à la personne-ressource de mon milieu de stage, Mme Samia Tohmé, conseillère-cadre en soins infirmiers. Sans votre disponibilité, votre approche méthodique et votre accueil au sein de l'organisation, ce stage n'aurait pas été l'expérience enrichissante et profonde qu'elle a été et qui m'a permis d'évoluer.

Je désire remercier chaleureusement les infirmières qui ont participé à l'activité de réflexion guidée, merci de votre enthousiasme contagieux et de votre ouverture. Votre engagement pour le bien-être des personnes âgées a été une source d'inspiration et de motivation pour me dépasser. Sans votre générosité dans le partage de vos expériences lors des séances de réflexion, le succès de ce stage n'aurait pas été possible. Pareillement, je tiens à remercier les infirmières gestionnaires qui ont apporté tout leur soutien à ce stage et qui ont su démontrer leur intérêt pour la pratique réflexive.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues membres du groupe d'entraide et de réflexion de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Je vous suis reconnaissante pour votre générosité dans le partage de vos expériences et pour vos précieux conseils. Merci à Marie Hélène et Marie Hélène pour votre amitié et votre écoute ainsi que pour votre confiance et vos encouragements dans les périodes difficiles de la pandémie. Je vous suis tellement reconnaissante.

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

Les auteurs coïncident pour indiquer que la gestion de la douleur en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est sous-optimale. Cette situation est accentuée auprès de résidents vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNC) ne pouvant autodéclarer leur douleur. Dans ce contexte, l'évaluation de la douleur se réalise par l'interprétation de comportements qui lui sont liés, par exemple par des grimaces ou des mouvements corporels (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren et Merkel, 2011). Cependant, ces comportements peuvent être interprétés comme étant liés à de la douleur, mais aussi aux TNC ou à de la détresse (Monroe, Parish et Mion, 2015). Ces caractéristiques soulèvent de l'ambiguïté qui peut provoquer de l'incertitude chez les infirmières (McMahon et Dluhy, 2017). Dans un contexte d'incertitude, le jugement clinique pour la gestion de la douleur peut être influencé au point de retarder l'évaluation et le soulagement de la douleur (Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013) et certaines erreurs de jugement clinique peuvent se produire. Un exemple d'erreur de jugement clinique est le manque de reconnaissance de la douleur (Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013) qui peut être lié au manque d'information primordiale, tel que le (Chapados, Audétat et Laurin, 2014). Un autre exemple d'erreur est l'interprétation des comportements comme étant liés à autre chose qu'à de la douleur (Kaasalainen et al., 2007) par une infirmière qui explore une seule explication plutôt que plusieurs (Audétat, Laurin et Sanche, 2011). Or, le processus de raisonnement clinique qui mène au jugement clinique infirmier peut se développer par des activités de réflexion lors d'une expérience de soins ou d'une simulation (Dreifuerst, 2015). Ce type d'activité peut être structuré selon le modèle de jugement clinique de Tanner (2006) à travers une démarche guidée en milieu de soins (Lavoie et al., 2017).

Chez les personnes âgées vivant en CHSLD (ou dans des établissements similaires portant d'autres noms ailleurs dans le monde), la prévalence de la douleur est de 80 % (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013) et au Québec, 80 % des personnes âgées qui y résident sont atteintes d'un TNC (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014). Par cette prévalence élevée, l'évaluation de la douleur auprès des personnes âgées atteintes de TNC est primordiale.

Par ailleurs, à la base de l'évaluation d'une situation de santé se trouve un processus de raisonnement clinique (Chapados et al., 2014) qui mène au jugement clinique (Tanner, 2006). Dans le cas de la douleur, Lichtner et al. (2014) indiquent que chez des résidents atteints de TNC ne pouvant l'autodéclarer, l'identification et l'évaluation de la douleur impliquent un

processus décisionnel complexe. Dans cette situation, l'infirmière doit réaliser un processus de raisonnement clinique afin d'exercer son jugement clinique sur la présence ou l'absence de douleur, afin de planifier les interventions à mettre en place pour la soulager. Cela implique d'interpréter les comportements liés à la douleur (Lichtner et al., 2016). Toutefois, durant ce processus, certains facteurs peuvent influencer le jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur.

Parmi ces facteurs, il se trouve l'incertitude de l'infirmière et l'ambiguïté dans l'interprétation des comportements. McMahon et Dluhy (2017) ont conceptualisé l'ambiguïté comme étant une situation pour laquelle l'information disponible pour la prise de décisions de l'infirmière peut être interprétée de multiples façons. En plus, cette information peut se présenter d'une façon inhabituelle ou atypique. Lors de situations ambiguës, la cause définitive ne peut pas être établie, donc les décisions prises dans ces conditions donnent des résultats incertains pouvant provoquer chez l'infirmière la crainte de réaliser une erreur ou un sentiment d'incertitude (McMahon et Dluhy, 2017).

Concernant le concept d'incertitude, Penrod (2007) le définit comme un sentiment inconfortable de doute, dont l'intensité dépend du niveau de contrôle sur la situation et de la confiance d'obtenir les résultats attendus. Ce concept est abordé dans le modèle de Gilmore-Bykovskiy et Bowers (2013) où la gestion de la douleur a été conceptualisée en fonction de l'incertitude de l'infirmière en CHSLD. Dans ce modèle, un niveau élevé d'incertitude amène l'infirmière à approfondir son évaluation de la douleur. Or, lorsque le niveau d'incertitude est perçu par l'infirmière comme étant très élevé, tel que chez les résidents ne pouvant autodéclarer et atteints de TNC, l'infirmière n'évalue alors pas la douleur et elle initie plutôt un cycle d'essai-erreurs testant plusieurs interventions jusqu'à ce que le résident revienne à son comportement habituel (Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013). Puisque l'évaluation est à la base du jugement clinique, celui-ci peut aussi être influencé par l'incertitude. Par ailleurs, même lorsque l'évaluation de la douleur est réalisée, l'infirmière et les autres professionnels peuvent ne pas prendre le « risque » de traiter le résident avec des analgésiques plus forts, comme des opioïdes, car ils sont incertains de leur évaluation (Kaasalainen et al., 2007). En somme, l'incertitude peut influencer le jugement clinique infirmier au point où l'évaluation et le traitement de la douleur sont sous-optimaux.

En plus de l'ambiguïté et de l'incertitude, le jugement clinique de l'infirmière est aussi influencé par son contexte social (Tanner, 2006). Ce contexte social occidental se caractérise par la grande importance accordée aux valeurs de productivité et d'indépendance. Les personnes âgées, particulièrement celles vivant avec un TNC, peuvent être perçues comme ne répondant pas à ces normes sociétales. En CHSLD, l'âgisme est souvent omniprésent, soit une discrimination associée à l'âge qui accorde moins de valeur aux personnes âgées ainsi qu'aux infirmières qui œuvrent auprès d'elles (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Cette discrimination peut être plus prononcée envers des résidents atteints de TNC à cause de leurs pertes de capacités physiques, cognitives et par certains comportements socialement considérés comme inadéquats (Bourbonnais, 2010). Ainsi, l'infirmière étant une membre de la société, sa pratique clinique peut être influencée par l'âgisme et affecter négativement la gestion de problèmes de santé des personnes âgées (Bourbonnais, 2009). Par exemple, Kerr (2006) indiquent que la présence du diagnostic de TNC semble « masquer » les autres situations de santé et influencer les décisions des médecins et des infirmières. Un des participants de leur étude a même déclaré que la douleur était la dernière chose à laquelle il penserait.

Le niveau de connaissances de l'infirmière concernant les soins aux personnes âgées est un autre facteur qui peut influencer l'exercice d'un jugement clinique en CHSLD (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Des recommandations spécifiques ont été émises pour la pratique clinique auprès de la clientèle ne pouvant autodéclarer leur douleur, dont les personnes âgées atteintes de TNC (Ersek et al., 2016; Herr et al., 2011). De plus, des modèles d'aide à la décision dans la gestion de la douleur ont été développés spécifiquement pour cette clientèle (Dowding et al., 2016; Hadjistavropoulos et al., 2007; Kovach et al., 2006). Or, bien que les connaissances sur la gestion de la douleur des infirmières puissent être satisfaisantes, elles peuvent rester incertaines dans l'évaluation de la douleur chez les résidents avec un TNC ne pouvant l'autodéclarer (Bauer et al., 2016). Comme il a été mentionné plus haut, cela peut provoquer des conséquences pour le jugement clinique de l'infirmière, tant pour l'évaluation que pour le traitement de la douleur.

Les conséquences négatives pouvant se produire durant le processus du jugement clinique infirmier sont l'erreur de jugement pour différentes raisons, telles que le manque de connaissances ou des facteurs liés à la communication (Chapados et al., 2014). Parmi les erreurs de jugement clinique, deux peuvent se produire en contexte d'incertitude pour la



gestion de la douleur en CHSLD. Le premier est le manque de reconnaissance de la douleur qui peut être lié au manque d'information dû à l'incapacité du résident d'exprimer son expérience de douleur. Ainsi, l'évaluation de l'infirmière se réalise par l'observation de comportements qui n'apportent pas toute l'information déterminante pour la prise de décisions. Par exemple, il peut manquer d'information sur le type, l'intensité ou la localisation de la douleur, ce qui représente des obstacles importants pour l'évaluation des infirmières en CHSLD (Burns et McIlfatrick, 2015). La deuxième erreur dans le jugement clinique est l'interprétation des comportements comme étant causés par autre chose que la douleur (Kaasalainen et al., 2007), notamment comme étant des comportements réactifs en lien avec le TNC, tels que de l'agitation ou des injures. Ce type d'erreur peut être lié à une vision en « tunnel » ou à une « projection » du mauvais ensemble de données (Benner et Tanner, 1987). Cette interprétation en ne considérant qu'une seule cause peut affecter la flexibilité du jugement clinique qui est essentielle pour l'évaluation de situations complexes (Tanner, 2006), telles que la douleur en contexte d'incertitude.

Les erreurs dans le jugement clinique pour la gestion de la douleur dans ce contexte peuvent provoquer un retard dans le soulagement de la douleur. La douleur non soulagée provoque des conséquences négatives tant pour la personne âgée en CHSLD que pour l'équipe de soins. En premier lieu, la douleur non soulagée affecte la qualité de vie et le maintien de l'autonomie des personnes âgées (Agit et al., 2018; Fläckman, Wimo, Sköldunger et Engström, 2017). Elle augmente aussi les risques de complications physiques et psychologiques. Les risques de chute, de dépression et d'anxiété sont augmentés (Smalbrugge, Jongenelis, Pot, Beekman et Eefsting, 2007) ainsi que les comportements réactifs liés aux TNC, tels que des comportements socialement inappropriés, la résistance aux soins, en particulier chez les résidents ne pouvant autodéclarer leur douleur (Hyocho, Garvan et Lyon, 2015; Tosato et al., 2012). Deuxièmement, la douleur non soulagée des résidents atteints de TNC a des conséquences négatives pour les membres de l'équipe de soins. À cet effet, Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos et Lix (2008) ont dégagé lors d'une étude sur l'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur qu'il y avait une diminution significative du stress et de l'épuisement professionnel de l'équipe de soins lors de l'amélioration des pratiques infirmières dans la gestion de la douleur. De résultats semblables ont aussi été obtenus par Aasmul, Husebo et Flo (2016). En somme, poser un jugement clinique infirmier juste peut éviter des conséquences négatives tant pour les résidents que pour l'équipe de soins.

Par ailleurs, l'exercice du jugement clinique infirmier en CHSLD est un des rôles essentiels de l'infirmière en CHSLD (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2016). Ce rôle s'inscrit dans le champ d'exercice infirmier, dont la première activité réservée est l'évaluation et le suivi de l'état de santé d'une personne dans une perspective globale adaptée à ses besoins (OIIQ, 2016). Toutefois, auprès des résidents en CHSLD, certains problèmes de santé sont pris en compte de façon insuffisante, dont la gestion de la douleur (OIIQ, 2016). Ainsi, le développement de l'expertise infirmière dans la gestion de la douleur est une des cibles prioritaires en CHSLD pour l'OIIQ (2016). Par ailleurs, les meilleures pratiques ciblées correspondant au rôle de l'infirmière, en collaboration avec d'autres professionnels, sont : le dépistage et l'évaluation systématique de la douleur, l'utilisation d'outils d'évaluation et la détermination d'un plan de traitement de la douleur, ce qu'inclut le dépistage des facteurs contributifs à la douleur ainsi que des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques, en collaboration avec d'autres professionnels (OIIQ, 2016). La stagiaire a constaté que ces meilleures pratiques n'étaient pas appliquées en CHSLD et, comme mentionnés plus haut, des problèmes dans le jugement clinique infirmier peuvent ralentir l'évaluation et le soulagement de la douleur. Ainsi, il était pertinent d'offrir des activités aux infirmières en CHSLD dans le cadre de ce stage de maîtrise en sciences infirmières à partir des interventions considérées comme efficaces pour affiner le jugement clinique.

Le jugement clinique infirmier est le résultat du processus de raisonnement clinique et il peut être amélioré (Lavoie et al., 2017; Tanner, 2006). Plusieurs auteurs, entre autres dans la discipline infirmière, ont développé des interventions ayant mené à des résultats significatifs pour améliorer le jugement clinique infirmier (Dreifuerst, 2012). Par exemple, une méthode de débriefage permettant de réviser la pratique clinique et étant cohérente avec la réflexion guidée (Dreifuerst, 2015) peut être utilisée lors d'une situation simulée de soins complexes. Indépendamment de son niveau de fidélité, ce type de méthode améliorerait significativement le jugement clinique des étudiants en soins infirmiers (Dreifuerst, 2012). Plus particulièrement, en milieu hospitalier, le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) a été utilisé dans des activités de formation continue comme un outil pour réaliser une démarche de réflexion guidée par un accompagnateur auprès d'infirmières ayant déjà une expertise clinique (Goudreau et al., 2015). Les résultats de sa mise en œuvre ont montré qu'il s'agit d'une stratégie pédagogique faisable et acceptable pour accompagner la réflexion sur les situations de soins complexes, réelles ou simulées, afin d'améliorer le jugement clinique infirmier. Ce modèle permet de guider la réflexion en mettant l'accent sur le processus qui mène à un

jugement clinique et il correspond aux quatre aspects du processus de jugement clinique de Tanner (2006) soit le constat, l'interprétation, la réaction et la réflexion. Selon l'auteur du modèle de réflexion guidée pour le jugement clinique, il peut être utilisé dans différents milieux de soins, dont en CHSLD, bien que sa mise à l'essai dans ce milieu n'ait pas été documentée.

### **1.1 But du stage**

Le but du stage était donc de développer et de mettre en œuvre une activité réflexive guidée auprès d'infirmières travaillant en CHSLD afin d'affiner leur jugement clinique dans un contexte d'incertitude, soit pour la gestion de la douleur chez des résidents atteints de TNC ne pouvant l'autodéclarer. Cette activité réflexive intégrait les composantes du modèle de jugement clinique de Tanner (2006) à travers l'utilisation du modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017).

### **1.2 Objectifs de stage**

Les objectifs du stage étaient :

- 1) Développer une activité réflexive guidée basée sur des résultats probants afin de bonifier le processus de raisonnement clinique infirmier pour affiner le jugement clinique dans un contexte d'incertitude en lien avec la gestion de la douleur.
- 2) Mettre en œuvre cette activité auprès d'infirmières œuvrant dans un CHSLD.
- 3) Sensibiliser les infirmières à l'importance d'exercer leur jugement clinique en contexte d'incertitude et à l'importance d'utiliser des outils d'évaluation standardisés afin de guider leur jugement clinique dans ce contexte.
- 4) Apprécier la satisfaction et la perception des infirmières quant à la contribution de cette activité à l'amélioration de leur jugement clinique pour la gestion de la douleur dans un contexte d'incertitude.
- 5) Transférer des connaissances sur la gestion de la douleur et sur les facteurs qui influencent le jugement clinique en contexte d'incertitude à divers auditoires.

### **1.3 Objectifs d'apprentissage**

Les objectifs d'apprentissage pour ce stage étaient :

- a) Développer des connaissances ainsi que des habiletés à guider une démarche réflexive en groupe.
- b) Développer des habiletés d'analyse critique des écrits scientifiques ainsi que dans l'application de leurs résultats à la pratique clinique.
- c) Développer des compétences de collaboration et de leadership lors de la mise en œuvre de l'activité de stage auprès des diverses parties prenantes, telles que les chefs d'unité et les infirmières participantes.

## **Chapitre 2 : Revue des écrits**

Dans ce chapitre, une analyse critique des écrits est présentée dans le domaine du jugement clinique pertinent à la problématique. Sous la forme d'un article, l'état de connaissances est d'abord présenté, afin d'exposer l'influence de l'ambiguïté et de l'incertitude sur le jugement clinique infirmier. Ensuite, une recension des écrits sur les activités de réflexion en groupe qui visent le développement du jugement clinique est présentée. Pour finir, le cadre de référence retenu pour le projet de ce stage est présenté.

## **2.1 Incertitude et jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer : une revue des écrits**

Plusieurs études ont été publiées portant sur le processus de jugement clinique dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer, et cela, dans divers milieux de soins. Ainsi, l'article intitulé « Incertitude et jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer : une revue des écrits » a été rédigé afin d'établir l'état des connaissances sur les liens entre l'incertitude et le processus de jugement clinique infirmier dans la prise de décisions pour la gestion de la douleur. L'article sera soumis au périodique *L'infirmière clinicienne*. Ce périodique publie des articles scientifiques destinés autant à des infirmières qu'à d'autres professionnels de la santé (voir les lignes directrices pour les auteurs à l'annexe A). La stagiaire, avec l'encadrement de sa directrice, a réalisé le repérage et la sélection des écrits, ainsi que leur analyse critique et la synthèse des résultats. L'article est présenté ci-dessous.

### **Article**

#### **Incertitude et jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer : une revue des écrits**

H. Leticia Urrutia, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

### ***Résumé***

Il n'existe aucun test objectif qui puisse mesurer l'expérience subjective de la douleur. L'autodéclaration est reconnue comme « l'étalon d'or » pour son évaluation. Cependant, dans diverses situations cliniques, des patients ne peuvent l'autodéclarer. Cela est fréquent en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où la douleur affecte la plupart

des résidents dont la majorité souffre souvent de troubles neurocognitifs (TNC). Ces troubles peuvent les empêcher d'autodéclarer leur douleur, ce qui peut provoquer de l'incertitude chez l'infirmière et influencer son jugement clinique. Plusieurs études ont été réalisées pour comprendre la prise de décisions infirmières pour la gestion de la douleur auprès des personnes qui ne peuvent l'autodéclarer, et ce, dans différents milieux de soins. Cet article a pour but d'établir l'état des connaissances sur l'incertitude et le jugement clinique infirmier dans la gestion optimale de la douleur chez les personnes ne pouvant l'autodéclarer. Une recension des écrits a été réalisée dans deux bases de données et 17 articles ont été identifiés. Les résultats mettent en évidence que dans la gestion de la douleur en contexte d'incertitude, l'ambiguïté dans la situation amène certains problèmes de jugement clinique infirmier. Le manque de reconnaissance de la douleur et l'interprétation des comportements qui lui sont liés comme étant d'autre chose que de la douleur contribuent à ces problèmes. Cela peut retarder l'évaluation et le soulagement de la douleur chez les patients ne pouvant l'autodéclarer, dont chez les personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. Des recommandations sont faites pour améliorer le jugement clinique dans ces situations.

Mots clés : Personne âgée, processus décisionnel, certitude, ambiguïté, douleur, non-verbal.

### *Introduction*

Quotidiennement, dans tous les milieux de soins, il se trouve des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur. Cela est particulièrement vrai en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où la prévalence de la douleur est de 80 % (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013) et où 80 % de résidents dans ces centres au Québec sont atteints de troubles neurocognitifs (TNC) (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014). Étant donné l'ampleur de ces phénomènes, l'évaluation de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de TNC est primordiale (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016).

En absence de capacités d'autodéclaration, l'information sur la présence de douleur s'obtient par l'observation de comportements, comme des grimaces (Monroe et al., 2015) ou des comportements réactifs liés aux TNC, tels que des comportements agressifs, qui peuvent être l'expression de besoins non satisfaits (Société Alzheimer de l'Ontario, 2017). Cependant, ces comportements peuvent signifier autant la présence de TNC, que de la douleur ou de la détresse (De Witt Jansen et al., 2018). Selon McMahon et Dluhy (2017), la présence de

multiples interprétations possibles, le manque d'information, ainsi que la possibilité de provoquer de l'incertitude ou la crainte de commettre des erreurs sont caractéristiques d'ambiguïté. L'évaluation de la douleur auprès des personnes ne pouvant l'autodéclarer fait donc partie de ces situations générant de l'ambiguïté.

D'ailleurs, l'ambiguïté peut avoir un impact sur le jugement clinique dans la gestion de la douleur. En effet, selon Tanner (2006), dans les situations complexes qui sont « par définition incertaines et ambiguës » (traduction libre, p. 205), le jugement clinique infirmier doit rester flexible et ouvert à plusieurs interprétations des indices saillants. Dans un modèle qu'elle propose, Tanner (2006) définit ce jugement clinique infirmier comme étant une « interprétation ou une conclusion sur les besoins, les préoccupations, les problèmes de santé et/ou la décision d'intervenir en utilisant ou en modifiant des approches standards selon la réponse du patient » (traduction libre, p. 204). Par ailleurs, Chapados et al. (2014) ont identifié de possibles problèmes dans ce processus de jugement clinique, par exemple, le manque d'intégration clinique de connaissances ; une confiance excessive, ou au contraire, de l'incertitude ; ou la difficulté à obtenir des informations déterminantes afin d'émettre des hypothèses. Selon ces mêmes auteurs, le processus de jugement clinique devrait être à la base de toutes les décisions et interventions de l'infirmière, dont la gestion de la douleur.

De nombreuses études, réalisées dans divers milieux auprès de divers types de clientèles ne pouvant autodéclarer leur douleur, ont été publiées sur la façon dont les infirmières prennent des décisions afin d'identifier, évaluer et soulager la douleur. Ces connaissances pourraient aider à mieux comprendre le phénomène auprès de personnes âgées atteintes de TNC ne pouvant l'autodéclarer. En conséquence, le but de cet article est d'établir l'état des connaissances sur les liens possibles entre l'incertitude infirmière et le jugement clinique dans la gestion de la douleur d'adultes ne pouvant l'autodéclarer.

### *Méthode*

Afin de répondre à ce but, une revue narrative des écrits a été réalisée (Paré, Trudel, Jaana et Kitsiou, 2015). Cette méthode consiste à établir ce qui a déjà été publié à propos d'un domaine spécifique, à effectuer une analyse critique des écrits et à présenter une synthèse narrative des conclusions significatives obtenues. Bien que n'étant pas une méthode généralement systématique, la revue a été effectuée de façon rigoureuse et visant à démontrer une transparence dans son exécution.



Pour être inclus dans la revue narrative, les écrits devaient répondre aux critères suivants : porter sur la prise de décisions pour la gestion de la douleur (concept), viser des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur (p. ex., les patients en soins critiques ventilés, recevant des soins de fin de vie ou atteints de TNC) (population), peu importe la nature du milieu de soins (contexte). Les écrits portant sur la population infantile, sur l'incertitude vécue par les personnes et les proches, sur la sédation, la sédation palliative et l'euthanasie ont été exclus.

Une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données CINAHL et PsycINFO par combinaison de mots clés et par descripteurs. Les concepts clés utilisés pour réaliser cette recherche documentaire ont été : l'incertitude, le jugement clinique infirmier et la douleur auprès des adultes ne pouvant l'autodéclarer. En plus de ces bases de données, la liste de références des écrits retenus a été examinée. Les écrits en anglais, français ou espagnol ont été retenus. Aucune limite de temps n'a été appliquée afin d'inclure un plus grand nombre d'écrits. Cette stratégie de recherche a permis de recenser 380 articles,

La sélection initiale des écrits à partir des critères d'inclusion a été effectuée par une personne à partir de la lecture du titre et du résumé, puis les écrits retenus lors de cette sélection initiale ont été lus au complet. Afin d'évaluer la rigueur scientifique et la pertinence de ces écrits, la grille d'analyse « Pertinence, Rigueur, Transfert » (PRT) (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2008) a été utilisée. Cette grille a été développée par le corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et inclut des critères de rigueur conceptuelle et méthodologique (devis de recherche, échantillonnage, définition des variables et méthode de collecte des données, analyse des données), ainsi que sur les considérations éthiques, la qualité générale des études et du transfert de résultats à la pratique clinique.

## *Résultats*

### **Caractéristiques des écrits**

Dix-sept écrits ont été retenus et incluent dix études qualitatives, trois études quantitatives, deux études mixtes ainsi que deux revues des écrits. Les écrits retenus ont été publiés, entre 2004 et 2019. Dans tous ces écrits, la population à l'étude incluait des infirmières qui œuvraient auprès d'adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur. Six écrits visaient des CHSLD ou des

établissements similaires ; sept études se déroulaient en milieu hospitalier, dont trois dans des unités de soins intensifs, deux en chirurgie, un à l'urgence et un dans des unités variées ; et finalement, quatre écrits avaient pour contexte des milieux mixtes, tels que des soins dans la communauté, dans des unités de soins palliatifs ou de déficience intellectuelle. Des 17 écrits sélectionnés, neuf études ont été réalisées en Europe, trois au Canada, deux aux États-Unis ; deux en Australie, et une en Jordanie. Ces écrits ont été regroupés en trois thèmes portant sur : l'ambiguïté des comportements liés à la douleur, l'incertitude de l'infirmière quant à la présence de douleur et l'évaluation de la douleur dans la prise de décision en contexte d'incertitude.

### **L'ambiguïté des comportements liés à la douleur**

Les études auprès des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur dans différents milieux de soins indiquent que l'interprétation de comportements présente des caractéristiques d'ambiguïté. En effet, dans deux unités de soins intensifs canadiennes, Haslam, Dale, Knechtel et Rose (2012) ont réalisé une étude mixte rétrospective portant sur la documentation dans les dossiers de la présence de douleur. Les comportements plus fréquemment liés à la douleur étaient l'agitation et les grimaces. Ils étaient interprétés comme étant causés par la douleur, par un manque de sédation, lié à un état confusionnel aigu ou encore à une instabilité hémodynamique. Cette ambiguïté dans l'interprétation des comportements provoquait de l'incertitude dans l'évaluation de la douleur qui se reflétait dans les notes infirmières. Toutefois, l'inclusion d'un seul type d'unité limite la généralisation de ces résultats.

En CHSLD aussi l'ambiguïté de comportements influence l'évaluation infirmière. L'étude quantitative exploratoire de Burns et McIlpatrick (2015) portant sur les connaissances et les attitudes des infirmières (n= 32) sur l'évaluation de la douleur chez les résidents atteints de TNC, a montré que malgré des connaissances satisfaisantes sur la gestion de la douleur, les infirmières ont eu de la difficulté pour l'identifier. Soixante-huit pour cent de ces infirmières ont indiqué qu'une des barrières à l'évaluation de la douleur était la difficulté à obtenir des données autodéclarées précises de la part du résident, par exemple, le type ou l'intensité de la douleur. Cette étude présente toutefois des limites puisqu'un questionnaire autorapporté a été utilisé et que l'échantillon de petite taille limite la validité des résultats.

Dans une autre étude quantitative transversale dans le contexte des CHSLD, Bauer et al. (2016) ont comparé le traitement pharmacologique des résidents selon leur état cognitif et

la prévalence de la douleur les permettant de dégager les conséquences de l'ambiguïté des comportements liés à la douleur. Les résidents atteints de TNC ne pouvant autodéclarer leur douleur ont présenté un risque beaucoup plus élevé de que la douleur ne soit pas détecté et ont reçu plus de prescriptions d'antipsychotiques et moins de prescriptions d'analgésique par rapport aux résidents sans TNC. Toutefois, selon l'état cognitif, différentes méthodes d'évaluation de la douleur ont été utilisées ce qui pourrait limiter la validité de résultats. Cependant, d'autres auteurs ont obtenu des résultats semblables (Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen et Aarsland, 2011).

Par ailleurs, Kerr (2006) ont présenté des constats semblables à la suite d'une étude qualitative en milieu communautaire et institutionnel au Royaume-Uni, sur les problèmes spécifiques qui entravaient la gestion de la douleur auprès de patients atteints de déficience intellectuelle et de TNC ne pouvant autodéclarer leur douleur. Malgré la petite taille de l'échantillon d'infirmières (n=6), cette étude a illustré l'influence du contexte dans l'interprétation de comportements. Étant donné la forte prévalence de comportements réactifs (p. ex., agitation physique, agressivité verbale) dans ces unités, la douleur a été peu ou pas évaluée et les comportements étaient interprétés, la plupart du temps, comme étant « difficiles ». Ils étaient donc traités avec des antipsychotiques ou des sédatifs. Par ailleurs, aussi à propos de cette clientèle, Dillane et Doody (2019) ont réalisé une revue intégrative portant sur l'avancement de la pratique infirmière dans la gestion de la douleur. Cette revue a indiqué que les TNC peuvent causer une détérioration dans les capacités de communication verbale d'adultes atteints de déficience intellectuelle et, en conséquence, les comportements liés à la douleur deviennent des manifestations atypiques que les intervenants ne reconnaissent plus. Malgré la rigueur méthodologique de cette revue, elle n'incluait que sept études toutes réalisées au Royaume-Uni, ce qui démontre le manque de connaissances sur ce sujet.

En somme, l'identification de la douleur chez des personnes ne pouvant l'autodéclarer se réalise à travers l'observation de comportements ambigus pouvant générer de multiples interprétations qui peuvent provoquer de l'incertitude chez l'infirmière. Souvent, des comportements réactifs sont interprétés comme étant liés à autre chose que de la douleur. La capacité d'autodéclaration de la douleur des patients avait une influence significative sur le processus décisionnel des infirmières, donc sur leur jugement clinique, tant dans l'identification que dans l'évaluation et le traitement de la douleur.

## **L'incertitude de l'infirmière quant à la présence de douleur**

Les écrits analysés reflètent que l'infirmière prend des décisions sur la gestion de la douleur dans un contexte d'incertitude et que celle-ci influence ses décisions. Ce sentiment d'incertitude peut se manifester par la crainte de commettre une erreur (Kaasalainen et al., 2007) ou par des interventions en cycle d'essai-erreur. Gilmore-Bykovskiy et Bowers (2013) ont réalisé une analyse dimensionnelle ancrée et interviewé individuellement douze infirmières et trois infirmières auxiliaires de quatre CHSLD afin de concevoir un modèle sur la manière dont les infirmières prennent des décisions d'évaluation et de traitement de la douleur auprès des résidents atteints de TNC. Ce modèle illustre deux trajectoires décisionnelles selon le niveau d'incertitude de l'infirmière quant à la présence de douleur. Dans la première trajectoire, les infirmières décident d'approfondir leur évaluation et de traiter la douleur. Dans la deuxième trajectoire, les infirmières se sentent hautement incertaines de la présence de douleur, et ce, principalement chez les personnes atteintes de TNC ne pouvant l'autodéclarer. La perception d'une basse probabilité de la présence de douleur et l'incapacité de ces infirmières à interpréter avec précision la présence de douleur les mènent à déclencher un cycle d'essai-erreur de différentes combinaisons d'interventions. Par exemple, amener le résident à la toilette ou, dans l'incertitude sur la présence de douleur, lui administrer des analgésiques comme de l'acétaminophène en faibles doses pour vérifier si cela influencerait le comportement. Ces essais sont répétés jusqu'à que le résident retrouve son comportement habituel. Dans cette trajectoire, l'infirmière interprète le changement de comportement chez les résidents atteints de TNC comme étant lié à autre chose que la douleur. Cette étude a présenté une conceptualisation de la douleur en fonction de l'incertitude infirmière afin d'expliquer la sous-évaluation de la douleur en CHSLD. Par ailleurs, la première trajectoire de ce modèle de réponse infirmière à la douleur en contexte d'incertitude a été corroborée dans l'étude corrélative de Rababa (2018) dans quatre CHSLD jordaniens. Une corrélation significative positive a été identifiée entre l'augmentation de l'incertitude et l'approfondissement de l'évaluation de la douleur. Le niveau d'incertitude de l'infirmière était lié à la suspicion sur la possibilité que les indices observés soient liés à la présence de douleur. La validité des résultats dans cette étude est toutefois affectée par l'inclusion de patients avec des pathologies pouvant influencer l'autodéclaration de la douleur autre que des TNC. De plus, il est possible qu'il y ait des différences culturelles dans la façon de concevoir l'incertitude entre le contexte jordanien et le contexte occidental.

Par ailleurs, l'approfondissement de l'évaluation infirmière lorsque la présence de douleur est incertaine a été abordé dans deux autres études qualitatives auprès de patients atteints de TNC. Dans la première, Monroe et al. (2015) ont exploré les indices de la douleur que les infirmières et infirmières auxiliaires (n=29) œuvrant dans deux CHSLD utilisaient pour identifier la douleur. Durant les rencontres de groupe de discussion, les participantes ont indiqué que l'incertitude sur la présence de douleur à cause de l'incapacité à l'autodéclarer représentait un défi. En ayant comme objectif le maintien du confort et du bien-être du résident, elles initiaient un processus d'évaluation approfondie en incluant la communication avec la famille et l'équipe de soins ainsi que d'avoir une bonne connaissance du résident. Dans la deuxième étude qualitative, De Witt Jansen et al. (2018) ont exploré l'utilisation d'outils d'observation de la douleur par des médecins (n=23) et des infirmières (n= 24) œuvrant dans divers milieux de soins palliatifs auprès de patients atteints de TNC en fin de vie. Durant des entrevues individuelles, les participants ont déclaré vivre de l'incertitude dans leur interprétation des comportements observés, ce qui les amenait à réaliser une évaluation approfondie qui incluait la révision du dossier, des entrevues avec la famille et un examen physique. La majorité de participants a indiqué utiliser leur expérience clinique sans avoir recours à des outils d'évaluation formels qui leur semblaient superficiels en comparaison à leur évaluation clinique. En somme, les écrits soulignent que lorsque la présence de la douleur est attendue ou suspectée, tel que lors des soins de fin de vie, et que les comportements restent ambigus, les cliniciens tendent à approfondir leur évaluation de la douleur afin de clarifier leur interprétation.

Or, dans la deuxième trajectoire décrite dans le modèle de Gilmore-Bykovskyi et Bowers (2013), les infirmières ont amorcé un cycle d'essai-erreur d'interventions qui n'a pas, ou peu, inclut l'évaluation de la douleur. Des résultats semblables à la situation décrite dans cette deuxième trajectoire ont été observés par Kaasalainen et al. (2007) dans une étude s'inspirant d'une théorisation ancrée réalisée dans quatre CHSLD canadiens et portant sur le processus de prise de décisions dans la gestion de la douleur, auprès de médecins (n=9), infirmières (n=24) et infirmières auxiliaires (n=33). Les participants ont interprété les comportements tels que l'agitation et les comportements vocaux négatifs, comme étant autre chose que de la douleur. Un médecin participant à l'étude a exprimé que « si c'était de la douleur, malheureusement, c'est la dernière chose que nous examinons avec les résidents atteints de TNC » (traduction libre, p. 570). En plus, les participants ont indiqué ne pas traiter la douleur avec des médicaments plus puissants que de l'acétaminophène, car ils n'avaient pas la certitude qu'il s'agissait de la douleur. Il n'y avait que lorsque la personne atteinte de

TNC se trouvait en fin de vie que le changement de comportement était interprété comme lié à la douleur.

Par ailleurs, un manque d'évaluation de la douleur a été identifié dans deux unités de chirurgie par Manias, Bucknall et Botti (2004) à l'aide d'une étude mixte observationnelle qui portait sur l'évaluation de la douleur à la suite d'une chirurgie. L'observation des interactions de 52 infirmières avec 312 patients lors de 316 activités liées à la gestion de la douleur a permis de constater qu'il n'avait pas eu d'évaluation infirmière de la douleur auprès de patients ne pouvant l'autodéclarer. Étant donné la difficulté des infirmières à interpréter les signes de douleur, elles administraient le traitement analgésique habituel sans aucune évaluation. Toutefois, les résultats de cette étude, bien que rigoureux, doivent être interprétés avec précaution étant donné qu'elle ne comportait qu'une faible proportion de personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur puisqu'atteints de TNC ou d'un état confusionnel aigu (n=12). En somme, ces études qui s'inscrivent dans la deuxième trajectoire du modèle de réponse infirmière à la douleur en contexte d'incertitude de (Gilmore-Bykovskyi et Bowers, 2013) semblent donner raison à certains médecins qui ont décrit les TNC comme « des diagnostics particuliers qui éclipsent souvent les autres considérations et conditions de santé, dont la douleur » (traduction libre, p. 54) (Kerr et al., 2006).

### **L'évaluation de la douleur dans la prise de décision en contexte d'incertitude**

Parmi les écrits analysés, certains indiquent la façon avec laquelle les infirmières évaluent la douleur auprès de patients ne pouvant l'autodéclarer. En effet, une étude de cas multisites en milieu hospitalier a été réalisée par Lichtner et al. (2016) sur les facteurs qui affectent la reconnaissance de la douleur chez les patients âgés de 65 ans et plus atteints de TNC. De l'observation non-participante des activités liées à la douleur a été menée auprès de 31 patients, de l'observation du contexte de 11 unités de soins, en plus d'entrevues semi-structurées auprès de médecins (n=8), d'infirmières (n=31), d'autres professionnels (n=6), de préposés (n=7) et de proches aidants (n=4), ainsi que des audits de dossiers des patients. Les résultats ont permis de mieux comprendre l'influence du contexte de l'unité sur le processus de prise de décisions pour la gestion de la douleur qu'utilisaient, entre autres, les infirmières. Ce processus de jugement clinique était généralement intuitif, c'est-à-dire que l'expérience des infirmières leur permettait d'avoir un « sentiment intérieur » (traduction libre, p. 3) (Lichtner et al., 2016) sur la présence de douleur chez un patient. Un des facteurs qui affectaient la

reconnaissance de la douleur était l'absence de consolidation de l'information rapportée par les membres de l'équipe, ce qui empêchait les professionnels de la santé, dont les infirmières, de se construire un *pattern* des réponses individuelles du patient au fil du temps. Un autre facteur était le type d'unité qui était associé par les professionnels à un type et à une intensité de douleur attendue, ce qui influençait leurs routines d'évaluation et traitement de la douleur. Dans ces routines, il n'y avait rien de prévu pour évaluer les patients ne pouvant autodéclarer leur douleur, et ce, peu importe le type d'unité. Selon les auteurs, ces facteurs pourraient servir de base pour la conception d'outils d'aide à la décision dans la gestion de la douleur et permettre l'adaptation de routines afin de faciliter la construction d'une « image de la douleur » correspondant au *pattern* spécifique de réponse du patient à la douleur.

Ce concept de construction d'une « image de la douleur » du patient est repris dans une étude de Dowding et al. (2016). Ils ont utilisé les mêmes données que dans l'étude de Lichtner et al. (2016) afin de concevoir un modèle de prise de décisions dans la gestion de la douleur auprès de patients atteints de TNC ne pouvant l'autodéclarer en milieu hospitalier. Le modèle découlant de cette étude décrit que l'« image du patient » est construite en équipe et au fil de temps. Elle permet, entre autres, aux infirmières de reconnaître dans le *pattern* de réponse du patient les signes de douleur (comportements, score des outils d'observation) et de décider des interventions à prendre. Dans ce modèle, le processus de construction de « l'image de la douleur » était influencé par les facteurs individuels de l'infirmière (attentes, expérience, croyances), la culture (procédures organisationnelles) et la routine de l'unité (manière et moments d'évaluation et traitement de la douleur). Les problèmes de reconnaissance de la douleur étaient liés à des biais individuels inévitables dans un processus intuitif pour interpréter des signes de douleur. Le transfert de ces résultats à la pratique hospitalière pourrait être pertinent étant donné le large spectre de spécialités en milieux hospitaliers qui a été inclus et la qualité de l'étude.

Par ailleurs, la revue des écrits de Prkachin, Solomon et Ross (2007) portant sur le processus d'interprétation de la douleur d'autrui par celui qui l'évalue permet de mieux comprendre les biais dans les processus de jugement clinique intuitif. Par exemple, le biais de sous-estimation de la douleur est influencé par la nature de la douleur et l'expérience clinique de l'infirmière. Un moindre impact émotionnel dans celui qui juge la douleur a, dans certaines études, pu expliquer cette sous-estimation, en plus d'être une stratégie de coping probable face à la souffrance d'autrui. Tous les types de douleurs sont sous-estimés. Les douleurs

musculosquelettiques sont celles le plus souvent sous-estimées. De plus, les infirmières qui ont plus d'expérience clinique avec la douleur sous-estiment la douleur plus souvent que celles avec moins d'expérience.

Par ailleurs, l'étude qualitative de Wøien et Bjørk (2013) portait sur les expériences de 14 infirmières des soins intensifs après la mise en œuvre d'outils, dont un protocole de gestion de la sédation et de la douleur pour les patients ne pouvant l'autodéclarer, ainsi que de l'influence de ce protocole sur leur jugement clinique infirmier. Les auteurs mentionnent que les infirmières utilisaient un processus de jugement clinique intuitif qui permettait une réponse rapide dans des situations données. Par exemple, l'infirmière pouvait décider d'administrer un analgésique ou un sédatif en se basant dans une combinaison complexe d'interprétation des indices saillants selon des expériences antérieures. Lors d'entrevues de groupe et individuelles, les infirmières ont indiqué percevoir que ces outils facilitaient leur évaluation et contribuaient à leur prise de décision en élargissant les possibilités d'interprétation de symptômes, dont la douleur.

Dans une autre étude de cas qualitative dans le contexte des soins intensifs, O'Connor (2012) a observé 30 dyades d'infirmière/patient afin de connaître la façon avec laquelle les infirmières émettaient des jugements sur la base de données « incertaines, faillibles et interchangeable » dans la gestion de la douleur en postopératoire immédiat d'un patient ventilé. Même en absence de signes de douleur, les infirmières cherchaient activement des indices afin d'amorcer un cycle d'essai-erreur avec des analgésiques. L'évaluation continue leur permettait de connaître les *patterns* de réponse des patients. Les auteurs proposent que les infirmières augmentent leurs connaissances expérientielles, afin qu'elles puissent comparer les *patterns* observés avec d'autres patients dans des situations semblables, en évitant ainsi le cycle d'essai-erreur pour ne pas ralentir la prise en charge de la douleur de patients instables.

Finalement, dans une autre étude qualitative, Fry, MacGregor, Hyland, Payne et Chenoweth (2015) ont exploré la confiance et la capacité d'agir de 80 infirmières dans quatre services d'urgence dans la gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de TNC qui présentaient une fracture d'un os long. Les infirmières interviewées qui possédaient plus d'expérience dans l'unité ont indiqué avoir plus de confiance dans leurs décisions d'intervention que les infirmières avec moins d'expérience. Celles-ci ont trouvé plus difficile « d'évaluer avec



certitude » la douleur auprès de ces patients et consultaient le médecin pour confirmer que les stratégies choisies étaient appropriées. Les auteurs soulignent que la réflexivité en contexte d'incertitude a été liée à la prudence lors de l'administration des opioïdes aux personnes âgées en plus d'être le moyen d'améliorer les connaissances expérientielles des infirmières sur la gestion de la douleur auprès de patients atteints de TNC et ne pouvant l'autodéclarer.

En résumé, le processus de jugement clinique intuitif était celui le plus souvent utilisé par les infirmières. Celles-ci étaient influencées dans ce jugement par des biais liés à la sous-estimation de la douleur ainsi que par les routines de l'unité. Ces routines pouvaient limiter la transmission d'information permettant de connaître le *pattern* de réponse individuelle de la personne qui souffre limitant ainsi la capacité de reconnaître les manifestations de la douleur et par conséquent, de la soulager.

### *Discussion*

Cette revue des écrits auprès de plusieurs clientèles ne pouvant autodéclarer leur douleur a permis de dégager des problèmes rencontrés par les infirmières qui pourraient s'appliquer aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. Ainsi, cette revue a établi un lien entre l'ambiguïté des comportements, l'incertitude infirmière quant à la présence de douleur et les possibles erreurs dans le jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de cette clientèle.

Une de ces erreurs dans le jugement clinique infirmier menant à un manque de reconnaissance de la douleur découle d'un manque d'information, de données provenant directement du patient, par exemple, lorsque la personne ne peut pas rapporter à l'infirmière les caractéristiques de sa douleur (Chapados et al., 2014). En effet, les difficultés rencontrées par les infirmières sont souvent liées à l'ambiguïté des comportements qui rend difficile l'obtention des informations déterminantes pour identifier la douleur des patients. Cela peut provoquer une erreur dans leur jugement clinique dans un contexte d'incertitude. Cependant, des outils d'observation de la douleur sont reconnus comme faisant partie des stratégies d'évaluation pour contrer ce problème (Hadjistavropoulos et al., 2014).

Une autre erreur possible dans le jugement clinique infirmier est celle de vision en « tunnel » ou de « projection » du mauvais ensemble de données (Benner et Tanner, 1987). Dans ces situations, Tanner (2006) indique que la flexibilité essentielle au jugement clinique

peut être limitée par l'incertitude de l'infirmière qui s'accroche à une seule interprétation de l'information disponible. Notre revue des écrits indique que lorsque l'infirmière a interprété un comportement réactif, tel que l'agitation ou un comportement agressif, comme étant un comportement lié au TNC comme seule raison sous-jacente au comportement, une erreur de jugement par vision en « tunnel » peut se produire et l'amener à ne pas considérer la douleur.

Cette revue des écrits présente des limites. Plusieurs des études analysées présentent des échantillons peu variés ou peu décrits, par exemple dont les infirmières représentaient seulement une partie de l'échantillon ou dont l'information sur le nombre de patients ne pouvant autodéclarer leur douleur était manquante. En plus, cette revue des écrits a utilisé seulement deux bases de données, ce qui limite l'étendue et la profondeur de ses résultats.

### *Recommandations*

À la lumière de cette revue des écrits, il est possible d'émettre quelques recommandations. Peu importe les unités de soins, des stratégies de gestion de la douleur avec l'utilisation systématique d'outils d'aide à la décision, selon les différents types de clientèle ne pouvant l'autodéclarer, devraient être mises en place pour guider le jugement clinique infirmier dans un contexte d'incertitude. D'une autre part, selon Monroe et al. (2015), les infirmières souhaitent pouvoir assurer le confort de leurs patients et améliorer leur qualité de vie, ce qui offre une motivation essentielle pour améliorer leur prise de conscience sur les problèmes dans la gestion de la douleur et se mobiliser pour offrir de meilleurs soins à leurs patients.

### *Conclusion*

Dans un contexte d'incertitude sur la présence de douleur, les infirmières présentent des difficultés pour interpréter les comportements ambigus que lui sont liés et des erreurs dans le processus de jugement clinique peuvent ralentir la décision de la soulager, devenant ainsi un facteur critique dans sa gestion efficace. Après des personnes âgées avec des atteintes cognitives qui les empêchent d'autodéclarer leur douleur, l'ampleur de ces deux phénomènes, l'augmentation de la population de personnes âgées et des TNC, fait que la reconnaissance et l'évaluation infirmière de la douleur en contexte d'incertitude soient primordiales.

## Références<sup>1</sup>

### 2.2 Stratégies pédagogiques pour favoriser le développement du jugement clinique

Il existe diverses stratégies pédagogiques mises en œuvre en lien avec le développement du jugement clinique auprès des infirmières ayant déjà de l'expérience clinique, tels que des études de cas avec l'élaboration de cartes conceptuelles (Cappelletti, Engel et Prentice, 2014), l'utilisation d'heuristiques comme stratégie d'aide à la décision en situations complexes (Davies et al., 2018), l'utilisation de vignettes cliniques combinée avec l'utilisation d'audiovisuel (Keen, Embree, Lancaster et Bartlett Ellis, 2017) et l'utilisation d'un journal réflexif accompagné de l'utilisation de vignettes cliniques et la présentation des notions théoriques (Dubé et Ducharme, 2014). La revue intégrative de Brown et Mc Curry (2019) a exploré les écrits sur les stratégies pédagogiques utilisées pour promouvoir le raisonnement clinique chez les étudiants en sciences infirmières afin d'en déterminer l'efficacité. Cette recension de 37 articles, dont la plupart étaient quantitatifs, a présenté diverses stratégies pour le développement du jugement clinique, soit les stratégies d'apprentissage actives (telles que les études de cas, la réflexion, la tenue d'un journal et l'apprentissage collaboratif); les stratégies d'enseignement (telles que la pensée à voix haute ou les études de cas avec simulation); et les stratégies expérientielles ou cliniques. Selon l'analyse de ces auteurs, les stratégies les plus efficaces pour améliorer le jugement clinique intégraient trois composantes : 1) une structure à partir d'un modèle de jugement clinique ; 2) des activités d'apprentissage actives ; et 3) des activités de réflexion. Des écrits pertinents au but de ce stage sur ces trois composantes d'une stratégie efficace sont présentés ci-dessous.

Concernant la première composante, un des modèles de jugement clinique qui peut structurer des stratégies de réflexion pour le développement du jugement clinique, est celui qui a été choisi comme un élément du cadre de référence de ce stage (décrit plus loin), soit le modèle de jugement clinique de Tanner (2006). Les quatre aspects de ce modèle structurent divers outils de réflexion, tels que la Grille du jugement clinique de Lasater et Nielsen (2009) (*The Lasater clinical judgment rubric*), et le guide de réflexion de Nielsen, Stragnell et Jester (2007). Ce dernier a servi de base, entre autres, pour le modèle de réflexion pour le jugement

---

<sup>1</sup> Les références de cet article ont été incluses dans la liste globale du document

clinique de Lavoie, Pepin et Boyer (2013) qui consiste en un autre élément de notre cadre de référence.

Concernant la deuxième composante d'une stratégie efficace pour favoriser le jugement clinique, soit les activités d'apprentissage actives, l'écrit de Knowles (2015) dans sa théorie sur l'apprentissage des adultes indique l'importance de placer l'apprenant dans un rôle actif. Cela implique sa participation dans le processus d'apprentissage et dans l'évaluation de sa progression. Ainsi, afin de permettre un rôle actif, Knowles (2015) recommande des stratégies que le formateur qui s'adresse à des adultes pourrait mettre en place. Elles sont : d'indiquer explicitement les objectifs d'apprentissage, d'offrir diverses opportunités de se pratiquer et d'évaluer la performance directement en lien avec les objectifs (Knowles, 2015).

Concernant le troisième composant d'une stratégie efficace, la réflexion, l'écrit de Rolfe, Jasper et Freshwater (2011) l'a définie comme « un processus de la pensée, des sentiments, de l'imagination et de l'apprentissage » (traduction libre, p.12) qui considère les expériences passées et qui anticipe les situations présentes et futures, si des changements avaient été réalisés. Deux écrits sur la réflexion étaient pertinents pour ce stage. D'abord, l'apport de l'incertitude dans la réflexion est expliqué dans l'écrit classique de Dewey (1910) « dans chaque opération de réflexion » (traduction libre, p. 9) sont impliqués deux sous-processus : a) un état d'hésitation ou de doute et ; b) une action d'enquête ou de recherche d'autres faits pouvant corroborer ou réfuter les explications possibles afin de comprendre la situation. Dewey (1910) décrit que c'est l'incertitude dans une situation ambiguë qui déclenche l'action de recherche de preuves afin de valider les conclusions et résoudre l'ambiguïté. Les suggestions de réponse sont basées sur les expériences antérieures et les connaissances. Des définitions et des classifications de concepts sont des outils pour faciliter le développement d'un nouveau *pattern* de réponse qui pourrait s'appliquer à des faits concrets dans la pratique (Dewey, 1910).

Un autre écrit concernant le troisième composant, la réflexion, porte sur la réflexion dans la pratique décrite par Schön (2005) et sur les concepts de réflexion *dans* l'action et *sur* l'action. Premièrement, le concept de réflexion *dans* l'action se produit pendant la pratique, par exemple pendant l'interaction avec un patient. Dans sa pratique, le professionnel fonctionne avec un « répertoire » de *patterns* de réponses qu'il a appris et qu'il applique quotidiennement. Lorsque la pratique est stable, les réponses deviennent automatiques, intuitives et tacites. Ainsi, il pourrait apparaître un risque d'appliquer les mêmes *patterns* dans des situations qui

semblent quotidiennes et dont les différences n'ont pas été remarquées. Cette erreur ne sera pas corrigée si les mêmes *patterns* de réponses sont appliqués automatiquement. Toujours selon cet auteur, la réflexion peut corriger cette situation de « surapprentissage », car un nouveau sens pourrait être donné à des situations d'incertitude ou inhabituelles. Cependant, ce type de réflexion ne peut pas être pratiqué en tout temps, car il demande du temps et dans la pratique quotidienne pourrait ralentir le délai de réponse. Lorsqu'il s'agit d'une situation qui sort du quotidien ou qui est incertaine, il est nécessaire d'élaborer un nouveau *pattern* de réponse. À travers la réflexion *dans* l'action, une nouvelle compréhension pourrait se dégager, cette nouvelle réponse devra être essayée afin de la corroborer comme une réponse adéquate à la situation, en évitant ainsi l'erreur de « surapprentissage ». C'est au moment « d'essayer » qu'un nouveau risque d'erreur apparaît, celui du manque de rigueur. Car la rigueur essentielle à la pratique professionnelle pourrait être compromise si la réflexion n'est pas profonde et rigoureuse et que la réponse à essayer ne respecte pas les standards reconnus pour cette pratique professionnelle. Toujours selon Schön (2005), c'est à travers la réflexion profonde et rigoureuse que se produit l'acquisition de nouveaux apprentissages *dans* l'action, car lorsqu'un nouveau *pattern* de réponse est créé pour une situation unique, il s'ajoute à notre « répertoire » des réponses, ainsi lorsqu'une situation semblable apparaîtra à nouveau, il y aura déjà un *pattern* pour y répondre. Lorsque la réflexion se produit *sur* l'action, la réflexion peut rendre explicite un *pattern* de réponse qui est sous-jacente à un jugement et apporter ainsi une appréciation de ce qui s'est produit lors de l'interaction avec le patient. Cette réflexion se produit après que la situation ait eu lieu et peut inclure un retour sur les émotions qui lui sont liées. Selon Schön (2005), l'examen de ces émotions peut permettre de reconnaître une situation qui se présente d'une façon particulière et déclencher le processus de réflexion.

Par ailleurs, un processus de réflexion a été décrit dans une étude qualitative sur la réflexion dans la pratique des infirmières ayant déjà de l'expérience clinique. Asselin, Schwartz-Barcott et Osterman (2013) ont décrit les perceptions de 12 infirmières expérimentées travaillant en milieu hospitalier, sur leur réflexion et sur comment elles l'utilisaient dans leur pratique clinique. Des entrevues individuelles approfondies ont été réalisées. Les infirmières, dont la plupart (n=9) avaient plus de 20 ans d'expérience, ont rapporté 21 situations cliniques durant lesquelles elles avaient repensé à la situation, immédiatement après ou plus tard, individuellement ou en groupe. Les situations que les infirmières ont présentées avaient en commun la nécessité d'une intervention immédiate de leur part. Dans leur analyse, les auteurs décrivent le processus de réflexion en quatre phases

qui mènent à l'intention de changer la pratique : 1) cadrage de la situation selon le rôle et le lien émotionnel de l'infirmière avec la situation ; 2) un temps de pause, d'une longueur variable, dont un élément déclencheur (par exemple, une formation ou un changement dans les routines) pour amorcer la réflexion ; 3) période de réflexion itérative sur la situation et l'apparition des nouvelles idées. Ces nouvelles idées portaient sur des aspects liés au rôle de l'infirmière, soit une réaffirmation de son rôle, une valorisation des aspects positifs qui n'avaient pas été considérés auparavant et la reconnaissance de l'impact négatif du manque de connaissances. 4) l'émergence des intentions pour changer la pratique. Ces intentions étaient : a) des nouvelles idées sur le rôle de l'infirmière, par exemple dans l'accompagnement des patients ; b) de la prise de conscience de préjugés ; c) de la prise de conscience du manque de connaissances ; et d) de l'intention de partager leur nouvelle vision avec d'autres collègues. Ces quatre étapes étaient itératives, par exemple une nouvelle intention (phase 4) pouvait être reconsidérée et réfléchi à nouveau (phase 3). Dans leur discussion, les auteurs soulignent que les réactions émotionnelles, nécessaires pour déclencher la réflexion, pouvaient être très vives même si la situation avait été vécue depuis longtemps. Finalement, les auteurs suggèrent que l'enseignement de la réflexion structurée pourrait faciliter l'approfondissement de la réflexion de l'infirmière pour lui permettre d'avancer dans le processus de réflexion (à travers les quatre phases) et modifier sa pratique.

Tel que décrit par Asselin et al. (2013), la réflexion peut être un processus partagé entre collègues. Par ailleurs, sur la réflexion en groupe, Carter (2013) indique que la pratique réflexive en groupe peut aider les infirmières à considérer leur pratique quotidienne, leur rôle ou leur savoir-faire. En petit groupe, il peut se produire des apprentissages qui ne sont pas possibles individuellement en provoquant moins de stress que dans un grand groupe. De la réflexion en petit groupe peut résulter une amélioration des pratiques et aussi une amélioration du bien-être des participantes qui s'engagent dans une réflexion efficace. Une réflexion efficace requiert d'ailleurs, de l'engagement actif, de l'ouverture d'esprit, du courage pour partager ses expériences et de la capacité à gérer la critique. Elle requiert aussi un facilitateur compétent qui soit capable de gérer l'éventuelle anxiété d'anticipation en expliquant à toutes les parties prenantes les bénéfices et les objectifs de la réflexion. En plus, le facilitateur doit reconnaître le sentiment de vulnérabilité qui peut être présente lorsqu'une pratique « moins bonne » serait dévoilée et d'assurer la sécurité en soutenant l'effort de tous les membres du groupe. Assurer le respect et la confidentialité est nécessaire particulièrement lorsque la discussion est liée aux pratiques cliniques.

En somme, la qualité du jugement clinique peut être améliorée à travers la réflexion *dans et sur* l'action. Le modèle de jugement clinique de Tanner (2006) intègre la réflexion comme une étape du processus du jugement clinique. Une stratégie pédagogique efficace pour améliorer le jugement clinique se doit d'être une activité d'apprentissage active, structurée par un modèle de jugement clinique incluant la réflexion. Ainsi, le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) qui est structuré par le modèle de Tanner (2006) présente ces trois composantes. Pour cette raison il a été choisi pour guider l'intervention prévue pour atteindre le but de ce stage, soit l'amélioration du jugement clinique en contexte d'incertitude. Les modèles de Tanner (2006) et de Lavoie et al. (2017) sont présentés en détail dans la section sur le cadre de référence ci-après.

### **2.3 Activités réflexives guidées en groupe pour le développement du jugement clinique**

Les activités de réflexion guidées sont un processus de réflexion où l'apprenant est guidé par un facilitateur à travers une structure de jugement clinique sur une situation de soins complexe. Cette situation peut être tirée de la pratique ou d'une simulation (Brown et Mc Curry, 2019). Une étude quasi-expérimentale prétest-posttest a été réalisée sur une activité réflexive guidée et pratiquée à la suite d'une expérience par simulation. Le but de cette étude de Dreifuerst (2012) était de tester la relation entre l'utilisation de la méthode systématique *Débriefage pour un apprentissage significatif* (traduction libre, p. 327) dans le développement du raisonnement clinique des étudiants en sciences infirmières (n=238). Les étudiants dans le groupe qui ont participé (n=122) à cette activité ont présenté un meilleur développement de leur jugement clinique. Bien que cette étude soit rigoureuse, elle ne concerne pas une activité de formation continue. Cependant, dans un article ultérieur du même auteur destiné à guider les formateurs dans l'apprentissage de cette méthode, il est indiqué que cette activité de réflexion guidée a été utilisée dans d'autres environnements cliniques et auprès d'infirmières en pratique (Dreifuerst, 2015).

L'efficacité de cette méthode de réflexion guidée sur le développement du jugement clinique est pertinente pour le but de ce stage, ainsi que l'analyse du concept d'activité de réflexion guidée (*débriefing*) réalisée par Dreifuerst (2009). Dans cette analyse de concept, les caractéristiques suivantes ont été décrites pour cette stratégie d'enseignement et d'apprentissage : 1) l'engagement actif de l'apprenant dans la situation problématique en simulation ; 2) la réflexion comme un moment pour examiner l'expérience de soins vécue ; 3)

le moment de « libération émotionnelle » (traduction libre, p. 111) après la simulation afin d'exprimer les émotions qui puissent nuire à l'apprentissage, telle que l'anxiété ou le stress ; 4) l'ouverture aux commentaires formatifs, c'est-à-dire qui permettent la reconnaissance des forces et des défis ; 5) les objectifs clairs afin d'encadrer la rétroaction ; 6) la rétroaction dans le respect mutuel entre apprenant-formateur et dans un contexte de confidentialité ; 7) l'intégration de l'expérience de simulation et de réflexion à travers un cadre conceptuel connu des apprenants, telle que la démarche de soins infirmiers ; 8) la réflexion sur la situation passée ainsi que la réflexion sur les situations futures qui peuvent être anticipées ; et finalement 9) la réflexion « au-delà de l'action » (traduction libre, p.111), dont à travers des questions hypothétiques, la situation initiale sera modifiée afin de créer de nouveaux modèles ou *pattern* pouvant être utilisés dans futures situations. La mise en pratique de ces éléments, lors d'une activité de réflexion guidée, permet le développement du jugement clinique (Dreifuerst, 2009).

Un autre modèle d'activité réflexive guidée pour développer le jugement clinique, visant des infirmières novices et infirmières ayant déjà une expérience clinique, a été mis en œuvre par Goudreau et al. (2015). Cette étude qualitative longitudinale descriptive a mis en œuvre une intervention de formation continue auprès des infirmières novices incluant des infirmières ayant de l'expérience clinique dans huit unités de soins de deux grands centres hospitaliers. Cette étude portait sur les perceptions des infirmières novices (n=55), infirmières gestionnaires (n=12) et facilitatrices (n=18) sur la mise en œuvre de cette intervention qui comptait une série de 10 séances de réflexion en groupe sur une période de 20 semaines. Ces séances se réalisaient dans les unités de soins durant le temps de travail des infirmières. Chaque groupe avait entre un et 11 participants, pour une moyenne de quatre à cinq participants. Les séances duraient 30 minutes. Les thèmes de chaque séance portaient sur diverses situations complexes de soins auprès de patients qui étaient apportés par les infirmières participantes. Les séances de réflexion étaient structurées par un diagramme de l'approche réflexive inspiré du modèle de réflexion guidée post simulation de Lavoie et al. (2013) et adapté au guide de journal réflexif de Nielsen et al. (2007), deux modèles intégrant les composantes du modèle de Tanner (2006). Les résultats de l'étude ont montré que, selon les infirmières novices, les séances de réflexion en groupe en formation continue avaient contribué au développement de leur jugement clinique. Elles ont eu la perception d'avoir augmenté leur capacité à établir des liens et à identifier les informations manquantes afin d'approfondir leur évaluation. Les infirmières novices ont perçu aussi une amélioration dans leur leadership, car elles avaient plus confiance en elles-mêmes et ont amélioré leurs interventions dans l'équipe



interprofessionnelle. Les résultats perçus par les gestionnaires indiquaient que les rencontres de réflexion ont permis de trouver des solutions créatives aux problèmes rencontrés, en plus d'identifier les besoins de formations du personnel. Les facilitatrices ont perçu une évolution dans leur rôle pour devenir plus actives dans la facilitation du processus de réflexion, tel qu'en posant des questions ouvertes ou faisant participer les membres moins actifs.

Finalement, les résultats de cette étude de Goudreau et al. (2015) suggèrent que l'activité de réflexion en groupe est réalisable durant le temps de travail des infirmières. En plus, les facteurs facilitateurs ainsi que ceux causant certains problèmes rencontrés lors de la mise en place de ces groupes de réflexion sont décrits dans cette étude. Les problèmes rencontrés étaient : a) établir un calendrier de rencontres étant donné que les séances se réalisaient durant le temps de travail et que la charge de travail pouvait empêcher les infirmières de dégager du temps pour les séances de réflexion ; b) les interruptions pendant les rencontres étaient fréquentes et les participantes se disaient incapables de se concentrer. Dans ce cas, les rencontres ont été organisées avant ou après l'horaire de travail des participantes, rémunérées par l'organisation ; c) les limites budgétaires liées à ces paiements ; d) la nature de la situation abordée pouvait avoir un impact émotionnel fort, ce que la formatrice percevait comme difficile à gérer ; et e) le manque d'engagement de certaines participantes. Les facteurs facilitants à la participation étaient : a) la motivation, l'ouverture d'esprit des participantes, la présence de facilitatrices et des infirmières expertes ; b) le paiement des heures supplémentaires ; et c) l'octroi de crédits de formation continue aux participants. En somme, bien qu'ayant des obstacles, les rencontres de réflexion guidée par des facilitatrices selon un modèle structuré ont été possibles en temps de travail et ont permis le développement du processus du jugement clinique auprès des infirmières novices. Les auteurs préviennent que leurs résultats ont la limite qu'il s'agit des perceptions des participantes et qu'il n'était pas possible de conclure à une « réelle » influence de l'activité de réflexion en groupe sur les infirmières novices.

Par ailleurs, une évolution de ce modèle de réflexion utilisé en formation continue a été publiée par Lavoie et al. (2017). Le modèle de réflexion pour le jugement clinique est un outil d'accompagnement pour le formateur qui guide des activités d'apprentissage actif en groupe. Il s'agit d'un processus structuré par le modèle de jugement clinique de Tanner (2006) qui guide la réflexion des participants à travers l'expérience comme étant une occasion d'apprentissage (Lavoie et al., 2017). Ces auteurs ont présenté un modèle de réflexion pour le jugement clinique

qui vise l'apprentissage du jugement clinique. Il s'agit d'un outil d'accompagnement pour un formateur qui guide un groupe d'infirmières, ou d'étudiants en sciences infirmières, dans la réflexion sur une situation clinique réelle ou lors d'une simulation. Initialement, le modèle a été développé et mis à l'essai pour des infirmières novices et des étudiants en soins critiques en post simulation (Lavoie et al., 2013). Par la suite, ce modèle initial a été adapté et mis en œuvre comme une activité de réflexion en formation continue sur différentes unités de soins, tel que présenté dans l'étude de Goudreau et al. (2015). La dernière version de ce modèle de réflexion, publié dans Lavoie et al. (2017), indique que pour les infirmières ayant de l'expérience clinique, ce modèle de réflexion guidée en groupe les a aidées à verbaliser et à rendre explicite leur processus de jugement clinique. Le succès dans l'utilisation de ce modèle a été évalué par l'appréciation que les participantes ont rapportée de leurs séances de réflexion et par leur engagement à réserver du temps pour y participer. De plus, certains groupes ont manifesté l'intention de continuer ses rencontres de réflexion après l'étude.

## **2.4 Cadre de référence**

Le cadre de référence qui guide ce projet de stage est le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) et le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017).

### **Modèle du jugement clinique infirmier de Tanner (2006)**

À la suite d'une importante recension des écrits (n=200 écrits), Tanner (2006) a développé le modèle du jugement clinique infirmier qui décrit le processus à travers lequel l'infirmière prend des décisions à partir de la condition de santé de son patient et sur les interventions qu'elle met en place afin de répondre aux besoins du patient dans un contexte spécifique qui influence sa prise de décisions. Ce modèle s'appuie sur cinq conclusions sur le jugement clinique dégagées de sa recension des écrits.

Premièrement, le jugement clinique est influencé par les connaissances et l'expérience de l'infirmière. Une infirmière avec plus d'expérience peut répondre de façon intuitive lorsqu'elle reconnaît, dans l'interaction avec le patient, une situation semblable vécue auparavant et que cela lui a permis d'affiner ses connaissances théoriques en lui permettant une reconnaissance rapide de la situation actuelle du patient. Le jugement clinique de l'infirmière peut être influencé aussi par les valeurs de l'infirmière.

Deuxièmement, le jugement clinique est influencé aussi par le degré de connaissances (souvent tacites) que l'infirmière possède sur le *pattern* de réponse spécifique du patient ou d'une population avec une situation de santé similaire. Cette connaissance peut permettre à l'infirmière de reconnaître des aspects importants dans la réponse du patient, de discriminer les différences dans son *pattern* de réponse et d'ajuster les interventions à ses besoins individuels.

Troisièmement, le jugement clinique est influencé aussi par la routine, les valeurs de l'unité de soins, ainsi que par les habitudes, les connaissances et les compétences qui sont privilégiées ou non dans la culture d'une unité. Le contexte des relations de pouvoir, comme la question d'autonomie décisionnelle de l'infirmière, et des relations sociales, comme le partage entre collègues, influence le jugement clinique. Des jugements moraux ou sociaux dans la société peuvent influencer le jugement infirmier dans certaines unités de soins, dont un exemple pourrait être l'âgisme.

Quatrièmement, dans le processus pour établir un jugement clinique, l'infirmière peut utiliser divers types de raisonnement clinique séparément ou ensemble. L'auteure explique trois de ces types de raisonnement : a) le type analytique qui permet d'obtenir les connaissances théoriques nécessaires à l'évaluation de la situation, qui apporte de l'information supplémentaire lorsqu'il y a un écart entre ce qui est observé et ce qui est attendu dans une situation, et qui permet un processus systématique pour prendre des décisions lors de situations avec plusieurs options possibles ; b) le type intuitif qui est lié à l'expérience de l'infirmière et qui lui permet de reconnaître un *pattern* de réponse ainsi que de réagir rapidement en conséquence ; c) le type narratif qui est lié au fait de donner un sens à l'expérience individuelle du patient, la création d'un récit, d'une image, de l'expérience du patient qui permet une connaissance plus profonde de ses besoins, de ses stratégies et de ses ressources.

Et finalement, la réflexion sur la pratique est souvent déclenchée par un problème dans le processus de prise de décision. La réflexion améliore l'apprentissage par l'expérience, ainsi que le jugement clinique en situations complexes et elle aide au développement professionnel. En somme, ces cinq conclusions indiquent divers éléments, comme les routines de l'unité ou les connaissances de l'infirmière, qui influencent le jugement clinique dans la relation de l'infirmière avec un patient, ainsi que l'importance de la réflexion comme stratégie pour son développement.

Ces conclusions ont été intégrées dans le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) qui est un processus qui compte quatre aspects comme représentés dans la Figure 1.

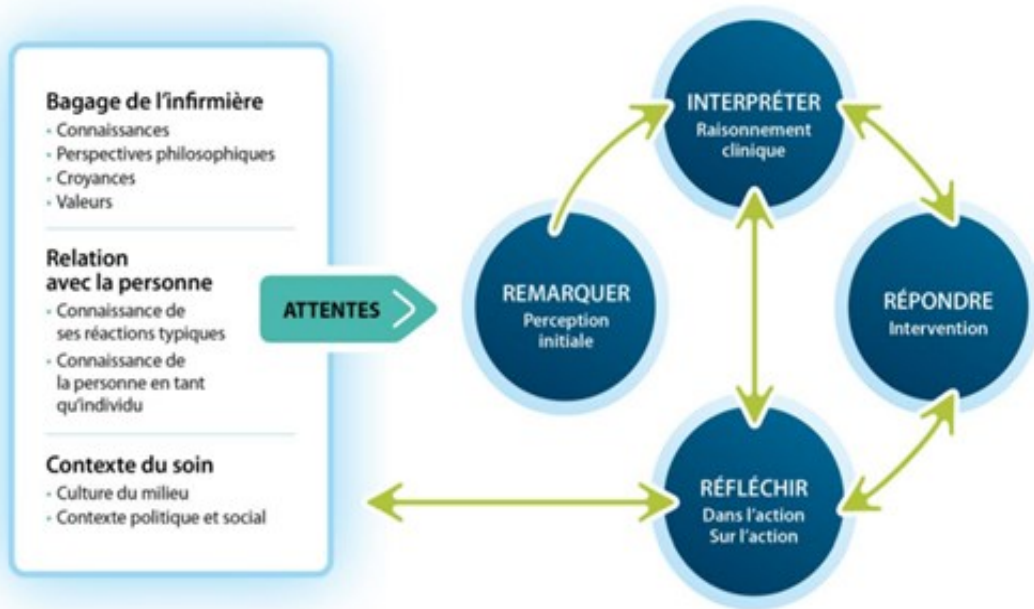


Figure 1. Modèle du jugement clinique de Tanner (Traduction tirée de Lavoie et al. (2021) )

Dans le premier aspect de *remarquer*, l'infirmière dépiste une situation qui est inattendue. La prise de conscience initiale que l'infirmière aura de la situation pour un patient dépendra des facteurs d'influence sur son jugement clinique, par exemple, les connaissances qu'elle a sur le *pattern* de réponse du patient, lui permettant de dépister d'éventuels problèmes. Selon la prise de conscience initiale de l'infirmière, un ou plusieurs types de raisonnement seront déclenchés qui l'aideront à *interpréter* (second aspect) les données qu'elle observe et à *répondre* (troisième aspect) en établissant un plan de soins. Cependant, si lors du 2<sup>e</sup> aspect, interpréter, l'infirmière ne peut pas donner une signification à ce qu'elle a constaté, alors des hypothèses seront générées à travers un processus analytique qui lui permettra de valider ses hypothèses jusqu'à trouver celle qui explique le mieux les données observées.

Finalement, le dernier aspect qui ferme le cycle du processus du jugement clinique est *réfléchir*. Celle-ci peut se réaliser à deux moments durant le processus du jugement clinique, *dans* l'action ou *sur* l'action. Selon Tanner (2006), la réflexion *dans* l'action permet l'ajustement de l'évaluation et de l'intervention pendant l'interaction avec le patient alors que la réflexion *sur*

la situation se produit après l'interaction avec le patient. Cette réflexion va permettre des apprentissages expérientiels et le développement du jugement clinique pour les situations futures. Cette auteure ajoute que dans des situations d'incertitude, il peut se produire des défaillances dans le jugement clinique. En somme, les aspects du processus du jugement clinique accompagnent la démarche des infirmières pour dépister et évaluer une situation de santé complexe et les aident à prendre une décision à partir de leur interprétation du problème et d'agir en conséquence. Cette démarche est intégrée par la réflexion qui est aussi un aspect du processus du jugement clinique et qui permet son développement.

### Modèle de réflexion pour le jugement clinique

Le modèle pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) intègre des composantes du modèle de jugement clinique de Tanner (2006) et de la théorie de l'apprentissage expérientiel de Dewey (1938). Cette démarche de réflexion est itérative et se réalise à travers des questions que l'accompagnateur pose aux participants afin d'engager la réflexion de façon structurée en suivant les aspects du modèle de jugement clinique de Tanner (2006) (voir figure 2).

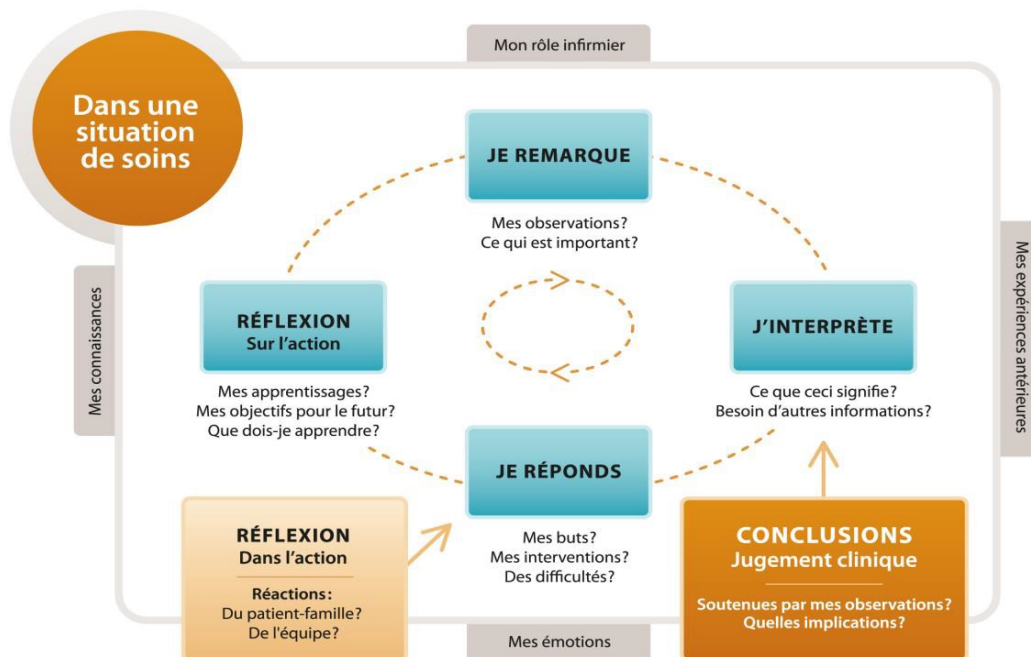


Figure 2. Modèle de réflexion pour le jugement clinique (Tiré de Lavoie et al. (2017), p. 5)

Dans la première étape, *Je remarque*, le formateur invite les participants, à travers des questionnements, à dégager ce qui est perçu comme saillant ou anormal dans une situation problématique en suivant une démarche d'évaluation connue par eux. Dans la deuxième étape, *J'interprète*, les questions cherchent à aider les participants à inférer des hypothèses qui puissent expliquer les données observées ainsi qu'à identifier les données manquantes qui serviront à valider les hypothèses et à trouver la plus probable. Dans la troisième étape, *Je réponds*, le formateur pose des questions sur le plan d'intervention et le suivi en lien avec le constat du problème le plus probable. La quatrième étape comporte deux types de réflexion. Le premier type est la réflexion *dans* l'action qui se produit au moment de l'interaction avec le patient. Le deuxième type est la réflexion *sur* l'action, où le formateur invite les participants à exprimer leur expérience et les émotions vécues lors de l'interaction avec le patient (*dans* l'action). Les participants sont invités à décrire la signification des actions réalisées afin de les aider à identifier leurs apprentissages. Le formateur aide les participants à transformer ces apprentissages en objectifs et les aide à identifier la façon de les mettre en œuvre dans leur pratique lors de futures situations complexes semblables.

En plus de ces quatre étapes, des facteurs peuvent influencer le jugement clinique et englobent ces étapes. Ils sont : le rôle de l'infirmière, ses expériences passées, ses émotions et ses connaissances. Ces facteurs sont intégrés par le formateur qui pose des questions en invitant les apprenants à réfléchir à chaque étape du processus afin de les aider à prendre conscience de leur influence sur le jugement clinique. Par exemple, les expériences passées sur la gestion de la douleur pourraient influencer le jugement clinique, car elles font appel à des *patterns* semblables acquis lors d'expériences antérieures qui dans une situation semblable du patient, il peut déclencher la reconnaissance d'un modèle mental de douleur qui fait partie du processus du jugement clinique (Dowding et al., 2016). Un autre exemple est les questions que le formateur peut poser aux apprenants sur le rôle de l'infirmière afin de susciter leur questionnement. Celui-ci peut influencer leur jugement dans le besoin de connaître le *pattern* de réponse à la douleur du patient (Dowding et al., 2016). Un dernier exemple est l'invitation à réfléchir sur les émotions qui sont liées à une situation donnée, dont l'incertitude pouvant être liée à la présence de douleur et leur influence dans l'approfondissement de l'évaluation (Rababa, 2018).

En somme, les deux modèles présentés dans ce cadre de référence sont complémentaires et ont permis le développement et la mise en œuvre de l'activité réflexive de

ce projet de stage. Ce projet a intégré les quatre composantes du modèle de jugement clinique de Tanner (2006) à travers l'utilisation du modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017).

## **Chapitre 3 : Planification du stage**



Ce chapitre présente la description et la planification d'une activité de réflexion guidée visant à affiner le jugement clinique infirmier en contexte d'incertitude lors de la gestion de la douleur qui a été mise en œuvre dans le cadre d'un stage de maîtrise. Premièrement, le milieu de stage et les participantes<sup>2</sup> aux activités sont décrits. Deuxièmement, une description de l'activité de réflexion est présentée, suivie de l'échéancier du projet.

### **3.1 Milieu de stage**

Le stage a eu lieu dans deux CHSLD d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) à Montréal qui répondent aux besoins de personnes âgées en grande perte d'autonomie. La personne-ressource était conseillère-cadre en soins infirmiers à la Direction de soins infirmiers pour le Programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée, volet hébergement. Cette personne-ressource a apporté le soutien nécessaire pour l'intégration de la stagiaire dans le milieu à travers la communication et la coordination avec les différentes parties prenantes des deux CHSLD, incluant les infirmières participantes, la coordonnatrice de site, les gestionnaires dans les deux milieux de soins et la personne-ressource. En plus, la personne-ressource a pu faciliter l'accomplissement des objectifs d'apprentissage de la stagiaire en devenant un modèle de rôle d'infirmière en pratique avancée en expertise-conseil. Une première rencontre avec la personne-ressource a permis de confirmer que le besoin d'affiner le jugement clinique en contexte d'incertitude, lors de la gestion de la douleur, était présent dans ces CHSLD. Durant cette rencontre, l'existence d'une règle de soins infirmiers (RSI) sur la gestion de la douleur qui encadre la pratique clinique dans ce CIUSSS a été mentionnée. La démarche de gestion de la douleur décrite dans cette RSI a offert aux participantes à l'activité de réflexion guidée une démarche connue de la gestion de la douleur sur laquelle elles se sont appuyées. Étant donné que la démarche de la RSI consistait à dépister la douleur selon les meilleures pratiques (par exemple, utiliser des outils d'observation, évaluer la douleur avec le PQRSTU, questionner les proches, prendre les signes vitaux et réaliser un examen physique), cette activité de réflexion sur la gestion de la douleur en contexte d'incertitude était cohérente avec cette règle de soins.

---

<sup>2</sup> Étant donné que la majorité des participants au stage était des femmes, le féminin sera employé dans les sections qui suivent.

### **3.2 Participants au stage et stratégies pour les engager dans l'activité de réflexion guidée**

Les participantes à ce projet de stage de maîtrise ont été les infirmières cliniciennes ou techniciennes œuvrant dans les équipes de jour, soir et nuit dans deux CHSLD. L'invitation à la formation pour les participantes est présentée dans l'annexe B. Étant donné que l'activité de réflexion guidée demande des interactions en petit groupe, sa structure a été établie afin de favoriser l'implication de toutes les participantes (Carter, 2013). Dans un contexte de pratique clinique, Rolfe et al. (2011) indiquent que la grandeur idéale d'un groupe, pour la pratique réflexive accompagnée d'un facilitateur, est de trois à douze participantes, dans des rencontres hebdomadaires. Pour ce projet de stage, la structure du groupe de réflexion a donc été établie en fonction du nombre d'infirmières régulières par CHSLD et de cette balise, soit de 5 à 6 infirmières par groupe. Quatre groupes ont été formés.

Par ailleurs, afin d'atteindre ce nombre de participantes, des groupes regroupant des infirmières de l'équipe de nuit et de l'équipe de jour ou de l'équipe jour et de l'équipe de soir ont été formés. Cette stratégie a été utilisée dans l'étude de Goudreau et al. (2015) lors de la mise à l'essai de groupes de réflexion en formation continue en temps de travail par des gestionnaires. Cette stratégie était destinée à diminuer les interruptions durant les séances de réflexion, ce qui est mentionné comme une des conditions gagnantes pour un groupe de réflexion par Carter (2013). À cet effet, seulement la moitié des infirmières régulières tant de l'équipe de jour que de l'équipe de soir et de l'équipe de nuit ont été invitées à participer. Cependant, dans le CHSLD où les infirmières étaient moins nombreuses, toutes les infirmières régulières de jour ont été invitées à participer et la surveillance a été assurée par les infirmières gestionnaires.

De plus, la durée des rencontres pouvait influencer le nombre de participantes. Selon Rolfe et al. (2011), le temps des rencontres dépend, entre autres, du nombre de participants et de la fréquence des rencontres. Étant donné que l'activité de réflexion guidée de ce projet de stage s'est déroulée durant le temps de travail, la durée des rencontres ne pouvait dépasser 60 minutes afin de respecter les balises fournies par le milieu. Étant donné cette contrainte, le contenu de l'activité de réflexion guidée a été planifié en trois séances de 60 minutes chacune avec un intervalle de deux semaines entre chaque rencontre. Cet intervalle a permis de réaliser

les rencontres lors de journées fixes où le plus grand nombre d'infirmières régulières étaient présentes.

Un autre élément inclus dans la planification d'un groupe de réflexion durant le temps de travail était la modalité de participation des infirmières. Selon Carter, il n'y a pas « d'approche parfaite » (traduction libre, p. 108), car le choix de l'approche dépend, entre autres, de la raison de la formation du groupe et des aspects pratiques du milieu. Toujours selon Carter (2013), une organisation peut rendre obligatoire la participation à un groupe de réflexion en fonction de ses besoins. Toutefois, cela peut provoquer de la colère auprès de certains participants, affectant par le fait même la dynamique du groupe. Au contraire, dans une approche plus souple et accommodante, la participation et la dynamique dans le groupe pouvaient être affectées par des rivalités dans le milieu de travail. Pour ce projet de stage, le milieu de stage a encouragé fortement la participation des infirmières, ainsi un éventuel sentiment « d'obligation » à participer aurait pu être présent.

Concernant le sentiment « d'obligation », Platzer, Blake et Ashford (2000) ont réalisé une étude qualitative sur les obstacles à l'efficacité de l'apprentissage dans des groupes de réflexion auprès d'infirmières et de sagefemmes qui réalisaient un cours diplômant de pratique réflexive. Les résultats rapportent que certaines participantes dans des groupes qui avaient moins bien fonctionné s'étaient senties obligées de participer bien que l'adhésion à l'étude eût été volontaire. Selon ces participantes, le manque de directives claires de la part du facilitateur a été un obstacle à leur engagement dans le groupe.

Bien que cette étude se soit déroulée dans un contexte académique, la pertinence pour ce projet de stage réside dans le rôle que peut avoir le facilitateur dans l'expérience de participantes. Ainsi, étant donné que la stagiaire, qui a agi à titre de facilitatrice, avait anticipé un éventuel sentiment « d'obligation » à la participation, elle s'est assurée de reconnaître les tensions possibles dans la dynamique du groupe et a adopté une approche non directive centrée sur les participantes (McGrath et Higgins, 2006). Carter (2013) explique qu'une facilitation efficace peut s'obtenir par un environnement de soutien avec des objectifs clairs qui engage tous les membres dans le respect de normes de fonctionnement, comme la participation active de tous et la confidentialité (Mann, Gordon et Macleod, 2009). D'ailleurs, motiver les infirmières peut faciliter leur participation selon Monroe et al. (2015). Ces derniers ont décrit une forte motivation des infirmières en CHSLD à améliorer la qualité de vie et le bien-

être de leurs résidents comme étant un levier d'intervention pour les aider à se mobiliser à l'amélioration de leur pratique. Par ailleurs, selon Damschroder et al. (2009), la décision de participer à l'implantation des pratiques innovantes peut être influencée par des incitatifs dans l'organisation (Damschroder et al., 2009). Selon la personne-ressource du milieu de stage, un de ces incitatifs à la participation des infirmières est l'octroi de crédits de formation continue rémunéré par l'organisation. Ainsi, une accréditation pour reconnaître trois heures de formation continue non diplômante a été obtenue auprès de la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Outre le nombre d'infirmières et leur engagement possible, il est documenté qu'un plan de communication peut permettre de maintenir les parties prenantes informées et engagées dans un projet (Heagney, 2016). Pour ce projet de stage, un bref plan de communication pour favoriser l'assiduité des infirmières aux activités de réflexion a été conçu. Ce plan de communication comptait trois moments dans le projet de stage. D'abord, avant l'activité réflexive dans le milieu, des activités de communication ont été réalisées. Ces activités ont consisté en une présentation formelle de lancement du projet dans les deux CHSLD participants auprès des infirmières participantes, de la coordinatrice de site, des gestionnaires, ainsi que de la personne-ressource qui était conseillère-cadre à la Direction de soins infirmiers (DSI). Dans cette rencontre, il a été présenté le programme de l'activité réflexive afin de le faire connaître et de clarifier les objectifs du projet ainsi que les règles de fonctionnement du groupe. Dans une deuxième étape, pendant le déroulement des activités de réflexion, des rencontres informelles sur le terrain ont été réalisées afin de suivre la situation, d'apporter des clarifications et, au besoin, d'ajuster l'horaire des participantes, en collaboration avec les infirmières gestionnaires, afin de favoriser l'assiduité aux rencontres. La dernière étape du plan de communication a été réalisée à la fin de l'activité réflexive dans les trois groupes. Une présentation des résultats du projet aux parties prenantes a été effectuée. Ce plan de communication initiale a été enrichi avec les parties prenantes sur le terrain et ajusté selon les besoins.

### **3.3 Description de l'intervention**

D'abord, le déroulement général de l'activité de réflexion guidée selon le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) est présentée. Ensuite, les éléments

spécifiques de cette activité pour les trois rencontres prévues sont décrits, suivis de l'échéancier du projet.

En se basant sur la recension des écrits présentée plus haut sur les effets d'une activité de réflexion guidée sur l'amélioration du jugement clinique en contexte d'incertitude, chaque rencontre de la formation proposée a été structurée par le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017). Ce modèle de réflexion en petit groupe est un outil pour le facilitateur afin de guider la discussion en invitant les participantes à répondre aux questions qui s'articulent autour des étapes du modèle du jugement clinique de Tanner (2006). La réflexion est déclenchée par une expérience qui a posé un problème pour une des participantes et qu'elle partage avec le groupe. Dans ce stage de maîtrise, l'activité de réflexion guidée a été prévue dans trois séances durant lesquelles une situation complexe de gestion de la douleur auprès de résidents atteints de TNC ne pouvant autodéclarer leur douleur a été partagée par les infirmières participantes à chacune des séances. Lors de la troisième séance, une mise en application de l'évaluation de la douleur auprès d'un résident suivie de l'activité de réflexion guidée ont été réalisées.

Des expériences de soins ayant posé des problèmes et ayant été vécues par les infirmières en contexte d'incertitude ont été partagées lors de l'activité de réflexion guidée afin d'aider les infirmières à prendre conscience du processus de jugement clinique (Lavoie et al., 2017). Durant ces moments de partage, l'influence de l'ambiguïté des comportements et de l'incertitude sur de possibles erreurs du jugement clinique dans la gestion de la douleur ont pu être explicitées. Les erreurs les plus fréquentes qui sont documentées sont : le manque de reconnaissance de la douleur par manque d'information (Chapados et al., 2014) et la vision en « tunnel » (Benner et Tanner, 1987) qui diminue la flexibilité du jugement clinique en considérant une seule option (Tanner, 2006). Durant le stage, ces exemples d'erreur dans le processus de raisonnement clinique et le partage des expériences dans l'activité de réflexion guidée étaient basés sur des expériences de soins ayant posé des problèmes aux infirmières participantes.

Dans le Tableau 1, l'activité de réflexion guidée selon le modèle de réflexion pour le jugement clinique est présentée. Ce tableau décrit une séance d'activité de réflexion guidée qui a été adaptée à partir de celle décrite par Lavoie et al. (2017) (p. 5 et 7). À chacune des étapes du modèle, les activités que la stagiaire pouvait réaliser afin de guider la réflexion du

groupe des infirmières sont décrites. Selon les besoins, certains concepts théoriques pertinents à la gestion de la douleur pouvaient être abordés par la stagiaire, étant donné l'influence des connaissances dans le jugement clinique. Le transfert d'un contenu théorique durant une activité de réflexion en groupe a déjà été réalisé dans l'étude de Dubé et Ducharme (2014) avec des effets positifs.

Tableau 1. Description de l'activité de réflexion guidée

Étapes du modèle de réflexion pour le jugement clinique (Lavoie et al., 2017)	Activités de la stagiaire
Préalable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter des règles de fonctionnement dans le groupe : confidentialité, respect de droit de parole et liberté d'expression (Mann et al., 2009).</li> </ul>
Présentation d'une situation complexe par une infirmière participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviter à partager des situations complexes de gestion de la douleur en contexte d'incertitude qui se sont produites au cours de la semaine dernière et à choisir une de ses situations pour discussion (Goudreau et al., 2015; Nielsen et al., 2007).</li> <li>• Si aucune situation n'est soulevée, proposer une situation (Goudreau et al., 2015) (Voir situation clinique à l'annexe C).</li> <li>• À partir de la situation retenue, demander à la participante de la décrire avec le plus de détails possible en plus de préciser les faits qu'elle considère comme les plus importants ainsi que ses sentiments sur cette situation (Goudreau et al., 2015).</li> <li>• Aider à reconnaître le possible sentiment d'inconfort ou de doute, donc d'incertitude, comme élément de mobilisation à l'apprentissage.</li> <li>• Inviter les autres participantes à poser des questions de clarification pour obtenir une image plus complète et détaillée de la situation (Goudreau et al., 2015).</li> </ul>

<p>1. Je remarque</p> <p><i>Observation délibérée des conditions environnementales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de décrire ce que serait leur démarche de collecte des données dans cette situation en s'appuyant sur la démarche de gestion de la douleur contenue dans la RSI du milieu.</li> <li>• Inviter à identifier, dans cette situation clinique, les données saillantes pour la compréhension de la situation de douleur du résident, par exemple, des données qui seraient anormales, inattendues, incertaines, ou que les infirmières considéraient comme importants.</li> </ul>
<p>2. J'interprète</p> <p><i>Inférence d'une hypothèse explicative</i></p> <p><i>Élaboration des hypothèses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander aux infirmières d'imaginer ce qui pourrait expliquer la cause ou la présence de ces données saillantes.</li> <li>• Inviter les infirmières à s'exprimer sur toutes les hypothèses possibles qui pourraient expliquer les données ou les comportements observés. Par exemple, en faisant des liens avec différentes causes possibles pour les comportements.</li> <li>• Demander de reprendre chaque hypothèse et de discuter des informations qui leur permettraient de les valider ou des informations qu'il faudrait aller chercher pour les valider.</li> <li>• Demander aux infirmières qui connaissent le résident d'apporter des idées pour construire le <i>pattern</i> de réponse de ce résident à la douleur.</li> <li>• Solliciter l'expérience des infirmières sur des situations semblables vécues antérieurement afin de voir si des parallèles peuvent être établis.</li> </ul>

<p>3. Je réponds</p> <p><i>Expérimentation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviter à choisir une des hypothèses qui leur semble la plus plausible.</li> <li>• Proposer d’imaginer que l’hypothèse de la présence de douleur a été retenue et leur demander de déterminer quels seraient les objectifs d’intervention à fixer pour cette situation.</li> <li>• Proposer d’imaginer des interventions pertinentes pour chaque objectif.</li> <li>• En se basant dans la règle de soins sur la gestion de la douleur, proposer d’imaginer quels seraient les résultats attendus pour le résident ainsi que les difficultés potentielles dans la mise en œuvre des interventions déterminées.</li> </ul>
<p>4. Réflexion sur l’action</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer de décrire un apprentissage réalisé pendant la discussion et que les participantes prévoient mettre en application.</li> <li>• Inviter à transformer chaque apprentissage en un objectif observable pour améliorer la pratique.</li> </ul>
<p>Au besoin au cours de la discussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprendre certains concepts théoriques sur la gestion de la douleur afin d’approfondir les connaissances des participantes.</li> </ul>

Adapté de Lavoie et al. (2017) (p. 5 et 7).

### 3.3.1 Description de l’activité de réflexion guidée

Telle que décrite dans le Tableau 1, l’activité de réflexion guidée a commencé par le partage d’une expérience de soins complexe qui a occasionné un inconfort ou des sentiments de doute ou d’incertitude chez une infirmière participante dans la gestion de la douleur auprès de résidents ne pouvant l’autodéclarer. Les deux premières séances ont porté sur des situations vécues dans la dernière semaine et racontées par les infirmières. La dernière séance comportait une première partie qui s’est déroulée directement auprès d’un résident et qui était suivie d’une activité de réflexion guidée. Ces trois séances visaient à ce que les infirmières reconnaissent leur sentiment d’incertitude lors de la gestion de la douleur en contexte d’incertitude comme un élément de l’apprentissage pour des situations futures. En plus, ces



trois séances visaient la compréhension du dépistage de la douleur et de l'importance d'utiliser des outils d'évaluation afin de guider le raisonnement clinique et d'affiner le jugement clinique dans un contexte d'incertitude. Finalement, ces séances visaient à augmenter la compréhension sur la façon d'établir un plan de traitement de la douleur chez une personne âgée atteinte de TNC ne pouvant autodéclarer sa douleur selon les meilleures pratiques.

Concernant les objectifs en lien avec la satisfaction des infirmières quant à la contribution de l'activité de réflexion guidée et avec le transfert des connaissances, ils seront traités au chapitre suivant.

### **3.4 Échéancier du projet**

Dans le Tableau 2, la planification et l'échéancier des activités du stage sont présentés. Les premières activités consistaient en l'identification du problème ainsi qu'à l'identification des meilleures pratiques efficaces d'intervention. Les activités suivantes ont consisté en la préparation de la mise en œuvre de l'intervention, dont la présentation du projet de stage au comité de gestion du milieu visé afin d'obtenir leur approbation et commencer l'intervention durant les mois de novembre et décembre. La mise en œuvre de l'intervention, donc de l'activité de réflexion guidée, ainsi que celles de communication avec les parties prenantes ont commencé en novembre jusqu'à la fin de l'intervention. Une rencontre finale a été réalisée en janvier 2020 afin de présenter les retombées de ce stage aux parties prenantes. Bien que le stage lui-même se soit terminé avant la pandémie de la COVID-19 qui a commencé en mars 2020, la finalisation du rapport de stage a été retardée étant donné les demandes qu'a générées cette crise à l'égard de la stagiaire dans son milieu de travail.

Tableau 2. Échéancier du projet

<b>Activité du stage</b>	<b>Échéancier</b>
Recension des écrits	Janvier 2018 — octobre 2019
Échanges préparatoires avec la personne-ressource et la directrice	Mai — novembre 2019
Présentation sommaire du projet au comité de gestion des milieux visés	Septembre 2019
Planification du contenu de l'activité de réflexion guidée	Juin — novembre 2019
Présentation du projet au coordonnateur de site des milieux visés	Octobre 2019
Demande d'accréditation de l'activité comme activité de formation continue	Octobre 2019
Rencontre des parties prenantes et présentation du projet sur les milieux	Novembre 2019
Invitation et présentation du projet aux infirmières des unités	Novembre 2019
Mise en œuvre de l'activité de réflexion guidée dans les milieux	Novembre à décembre 2019
Rencontres informelles d'information dans les milieux pendant la période d'activité de réflexion	Novembre à décembre 2019
Présentation des retombées du projet aux parties prenantes	Janvier 2020
Cours SOI 6245 — Séminaire de stage 2	Janvier — mai 2020
Rédaction du rapport de stage	Janvier — juillet 2021

## **Chapitre 4 : Compte-rendu du stage**

Le stage de maîtrise s'est déroulé dans deux CHSLD montréalais d'un même CIUSSS entre les mois de novembre 2019 et janvier 2020 pendant lesquels les séances de réflexion se sont déroulées durant 6 semaines. Ce chapitre présente la mise en œuvre du projet, la description des participantes et le compte-rendu des retombées de l'activité de réflexion guidée visant l'affinement du jugement clinique en contexte d'incertitude dans la gestion de la douleur.

#### **4.1 Mise en œuvre du projet dans les milieux**

L'implantation de l'activité de réflexion guidée dans les milieux a commencé avec la présentation du projet aux parties prenantes dans deux rencontres. Dans la première rencontre, la stagiaire visait à susciter l'intérêt et l'implication des infirmières gestionnaires des deux CHSLD participants. La coordonnatrice de site et les quatre infirmières-chefs d'unité ont pris connaissance du projet. Elles ont démontré leur intérêt à ce que les infirmières de leurs équipes participent à l'activité de réflexion guidée et se sont impliquées dans la création des trois groupes participants. Ces infirmières gestionnaires se sont engagées à favoriser l'assiduité aux trois séances de réflexion consécutives offertes à chaque groupe.

Aussi, ces infirmières gestionnaires ont reconnu que l'exercice du jugement clinique et la gestion de la douleur pouvaient être améliorés. Elles ont considéré que des activités de consolidation pour l'implantation à la RSI sur la gestion de la douleur étaient nécessaires. Elles ont trouvé particulièrement pertinent le modèle de réflexion pour l'affinement du jugement clinique infirmier comme outil de développement de la pratique clinique infirmière. Elles ont donc manifesté de l'intérêt à le découvrir et à l'expérimenter elles-mêmes en participant aussi à un groupe de réflexion guidée formé exclusivement d'infirmières gestionnaires.

Une deuxième rencontre a été réalisée dans chacun des deux milieux participants et visait à susciter l'intérêt des infirmières à participer aux trois séances de cette activité. Ainsi, la stagiaire a été invitée à présenter le projet aux infirmières lors d'une de leurs rencontres hebdomadaires. La présentation avait comme but de promouvoir l'activité de réflexion guidée et de stimuler la participation volontaire des infirmières. La présentation de 30 minutes a permis d'expliquer brièvement le projet de stage de maîtrise, les objectifs, le plan et le calendrier de l'activité. En plus, les règles de fonctionnement en petit groupe ont été explicitées et une brève présentation du modèle de réflexion pour le jugement clinique et de la démarche de gestion de la douleur ont été réalisées. Le plan de la formation a été distribué (voir annexe B). Cette rencontre a permis d'expliciter que la modalité de participation était sur une base volontaire

afin de diminuer un éventuel sentiment « d'obligation » à participer étant donné que l'organisation a encouragé fortement la participation des infirmières. La présentation du projet a été bien accueillie et les infirmières ont manifesté leur enthousiasme et leur intérêt à participer aux trois séances. Un des éléments qui a particulièrement intéressé les infirmières était l'approche réflexive et d'apprentissage actif directement au chevet du résident et en petits groupes. Par ailleurs, l'expérience positive en pratique réflexive que la plupart des infirmières avaient vécue antérieurement dans un autre projet dans un de CHSLD les a motivés à participer à cette activité. À la fin de cette présentation, il a été expliqué que les séances de réflexion pouvaient être des heures créditées de formation continue pour les infirmières ayant participé aux trois séances de réflexion. Cependant, les infirmières ont exprimé avoir déjà atteint le nombre d'heures minimales exigé par leur ordre professionnel grâce aux formations offertes par l'organisation et donc ne pas avoir besoin d'une attestation à cet effet.

La formation de petits groupes de réflexion selon la structure prévue a été facilitée par l'implication des infirmières gestionnaires dans la promotion de l'activité et dans la formation des groupes. La stagiaire a conçu une affiche contenant les informations sur l'activité qui a été présentée sur les unités de soins. Par ailleurs, les infirmières gestionnaires ont constitué les groupes selon les horaires des infirmières intéressées. Aussi, les gestionnaires ont envoyé un courriel à l'adresse électronique institutionnelle des infirmières inscrites pour les informer de l'horaire et du local de formation, en plus de l'invitation et du plan de la formation (voir annexe B).

Afin d'intégrer le plus grand nombre d'infirmières intéressées dans un de trois groupes selon leurs horaires de travail, les dates des séances initialement prévues ont dû être ajustées par la stagiaire et les gestionnaires. La construction du calendrier a été complexe étant donné que l'activité de réflexion guidée s'est déroulée dans des séances consécutives, avec les mêmes infirmières participantes, pendant le temps de travail rémunéré et avec des groupes de quarts de travail diversifiés (infirmières de l'équipe de nuit avec celles de l'équipe de jour ainsi que les infirmières de l'équipe de jour accompagnées de celles de l'équipe de nuit). Ainsi, les infirmières gestionnaires ont procédé à la formation de petits groupes provenant de divers quarts de travail, constitués de six participantes chacun. Seulement les infirmières qui avaient un horaire régulier pendant les six semaines de l'activité de réflexion guidée ont pu prendre part à l'activité. Malgré les efforts des infirmières gestionnaires, la constitution d'un groupe regroupant des infirmières de divers quarts de travail n'a pas été possible dans le CHSLD qui

comptait moins d'infirmières. Dans ce centre, les équipes de soir et de nuit n'avaient pas d'infirmières régulières.

Un autre ajustement a dû être réalisé en lien avec le calendrier des rencontres initialement prévu à cause du manque de salles de formation disponibles. Cette situation a été une des barrières à la mise en œuvre de l'activité de réflexion guidée étant donné la difficulté à faire coïncider les horaires des participantes avec les locaux disponibles. Malgré la flexibilité d'horaire de la stagiaire et les efforts pour trouver des locaux de la part de l'infirmière gestionnaire dans un des milieux, deux séances ont été réalisées dans le bureau de l'infirmière gestionnaire. Ce dernier était calme, mais étroit pour une rencontre à sept personnes.

#### **4.2 Description des participants**

Initialement, 18 infirmières se sont inscrites pour participer à l'activité de réflexion guidée. À celles-ci, quatre infirmières gestionnaires se sont ajoutées en cours de projet pour un total de 22 infirmières participantes (voir Tableau 3). L'assiduité aux trois séances prévues de l'activité de réflexion guidée a été de 77,2 % soit 17 infirmières qui ont participé à toutes les séances. Par ailleurs, la plupart des infirmières travaillaient dans l'équipe de jour (n=15), cinq infirmières travaillaient de soir et deux le faisaient de nuit. Du total des infirmières participantes, plus de la moitié avait plus de 20 ans d'expérience professionnelle et aucune n'avait moins de quatre ans dans la profession.

Parmi les 22 infirmières participantes, six appartenaient à un CHSLD qui n'avait pas participé à des activités de pratique réflexive avant, alors que les 16 autres infirmières appartenaient à un CHSLD qui avait déjà connu ce type d'activité deux ans auparavant. Dans ce CHSLD, leur expérience antérieure de pratique réflexive consistait à des séances d'une durée de 60 minutes, pendant cinq rencontres. Ces rencontres portaient sur différents thèmes, tels que la dysphasie et l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de TNC. Ces séances étaient animées par une facilitatrice ~~en~~ qui appliquait une approche de réflexion inspirée de l'étude de Goudreau et al. (2015).

Par ailleurs, les infirmières gestionnaires de ces CHSLD avaient participé à une journée de formation utilisant une approche pédagogique d'apprentissages actifs par simulation suivie d'une activité de *débriefing*. La participation à cette formation avait permis à ces gestionnaires d'avoir la même activité de formation que leurs équipes d'infirmières. Cette participation leur

avait permis de connaître l'expérience vécue par les infirmières lors d'une activité de pratique réflexive en plus de les outiller pour mieux les soutenir dans leur pratique. Avoir vécu cette même expérience d'apprentissage est d'ailleurs ce qui a suscité leur intérêt à participer à l'activité de réflexion guidée de ce projet de stage.

Finalement, dans les quatre groupes qui ont été formés, un total de douze séances de réflexion ont été offertes. Le nombre de participantes à chaque séance a été entre cinq et six infirmières, sauf pour le groupe d'infirmières gestionnaires qui comptait trois participantes. Ainsi, la pertinence de ce projet a été démontrée par l'intérêt des infirmières à y participer et par l'assiduité des participantes à l'activité de réflexion guidée.

Tableau 3. Nombre de participantes par groupe et par séance

	Groupe 1 : Nombre de participantes	Groupe 2 : Nombre de participantes	Groupe 3 : Nombre de participantes	Groupe 4 : Nombre de participantes	Total des participantes par séance
1 <sup>e</sup> séance	7	6	5	4	22
2 <sup>e</sup> séance	5	5	4	3	17
3 <sup>e</sup> séance	5	5	5	3	18
Moyenne des participantes par groupe	5,7	5,4	4,7	3,3	19

## 4.3 Compte-rendu de l'intervention

### 4.3.1 Description du déroulement de l'intervention pour les participantes

Étant donné que certaines infirmières n'avaient pas participé à la rencontre de présentation du projet, la première séance a commencé par une brève présentation des règles de fonctionnement et des objectifs, suivie d'une courte description du projet et du modèle de réflexion pour le jugement clinique. Il y avait un intérêt de la part des infirmières pour le jugement clinique et ce qu'il impliquait dans leur pratique. Dans un des petits groupes, des échanges ont amené des commentaires voulant que souvent les règles de soins indiquaient une procédure à suivre, mais qu'elles ajoutaient « ou selon le jugement clinique de l'infirmière ». Or, à cet égard, certaines infirmières se demandaient « donc, je fais quoi au juste ? ». La stagiaire a expliqué brièvement le concept de jugement clinique tel que défini par Tanner (2006) et comment le modèle de réflexion pour le jugement clinique pouvait aider à l'affiner.

À chaque séance, la stagiaire a utilisé le guide pour le facilitateur (voir tableau 1) qui décrit les étapes de la démarche selon le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017). Ainsi, la stagiaire invitait à la réflexion en posant des questions selon ce guide. Par leurs réponses, les infirmières explicitaient et partageaient leur processus de raisonnement clinique et leur jugement clinique lors de l'évaluation de la douleur en contexte d'incertitude.

Les séances ont commencé par le partage d'une situation clinique pouvant suggérer de la douleur et provoquant de l'incertitude quant à sa présence. Dans toutes les séances, le choix de la situation à discuter a été rapide, car les infirmières se connaissaient et avaient déjà discuté de cas cliniques semblables lors de rencontres multidisciplinaires. Toutes les situations partagées incluaient des manifestations telles que des comportements agressifs ou réactifs liés aux TNC dont la cause sous-jacente n'avait pas été déterminée. Ensuite, la stagiaire invitait les infirmières à réfléchir en suivant les étapes du modèle de réflexion pour le jugement clinique. Bien que le même outil de réflexion ait été utilisé durant les trois séances, la stagiaire a observé une évolution dans les échanges à mesure que les séances progressaient. Notamment, lors des premières séances, les échanges se sont attardés aux premières étapes du modèle (*je remarque et j'interprète*) qui ont permis aux infirmières d'explicitier leur raisonnement clinique afin de reconnaître la présence de douleur. Lors des deuxièmes



séances, les échanges ont plutôt porté sur l'élaboration d'hypothèses sur des causes possibles pouvant expliquer les signes observés. Les infirmières ont alors exposé leur raisonnement clinique afin de prendre une décision clinique quant au type d'évaluation et aux meilleures interventions à mettre en place. Tandis que dans les dernières séances, les échanges ont plutôt visé la réflexion sur la mise en œuvre de leurs apprentissages lors de l'évaluation de la douleur auprès d'un résident ainsi que sur la diminution de leur incertitude quant à la présence de douleur et à son évaluation augmentant ainsi leur confiance dans leur jugement clinique.

Plus spécifiquement, lors des premières séances, à l'étape *je remarque*, identifier les signes de douleur était le principal défi des infirmières. En plus, elles ont décrit rencontrer des difficultés à dégager des données anormales ou saillantes qui pourrait leur permettre de reconnaître la présence de douleur dans le contexte d'incertitude. Concernant la description de leur collecte des données, elle était en général courte et peu organisée. Bien que les infirmières connaissaient la démarche de soins sur la gestion de la douleur décrite dans la RSI, elles ne l'avaient pas intégré à leur pratique. Ainsi, la stagiaire a décrit brièvement cette démarche qui consiste en un examen clinique incluant les antécédents de santé, un examen physique pertinent et les notes au dossier, dont le constat d'évaluation. Ensuite, elle a invité les infirmières à imaginer qu'elles organisaient leur collecte des données selon celle-ci. Avec cette activité, les infirmières ont explicité leur démarche et ont indiqué « qu'elles savaient quoi faire maintenant ». En plus, dans des situations provoquant de l'incertitude, elles ont indiqué avoir compris comment intégrer les outils d'évaluation de la douleur à leur démarche afin de dégager les causes sous-jacentes des manifestations de la douleur, par exemple, des comportements réactifs.

Toujours lors les premières séances, à la deuxième étape du modèle de réflexion, *j'interprète*, les causes possibles des manifestations observées, généralement de comportements agressifs, étaient explorées puisque l'ambiguïté dans l'interprétation de ces comportements provoquait de la confusion chez les infirmières. Comme il arrive souvent dans des cas complexes, le comportement avait déjà été évalué et plusieurs hypothèses explicatives avaient été éliminées. Étant donné que le comportement persistait, le besoin d'élaborer une plus grande variété d'hypothèses explicatives a amené les infirmières à décrire des données manquantes à aller explorer afin de diminuer l'incertitude quant à la présence de douleur. À cet effet, la stagiaire a sollicité leur expérience lors de situations semblables. Cela leur a permis de faire des liens, tel que les comportements réactifs pouvaient être liés à de la douleur ou à

un autre besoin non satisfait. Les infirmières connaissaient les spécificités individuelles des résidents ce qui les permettait de faire des liens avec leur expérience personnelle et suspecter, par exemple, une douleur neuropathique et de la considérer comme une des hypothèses plausibles pour expliquer ces comportements.

Ensuite, à l'étape *je réponds*, les interventions qui ont été imaginées par la plupart de participantes incluaient des mesures pharmacologiques. Cependant, le risque d'effets secondaires de certains analgésiques chez les personnes âgées a amené des échanges sur la prudence dans leur utilisation. Des discussions ont eu lieu à l'effet que cette prudence était d'autant plus de mise étant donné que la présence de douleur était incertaine et que le type exact de douleur était inconnu. Ainsi, la discussion a amené les infirmières à considérer la première étape d'observation afin de dégager des données saillantes dans l'évaluation afin d'augmenter la certitude sur la présence de la douleur et sur sa nature. Cette discussion itérative a permis aux infirmières de réaliser qu'il pouvait y avoir des signes plus vagues qui n'avaient pas été observés dans la collecte des données initiale. À la fin de cette première séance, à titre d'apprentissages réalisés, la plupart des infirmières ont mentionné reconnaître l'importance de l'utilisation d'une démarche de soins structurée ainsi que de l'utilisation d'outils d'observation de la douleur, tels que *Pain assessment in advanced dementia* (PAINAD) et *Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate* (PACSLAC) pour leur évaluation. Elles ont indiqué leur intention d'intégrer ces outils à leur pratique. Cependant, un obstacle qu'elles ont mentionné était la difficulté à trouver la RSI et les outils d'évaluation sur l'intranet organisationnel. Afin de faciliter cet accès, la stagiaire a élaboré un aide-mémoire explicitant le chemin pour trouver ces outils qui a été validé avec les deux infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI) et deux infirmières. L'aide-mémoire a été envoyé par courriel à toutes les infirmières participantes et les ICASI ont imprimé des copies papier qui ont été affichées à côté des ordinateurs dans chaque unité de soins. En même temps, dans les deux CHSLD, les ICASI se sont organisées, comme prévu lors de la première rencontre de présentation du projet, pour faire un rappel de la RSI sur la gestion de la douleur aux infirmières œuvrant dans ces deux centres.

Lors des deuxièmes séances, au début des rencontres, les échanges visaient un retour sur l'expérience vécue par les infirmières participantes lors de la mise en œuvre de leurs apprentissages. Durant ces échanges, certaines infirmières ont mentionné se sentir plus confiantes, car elles « savaient quoi faire » lors de situations complexes où il était possible de

suspecter de la douleur. L'utilisation des outils d'évaluation de la douleur avait guidé leurs observations et permis de reconnaître la douleur comme une de possibles causes des comportements agressifs ou d'autres comportements réactifs. En plus, ces outils leur avaient permis de faire le suivi avec leurs collègues et l'équipe de soins sur les interventions mises en place. L'impact de ces interventions sur la diminution de ces comportements a été reconnu par l'équipe de soins en plus des autres infirmières qui se sont alors intéressées à l'évaluation de la douleur. Ensuite, lors de l'étape *je remarque*, les infirmières qui avaient utilisé la démarche de soins structurée selon l'algorithme de gestion de la douleur ont demandé à continuer de l'utiliser pendant les séances avec les nouveaux cas qui seraient présentés puisque selon la plupart d'entre elles, cela leur a permis de clarifier leur démarche et de réaliser rapidement quelles étaient les données à aller explorer afin de valider la présence de douleur et de l'évaluer.

Durant ces deuxièmes séances, durant l'étape de *j'interprète*, l'élaboration d'hypothèses explicatives variées a été l'aspect suscitant le plus de discussion. Cet intérêt a été plus marqué dans les deux groupes qui avaient déjà connu des activités de pratique réflexive. Dans ces groupes, les échanges ont porté, entre autres, sur le malaise des infirmières à l'égard de l'élaboration d'hypothèses. Elles avaient l'impression que l'équipe de soins s'attendait à ce que l'infirmière devait « toujours savoir quoi faire ». La croyance que poser des hypothèses équivalait à ne pas savoir quoi faire était partagée par les infirmières participantes. À cet effet, la stagiaire a utilisé un cas analysé pour leur refléter qu'en CHSLD les situations cliniques étaient souvent complexes et atypiques étant donné, entre autres, les multiples comorbidités et la polypharmacie.

En plus, chez certaines infirmières, il y avait la croyance que si l'hypothèse formulée s'avérait fautive, il s'agissait d'une erreur de la part de l'infirmière. La stagiaire a alors expliqué la différence entre un raisonnement clinique analytique afin d'éliminer des hypothèses et une erreur de la part de l'infirmière. Ainsi, les infirmières ont indiqué élaborer des hypothèses « tout le temps » de façon implicite, mais qu'elles n'avaient pas le temps de faire des évaluations approfondies à chaque fois.

Par ailleurs, dans les trois groupes, il a été discuté qu'il n'était pas possible d'élaborer des hypothèses explicites dans leur pratique quotidienne. Cependant, même si leurs hypothèses étaient implicites, elles considéraient que l'importance était d'évaluer les résultats

de leurs interventions en faisant un suivi, ce qui s'avérait difficile si l'infirmière connaissait peu le résident. Afin d'approfondir la réflexion, la stagiaire leur a demandé de partager des situations pour lesquelles un processus de raisonnement clinique incluant des hypothèses avait été utilisé. Les infirmières ont partagé des cas complexes que certaines ont décrits comme « on ne savait plus quoi faire » ou d'avoir un sentiment d'être « démunie ». Ainsi, dans la discussion, les infirmières ont reconnu le sentiment d'incertitude provoqué par les situations complexes. Avec enthousiasme, elles ont décrit que finalement l'élaboration d'hypothèses pouvait leur faire gagner du temps, car elles évitaient les interventions inefficaces.

En plus, certaines infirmières ont exprimé leur intention d'approfondir leur évaluation lors de futures situations complexes, afin de chercher des indices clés leur permettant de valider, ou pas, leurs hypothèses sur la cause des symptômes observés. Ainsi, les infirmières ont constaté que de reconnaître leur sentiment d'incertitude était une façon de prioriser les situations qui exigeaient d'utiliser un processus de raisonnement clinique leur permettant de vérifier des hypothèses variées.

Durant la dernière étape du modèle, *réflexion sur l'action*, de ces deuxièmes séances, la plupart des infirmières ont indiqué avoir fait l'apprentissage que lors de situations incertaines, elles devaient intégrer une collecte des données et une évaluation structurés afin de pouvoir élaborer des hypothèses leur permettant d'avancer dans le processus de raisonnement et du jugement clinique. À cette fin, les infirmières ont aussi mentionné leur besoin d'améliorer leurs connaissances sur les manifestations normales du vieillissement ainsi que sur les manifestations atypiques de divers problèmes de santé vécus par les personnes âgées afin de mieux reconnaître les manifestations subtiles lors de leur évaluation.

Finalement, lors de la troisième séance, celle de l'évaluation en contexte réel, les échanges se sont centrés sur l'activité d'évaluation de la douleur au chevet d'un résident ne pouvant autodéclarer sa douleur et présentant des comportements ambigus pouvant être liés à la douleur. Cette activité a été décrite par les participantes comme étant un exemple concret qui leur avait permis de « savoir quoi faire » dans ce contexte. À cette étape, la démarche de soins sur la gestion de la douleur décrite dans la règle de soins (RSI) a été utilisée comme un guide explicite dans l'application de leur processus de raisonnement clinique. L'activité de réflexion guidée a eu lieu immédiatement après l'évaluation du résident. Certaines infirmières ont remarqué que la démarche de gestion de la douleur les avait permis d'évaluer un résident

qu'elles ne connaissaient pas et d'intervenir adéquatement. Dans leurs échanges, la plupart des infirmières ont dit se sentir « plus solides » dans leur évaluation et confiantes dans leur jugement clinique, car elles pouvaient justifier leurs décisions cliniques et les communiquer à l'équipe de soins. En plus, les infirmières ont indiqué porter un regard différent sur leur pratique, plus critique. Selon leurs commentaires, « perdre des idées préconçues » impliquait de se questionner plus sur la situation de santé du résident atteint de TNC ne pouvant autodéclarer sa douleur.

Les infirmières participantes ont aussi indiqué avoir posé un regard critique sur leur pratique, car elles considéraient que des comportements ambigus, très fréquents sur leurs unités, n'étaient pas pris suffisamment en compte. Elles ont indiqué qu'habituellement ces comportements étaient associés aux TNC et peu à la gestion de la douleur comme une des causes possibles de ces comportements. Elles reconnaissaient l'importance d'une pratique rigoureuse et d'inclure l'examen clinique dans leur processus de raisonnement clinique afin d'obtenir les données nécessaires leur permettant de diminuer leur incertitude quant à la présence de douleur.

Par ailleurs, l'examen clinique a permis d'aborder les notes au dossier. Lorsque le lien entre la démarche de soins et le processus de raisonnement clinique a été fait par la stagiaire, les infirmières participantes ont réalisé que leurs notes au dossier contenaient leur analyse et la justification de leurs hypothèses, dont l'hypothèse retenue pouvait correspondre au constat d'évaluation à inscrire au plan thérapeutique infirmier (PTI). Ainsi, leurs notes au dossier semblaient plus faciles à rédiger, car elles n'avaient qu'à décrire leur processus de raisonnement et de jugement clinique.

Un autre apprentissage réalisé par les infirmières a été le constat du besoin de maintenir à jour leurs connaissances afin de déceler les signes subtils lors de l'examen clinique, car elles ont réalisé que même si elles connaissaient peu le résident, il y avait des signes anormaux qui pouvaient être décelés dans son histoire de santé ou lors de l'examen physique.

À la fin de la dernière séance, dans le groupe d'infirmières qui n'avait pas participé à une activité réflexive auparavant, les infirmières ont indiqué que l'activité avait été « formidable », car l'approche réflexive leur avait permis de faire des liens, d'intégrer et d'adapter leurs connaissances à leur pratique. Dans les deux groupes qui avaient déjà vécu une activité de pratique réflexive, les infirmières ont indiqué leur appréciation pour cette

approche d'apprentissage et elles ont ajouté qu'elles voudraient que « toutes les formations » l'utilisent. Dans les trois groupes, les participantes ont mentionné qu'elles avaient été amenées à penser différemment et à mieux comprendre l'importance de se questionner davantage sur leur pratique. Elles ont indiqué vouloir s'appuyer sur le sentiment d'incertitude pour reconnaître les situations nécessitant de réaliser un processus plus analytique afin de poser le bon jugement clinique.

En résumé, dans toutes les séances, l'échange en petits groupes et le dynamisme des échanges ont été très appréciés. Lors de l'activité de réflexion guidée, les infirmières participantes ont partagé ouvertement leurs enjeux d'évaluation, leurs stratégies pour y faire face, leurs croyances ainsi que leurs questionnements éthiques. En ayant explicité leur processus de raisonnement clinique pendant les séances de réflexion, les infirmières ont porté un regard critique à leur pratique. Elles considéraient avoir été capables de « démystifier » les outils cliniques et elles souhaitaient continuer de les utiliser. En plus, elles ont indiqué vouloir s'appuyer sur leur sentiment d'incertitude comme un déclencheur d'un processus plus approfondi de raisonnement clinique analytique. Finalement, les infirmières participantes ont ajouté d'avoir le sentiment d'être plus « aiguisées » dans leur prise de décisions et plus « solides » dans la justification et la communication de leur jugement clinique.

#### *4.3.2 Évaluation de la satisfaction à l'égard de l'intervention*

Comme prévu, la satisfaction à l'égard de l'activité de réflexion guidée a été évaluée à partir du questionnaire créé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal afin d'octroyer l'accréditation à une activité de formation continue. Celui-ci est présenté à l'annexe D Le questionnaire a permis à chaque participante d'apprécier leur degré d'atteinte de chacun de quatre objectifs de l'activité de formation ainsi que son appréciation globale de l'activité. Les résultats de cette appréciation sont présentés au tableau 4.

L'évaluation du niveau d'attente des objectifs de cette activité de réflexion guidée par les participantes a indiqué une amélioration de la maîtrise pour les quatre objectifs de l'activité. Selon cette auto-appréciation de participantes, ces quatre objectifs ont été atteints.

Tableau 4. Degré d'atteinte des objectifs d'apprentissage par les participantes

<b>Les objectifs d'apprentissage</b>	<b>Maîtrise de l'objectif avant la formation (0 à 10)</b>	<b>Maîtrise de l'objectif après la formation (0 à 10)</b>
Reconnaître l'impact du sentiment d'incertitude lors de la gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ne pouvant l'autodéclarer	6,4/10	9,6/10
Comprendre comment dépister la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques, et ce, dans un contexte d'incertitude	6,6/10	9,9/10
Reconnaître l'importance d'utiliser des outils d'évaluation pour guider le raisonnement clinique et affiner le jugement clinique dans ce contexte	7,3/10	9,9/10
Comprendre comment établir un plan de traitement de la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques dans ce contexte	6,7/10	9,5/10

Des commentaires ont aussi été inscrits sur le questionnaire par les infirmières participantes. Ces commentaires ont permis de qualifier cette appréciation globale de l'activité de formation en plus de soulever les éléments qui ont été considérés comme les plus utiles à la pratique clinique et ceux qui pouvaient être améliorés.

Ainsi, l'appréciation générale des infirmières, tant concernant l'approche pédagogique que les habiletés de l'animatrice et les caractéristiques de l'environnement, ont été considérées entre « correct » et « très correct » (voir l'échelle d'évaluation à l'annexe D). L'aspect le plus fréquemment mentionné comme étant le plus utile à la pratique était l'apprentissage de

l'utilisation des outils d'observation de la douleur. L'utilisation de ces outils d'évaluation a été considérée comme importante pour identifier la douleur. Un autre aspect fréquemment mentionné portait sur l'utilisation de la démarche de soins infirmiers dans la gestion optimale de la douleur. Les commentaires sur cet aspect indiquent que cette démarche leur a permis de mieux dépister les indices sur la présence de douleur et de mieux les analyser. L'importance de valider les hypothèses explicatives à l'aide d'une évaluation approfondie en incluant l'examen physique a aussi été mentionnée. Par ailleurs, une infirmière a indiqué que l'activité de réflexion guidée lui a permis de changer sa perception sur la présence de la douleur chez la personne âgée, afin de ne pas porter un jugement sur les comportements, mais de plutôt porter un autre regard sur la douleur qui peut être la cause de ces derniers et sur l'importance d'un traitement efficace. Un autre commentaire a été que cette activité de réflexion guidée avait permis à une infirmière de prendre conscience de son rôle d'évaluation et de sa capacité à mettre en place des interventions qui permettaient d'améliorer la qualité de soins. En lien avec l'évaluation de la douleur d'un résident dans un contexte réel, la plupart des infirmières ont souligné que cette situation leur avait démontré la faisabilité de collecter des données, ainsi que de formuler et de vérifier des hypothèses dans la pratique clinique quotidienne.

Parmi les principaux éléments à améliorer, il y avait des demandes pour que l'activité de réflexion guidée puisse durer plus longtemps et la plupart ont mentionné qu'elles auraient aimé un plus grand nombre de séances d'évaluation pratique en contexte réel. En plus, un élément d'amélioration qui a été mentionné à plusieurs reprises a été d'élargir les séances de réflexion à d'autres thèmes que la gestion de la douleur afin d'enrichir la réflexion sur les autres causes possibles des comportements incluant les manifestations atypiques d'autres problèmes de santé. Elles souhaitaient cet élargissement des thématiques afin de leur permettre de se sentir « plus à l'aise » dans leur pratique clinique quotidienne. Finalement, des participantes ont suggéré que les activités de réflexion guidée se réalisent deux ou trois fois par année afin d'assurer la pérennité des apprentissages réalisés.

Des commentaires positifs à l'égard de la stagiaire ont aussi été mentionnés en lien avec son rôle d'animatrice. Son dynamisme, sa passion, son énergie, sa motivation, sa maîtrise du contenu, sa capacité à susciter l'intérêt des participants, son empathie, sa capacité d'écoute, son attitude positive et son approche amicale ont été indiqués comme facilitant le déroulement de l'activité et les apprentissages.



#### 4.3.3 Principaux défis durant l'intervention

Les principaux défis rencontrés durant l'intervention sont en lien avec le choix de réaliser les rencontres durant le temps de travail, au besoin de soutien entre les séances, à l'utilisation de l'outil de réflexion guidée pour la facilitatrice et à l'activité de réflexion guidée avec le groupe d'infirmières gestionnaires. Premièrement, les rencontres se sont réalisées durant le temps de travail des infirmières, ce qui était un élément facilitant important pour la participation des infirmières, mais qui présentait aussi des défis. Ces défis découlaient de la complexité dans la formation des groupes et de l'organisation du calendrier. Les contraintes ont été dues principalement au fait que les participantes n'avaient pas le même horaire chaque semaine, qu'il était prévu que les mêmes infirmières participent aux trois séances consécutives et qu'il avait un nombre insuffisant d'infirmières de soir et de nuit pour former un groupe. Par conséquent, des groupes mixtes ont été formés, ce qui a eu l'avantage de diminuer les interruptions pendant les séances et de favoriser la communication inter-quarts de travail. Cependant, même si l'ajustement du calendrier a été complexe, l'implication des infirmières gestionnaires dans l'organisation des groupes et la disponibilité de la stagiaire ont permis de former trois groupes avec le plus grand nombre d'infirmières intéressées.

Par ailleurs, un autre défi a été en lien avec le fait que les rencontres se réalisaient durant le temps de travail, car les infirmières ne pouvaient pas se retirer plus d'une heure de leurs responsabilités cliniques. Ainsi, l'activité de réflexion guidée a été divisée en trois séances d'une heure chacune espacée par une période de deux semaines afin d'assurer la faisabilité de l'activité. Cette planification en trois séances a généré deux défis inattendus pour la stagiaire. Le premier s'est produit au début de la deuxième séance lorsque les infirmières ont réalisé spontanément un retour sur leur expérience de la mise en œuvre de leurs apprentissages. Initialement, la stagiaire n'avait pas prévu cette période de partage pourtant bien pertinente. L'enthousiasme des participantes et l'expérience antérieure de la stagiaire en *débriefing*, en contexte de simulation, ont permis à la stagiaire de s'ajuster et d'accueillir les émotions des infirmières et leurs commentaires. Ainsi, pour les autres groupes, la stagiaire a ajouté une période de retour sur l'application des apprentissages au début de chaque séance. Le deuxième défi a été en lien avec la période entre chacune des séances. À cause de l'horaire de certaines participantes dans un des groupes, cette période a été d'une semaine au lieu de deux semaines comme pour les autres groupes. Ce groupe a indiqué avoir manqué de temps pour mettre en œuvre leurs apprentissages. La stagiaire a demandé à leur infirmière clinicienne

assistante au supérieur immédiat (ICASI) de se rendre disponible pour soutenir les infirmières du groupe et ainsi elles ont été capables d'atteindre leurs objectifs d'apprentissage.

Aussi, un autre défi a porté sur le besoin des participantes d'avoir du soutien entre les séances. Initialement, il avait été prévu que l'ICASI ferait un rappel de la RSI sur la gestion de la douleur dans chaque centre. Cependant, les infirmières ont eu besoin de plus de soutien pour faciliter la mise en œuvre de leurs apprentissages entre chaque séance. Pendant les séances, des infirmières ont réalisé qu'elles manquaient certaines connaissances théoriques sur la gestion de la douleur. La stagiaire a alors rencontré les ICASI et planifié avec elles le contenu du soutien théorique qui pourrait être offert à partir de ce qui avait été exprimé comme besoin par les infirmières. Les rappels théoriques ont porté principalement sur l'application de l'algorithme de gestion de la douleur inclut dans la RSI de gestion de la douleur, l'utilisation des outils d'évaluation PAINAD et PACSLAC, la recherche sur intranet, l'examen physique et l'évaluation clinique. Le rôle des ICASI était prévu pour le soutien à leurs collègues dans ce projet de stage, ce qui était cohérent avec la description de leur rôle dans le soutien à la pratique clinique.

Un autre défi visait la stagiaire comme facilitatrice de l'activité de réflexion guidée. Premièrement, tout au long de son parcours d'études, la stagiaire s'est assurée de bien maîtriser les contenus sur la gestion de la douleur et les processus de raisonnement et jugement clinique. Ensuite, la stagiaire a ajusté et intégré l'outil de la facilitatrice pour l'application du modèle de réflexion pour le jugement clinique. La stagiaire avait de l'expérience en *débriefing* et avait pratiqué avec ses collègues l'application de l'outil de la facilitatrice afin d'identifier des stratégies pour son utilisation lors de l'activité de réflexion guidée. Un premier défi qu'elle a rencontré a été la difficulté de prévoir la durée de chaque étape étant donné que celles-ci ne sont pas linéaires dans le temps. Une des stratégies utilisées pour faire face à ce défi a été de faire preuve d'ouverture et de curiosité afin de se concentrer plus sur les échanges qu'à suivre la structure du modèle, tout en la gardant en tête et en prenant des notes. Ces notes lui ont permis de faire des liens entre les commentaires et les étapes du modèle. Un autre défi pour la stagiaire a été que le groupe la percevait plus comme une experte qu'une facilitatrice. Cette perception pourrait avoir été renforcée lors de la première séance, alors que le peu de structure dans la collecte des données rapportée par les infirmières a amené la stagiaire à leur proposer de l'organiser avec l'algorithme de gestion de la douleur. Par ailleurs, la stagiaire était consciente qu'elle était plus confortable dans un rôle d'experte que dans son

nouveau rôle de facilitatrice. Ainsi, la stagiaire a démontré de la curiosité et de l'ouverture en stimulant les réflexions à travers des questions ouvertes et en effectuant une écoute active de leurs réponses, ainsi qu'en les encourageant à expliciter leur processus de raisonnement clinique afin de démontrer son rôle de facilitatrice.

Finalement, la gestion du temps a été un défi lors de la troisième séance de pratique en contexte réel. Une des stratégies appliquées afin de répondre à un besoin de plus de temps a été de consulter les chefs d'unité et les participantes sur la possibilité de prolonger cette séance de quinze minutes afin de permettre l'évaluation de l'activité de réflexion, ce qui avait été accepté. Les premières 30 minutes avaient été prévues pour évaluer un résident en contexte réel, suivi de 30 minutes de réflexion guidée. Ce temps de réflexion a permis l'accueil des échanges sur leur expérience, les apprentissages réalisés et les obstacles perçus lors de la mise en application de leurs apprentissages.

Un défi d'un autre ordre pour la stagiaire a été l'application du modèle de réflexion pour le jugement clinique auprès du quatrième groupe composé seulement des infirmières gestionnaires. Dans les écrits théoriques, le modèle de réflexion pour le jugement clinique avait été utilisé seulement auprès d'infirmières offrant des soins directs et les gestionnaires apportaient leur soutien sans participer aux rencontres. Cependant, étant donné que les infirmières gestionnaires avaient déjà participé à une formation de simulation avec *débriefing* et qu'elles ont exprimé leur intérêt dès le début du projet à participer à l'activité de réflexion guidée, un quatrième groupe composé exclusivement d'infirmières gestionnaires a été formé.

Il a été pertinent de ne pas les intégrer dans les groupes déjà prévus pour les infirmières soignantes étant donné leur lien hiérarchique qui aurait pu diminuer la participation ou la profondeur de la réflexion des infirmières. Dès la première rencontre d'infirmières gestionnaires, il y a eu des différences dans la nature des réflexions et dans la dynamique du groupe et cela, même si l'outil de la facilitatrice et les étapes du modèle restaient les mêmes. D'abord, il était prévu que la réflexion débute par le partage d'une expérience qui posait un problème auprès d'un résident ne pouvant autodéclarer sa douleur. Une expérience a été partagée lors de la première séance bien que l'infirmière gestionnaire n'était pas directement impliquée dans la situation. Lors de la deuxième et troisième séance, les infirmières gestionnaires n'avaient pas d'autres situations à partager. La stagiaire a donc présenté un cas clinique qui avait été préparé antérieurement pour pallier, au besoin, à cette éventualité (voir

annexe C). En utilisant le même outil pour guider la réflexion, la stagiaire a invité les gestionnaires à répondre aux questions. Elles ont répondu rapidement en partageant leurs connaissances et en imaginant des hypothèses explicatives en plus de décrire les interventions possibles. Ainsi, le groupe a complété les étapes du modèle rapidement. Leur réflexion était centrée sur le besoin de comprendre les outils d'observation de la douleur et de l'algorithme de gestion de la douleur. Étant donné leur pratique en gestion, les échanges étaient orientés sur comment les infirmières intervenaient dans des situations d'incertitude et sur comment les aider dans l'application des outils.

En résumé, les défis rencontrés lors de ce stage ont surtout porté sur la capacité d'inclure le plus grand nombre d'infirmières participantes aux groupes et de s'assurer de leur participation aux trois séances consécutives pour la réflexion guidée pendant leur temps de travail. Cela a généré une complexité dans l'élaboration du calendrier et pour trouver des locaux. D'un autre côté, ces choix se sont avérés efficaces quant au nombre de participantes et l'occasion d'offrir un temps de mise en œuvre pour les apprentissages entre les séances. Par ailleurs, pendant ces périodes de mise en œuvre, le défi d'apporter du soutien clinique aux infirmières a été pallié par le soutien des ICASI qui a été facilité par la cohérence de ce projet de stage avec les priorités de l'organisation. Un autre type de défi était lié à la stagiaire dans son rôle de facilitatrice, mais diverses stratégies ont pu être utilisées pour s'assurer de bien respecter les fondements du modèle de réflexion pour le jugement clinique. L'activité a donc démontré sa faisabilité CHSLD.

#### **4.4 Activités de transfert de connaissances**

La recension des écrits de ce projet de stage a été présentée dans une communication par affiche lors du colloque Alice-Girard de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal en mai 2019. En plus, un article présentant le lien entre l'ambiguïté des comportements, le sentiment d'incertitude et le jugement clinique sera soumis pour publication dans un périodique en libre accès et en langue française, afin de rejoindre un plus grand nombre d'infirmières francophones.

Une autre activité de partage de connaissances a été la présentation que la stagiaire a réalisée auprès des conseillères en soins sur le modèle de réflexion pour le jugement clinique et les retombées de son application dans ces deux CHSLD. Les conseillères ont manifesté leur intérêt en demandant plus d'information sur le modèle et des articles portant sur le thème leur

ont été envoyés par courriel. De plus, le CHSLD où travaille la stagiaire a manifesté son intérêt pour l'activité de réflexion guidée afin de l'intégrer comme stratégie d'amélioration continue de la pratique infirmière en contexte d'incertitude. Ainsi, la stagiaire planifie d'offrir cette formation aux infirmières œuvrant dans ce CHSLD.

En conclusion, la mise en œuvre de ce projet de réflexion guidée visant l'affinement du jugement clinique en contexte d'incertitude a suscité l'intérêt et la participation enthousiaste des infirmières dans les deux CHSLD participants. L'engagement des infirmières dans l'activité de réflexion leur a permis d'explicitier leur processus de raisonnement et de jugement clinique. Ainsi, elles ont réussi à porter un regard critique sur leur pratique, à prendre conscience et à intégrer un raisonnement clinique plus analytique, ainsi qu'à améliorer la confiance dans leur jugement clinique. Elles ont aussi développé leur capacité à utiliser les outils de gestion de la douleur pour guider leur prise de décisions dans un contexte d'incertitude sur la présence de douleur. Malgré certains défis, ce projet de stage a permis de déployer concrètement en CHSLD le modèle de réflexion pour le jugement clinique et d'obtenir des retombées intéressantes pour la pratique clinique infirmière.

## **Chapitre 5 : Discussion**

Ce chapitre présente les différentes retombées du stage mises en lien avec des écrits. Ces écrits portent sur les difficultés des infirmières œuvrant en CHSLD dans l'exercice de leur jugement clinique en contexte d'incertitude, soit dans la gestion de la douleur auprès de résidents ne pouvant l'autodéclarer, et sur l'approche pédagogique de réflexion guidée. En plus, ce chapitre porte sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de la stagiaire. Par ailleurs, des recommandations pour la pratique, pour la formation, pour la gestion et pour la recherche sont présentées.

### **5.1 Retombées et lien avec les écrits**

Dans les deux milieux de soins impliqués dans le projet, un des besoins prioritaires était que les infirmières soient formées dans la gestion de la douleur et à l'affinement de leur jugement clinique afin d'améliorer la qualité des soins. Bien que les infirmières aient suivi des formations théoriques sur les meilleures pratiques dans l'évaluation de la douleur ainsi que sur l'utilisation d'outils d'observation, la gestion de la douleur auprès des résidents ne pouvant l'autodéclarer restait à améliorer. Ce constat quant à la gestion de la douleur est récurrent dans diverses études (Achterberg et al., 2013; Burns et McIlfatrick, 2015; Chandler et Bruneau, 2014; Chandler, M.G. Zwakhalen, Docking, Bruneau et Schofield, 2017; Cohen-Mansfield, 2014; De Witt Jansen et al., 2018).

Les écrits analysés en préparation à ce stage indiquent que le manque de reconnaissance et d'évaluation de la douleur chez les résidents atteints de TNC ne pouvant autodéclarer peut être amélioré. Pour ce faire, un des moyens est par l'utilisation d'outils d'observation de la douleur (Bauer et al., 2016) qui guident la prise de décisions infirmières (Lichtner, Dowding et Closs, 2015) et en conséquence leur processus de raisonnement clinique. Les écrits mentionnent qu'une des difficultés dans ce processus peut être le manque de connaissances, par exemple sur la gestion de la douleur, ou le manque de leur intégration à la pratique (Audétat et al., 2011; Chapados et al., 2014; Ebright, Urden, Patterson et Chalko, 2004). Concernant la gestion de la douleur, les résultats des diverses études analysées indiquent que de la formation théorique et de l'entraînement à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur peuvent améliorer sa gestion (Hadjistavropoulos et al., 2011; Hyochol et al., 2015; Kovach et al., 2012; Liu et Lai, 2017; Manias, Gibson et Finch, 2011). Cela confirme la pertinence de ce projet de stage et explique la réaction des participantes à l'activité qui leur a été proposée.

Durant la mise en œuvre de l'activité réflexive, les échanges avec les infirmières ont mis en évidence une difficulté pour reconnaître la douleur, entre autres, par un manque des connaissances sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, ce qui rejoint le constat des écrits. Ce manque de connaissances est apparu pendant les premières séances avec des impacts sur leur raisonnement et jugement clinique manifestés par des difficultés à reconnaître les signes de la douleur en contexte d'incertitude. Une des retombées de cette activité de réflexion guidée a été qu'elle a permis aux infirmières de mieux identifier des signes de la douleur et de guider leur pratique en reconnaissant la pertinence de l'utilisation des outils d'évaluation et les façons de les intégrer dans leur pratique. Concernant ces outils d'évaluation, des écrits ont indiqué certains éléments expliquant les réticences à leur utilisation et leur lien avec le jugement clinique infirmier. Par exemple, dans une étude en soins palliatifs, De Witt Jansen et al. (2018) ont indiqué que la plupart des participants à leur étude n'utilisaient pas d'outils d'évaluation de la douleur, car ils leur semblaient incomplets en comparaison avec leur expérience clinique. Dans une autre étude, Wøien et Bjørk (2013) ont indiqué que certaines infirmières craignaient que le pointage résultant d'un outil puisse remettre en question leur jugement clinique. Durant ce stage, l'activité de réflexion guidée a permis de constater que les infirmières percevaient ces outils comme complémentaires à leur connaissance du résident et à leur expérience clinique. Par ailleurs, un avantage qu'elles percevaient à l'utilisation de ces outils était qu'ils leur permettaient de dépister et d'évaluer la douleur des résidents qu'elles ne connaissaient pas. En plus, l'utilisation des outils d'évaluation les permettait de suspecter la douleur et de diminuer leur sentiment d'incertitude quant à sa présence et donc de guider leur jugement clinique.

D'autres écrits ont indiqué qu'une autre difficulté dans le processus de raisonnement clinique peut être le manque de connaissances sur l'application du processus hypothético-déductif (Audétat et al., 2011; Chapados et al., 2014; Ebright et al., 2004). Durant ce stage, l'activité de réflexion guidée a permis de mettre en évidence que plusieurs infirmières avaient des croyances contraignantes sur l'élaboration des hypothèses explicatives. Les infirmières craignaient commettre des erreurs si l'hypothèse n'était pas la cause réelle des comportements. L'activité de réflexion guidée a permis aux infirmières de clarifier le processus hypothético-déductif en explicitant leur processus de raisonnement clinique en vue d'élaborer un constat d'évaluation et donc d'exercer leur jugement clinique.

Concernant le processus de raisonnement clinique, une autre difficulté soulevée par les écrits est liée aux biais cognitifs qui influencent la prise de décisions et qui peuvent nuire à la



flexibilité du processus, par exemple en privilégiant une seule hypothèse et en négligeant d'autres (Audétat et al., 2011; Chapados et al., 2014; Ebright et al., 2004). Les résultats rapportés dans les écrits s'accordent pour indiquer que l'évaluation de la douleur est influencée par l'interprétation des comportements souvent ambigus qui sont plus fréquemment liés aux TNC sans penser à la douleur comme hypothèse explicative de ces comportements (Flo, Gulla et Husebo, 2014; Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013; Kaasalainen et al., 2007). Par exemple, l'activité de réflexion guidée durant le stage a permis de mettre en évidence que plusieurs infirmières utilisaient des connaissances issues de leur expérience, dont les situations de résidents présentant des comportements réactifs liés aux TNC, ce qui pouvait les amener parfois à négliger de considérer la douleur comme une cause possible de comportements réactifs.

Par ailleurs, les études de Gilmore-Bykovskiy et Bowers (2013) et de Rababa (2018) indiquent que si dans une situation complexe la présence de douleur peut être une cause possible, cela peut provoquer de l'incertitude chez les infirmières qui approfondiront alors leur évaluation en conséquence. En plus, ces situations provoquant de l'incertitude peuvent, entre autres, représenter une occasion d'apprentissage (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk et Nagle, 2012) et le point de départ de l'activité de réflexion (Dewey, 1910). Les retombées du stage sont cohérentes avec les propos de ces auteurs sur la pertinence de reconnaître le sentiment d'incertitude dans la pratique clinique pour l'amélioration des apprentissages et pour stimuler la réflexion. Par exemple, les échanges avec les infirmières ont permis de mettre en évidence la présence d'incertitude en la décrivant comme un sentiment d'être « démunies » et « sans savoir quoi faire ». À la suite des séances de réflexion, elles ont indiqué qu'elles allaient se servir de leur sentiment d'incertitude pour reconnaître et dédier du temps aux situations cliniques ambiguës en approfondissant leur évaluation en utilisant les outils de gestion de la douleur et d'examen clinique.

Concernant l'amélioration de la pratique clinique, une démarche de réflexion peut permettre d'apporter des améliorations dans la pratique clinique infirmière (Asselin et al., 2013). Par exemple, lors de séances durant le stage, les commentaires des infirmières ont mis en évidence qu'elles pouvaient porter un regard critique sur leur pratique ainsi que la motivation pour l'améliorer. En plus, elles ont indiqué avoir pris conscience de leur rôle professionnel d'évaluation de l'état de santé afin de mettre en place des interventions efficaces pour soulager la douleur des résidents.

De plus, ce stage a permis d'appuyer les conclusions de diverses études sur la pertinence d'utiliser une démarche de réflexion structurée pour augmenter les connaissances et affiner le jugement clinique (Dreifuerst, 2015; Goudreau et al., 2015; Lavoie et al., 2017). Grâce à la démarche du modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017), les infirmières ont pu observer explicitement leur processus de raisonnement clinique pendant les séances ce qui leur a permis de comprendre comment elles posaient un jugement clinique. Par exemple, dans les commentaires des infirmières, elles ont exprimé qu'une fois qu'elles avaient compris comment élaborer des hypothèses explicatives, elles s'étaient senties capables d'élaborer des constats d'évaluation plus facilement lors des situations semblables « car elles savaient comment faire maintenant ».

D'ailleurs, durant ce stage et en lien avec l'acquisition de connaissances, le rôle actif des participantes dans leur apprentissage a permis d'appuyer les écrits de Knowles (2015) sur l'application d'une stratégie offrant l'occasion de pratiquer et de valider leur performance en lien avec les objectifs. Ainsi, l'activité incluant l'évaluation clinique de la douleur au chevet du résident a permis aux participantes d'explicitier leur processus de raisonnement clinique en contexte réel en plus de leur permettre de réaliser l'examen clinique pour valider les hypothèses explicatives construites et d'en privilégier comme causes possibles de la douleur afin de planifier des interventions. Cette retombée de l'intégration des connaissances dans la pratique a été la plus appréciée par les infirmières participantes et selon leurs commentaires, elles se sentaient plus confiantes dans leur évaluation.

Une autre retombée de ce stage est liée à la participation des infirmières gestionnaires. Dans les deux milieux, les gestionnaires avaient identifié des besoins prioritaires pour améliorer la qualité de soins dans la gestion de la douleur, dont l'affinement du jugement clinique dans un contexte d'incertitude. Leur intérêt pour soutenir les besoins des infirmières dans leur pratique de gestion de la douleur a amené les infirmières gestionnaires à intégrer un quatrième groupe de réflexion guidée formé exclusivement des gestionnaires. En plus, dans les études portant sur la pratique réflexive, les infirmières gestionnaires étaient un acteur clé dans l'organisation et le soutien de l'activité (Clifford et Doody, 2018; Goudreau et al., 2015). Par leur rôle de gestion, elles peuvent avoir une influence dans le développement et la pérennité de la pratique réflexive dans leurs unités, étant donné que la réflexion se réalise en temps de travail et qu'un des obstacles importants est le manque de temps (Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont, 2013).

Par ailleurs, pour ce qui est de l'influence des participantes lors de la mise en œuvre des activités innovantes, Damschroder et al. (2009) décrivent que les participantes jouent un rôle important et actif par leur capacité d'agentivité. Cela implique que leurs comportements et leurs choix influencent les autres et leur environnement (Damschroder et al., 2009). Cette agentivité peut se définir comme la capacité intentionnelle d'agir sur soi, sur les autres et sur son environnement en le transformant (Jézégou, 2014). Ainsi, la capacité d'agir collective est liée à l'interaction entre les comportements, les motivations et les sentiments pour transformer son environnement. En plus, la capacité d'agir collective serait influencée par la croyance que le groupe est et restera capable d'atteindre son but à travers un effort collectif et coordonné (Jézégou, 2014; Nagels, 2010). Par exemple, durant ce stage, les infirmières ont manifesté leur perception de « savoir quoi faire » pour exercer leur jugement clinique en contexte d'incertitude à la suite de l'activité réflexive. Dans une perspective d'influence par l'agentivité collective, le niveau d'efficacité du groupe pourrait, entre autres, être influencé par la perception des infirmières et d'infirmières gestionnaires, par exemple, sur leur capacité à exercer leur jugement clinique. Ainsi, une perception positive va influencer les comportements, les motivations et les sentiments des infirmières, des infirmières gestionnaires et du groupe, en transformant ainsi leur environnement dans un environnement qui reconnaît et favorise, par exemple, l'intégration des apprentissages à la pratique.

En conclusion, la mise en œuvre avec succès d'une activité de réflexion guidée dans la pratique en CHSLD a mené à des retombées qui correspondent à ce que les écrits ont décrit. Ces retombées concernent les apprentissages des infirmières sur l'exercice de leur jugement clinique en contexte d'incertitude ainsi que des retombés sur l'utilisation du modèle de réflexion pour le jugement clinique comme approche pédagogique de réflexion guidée.

## **5.2 Atteinte des objectifs de stage**

Les objectifs du stage ont tous été atteints durant la mise en œuvre du projet. Le premier objectif était de développer une activité réflexive guidée afin d'affiner le processus de raisonnement clinique en contexte d'incertitude en se basant sur des résultats probants. Cet objectif a été atteint par l'élaboration du guide de la facilitatrice (tableau 1) qui a été adapté de la description de l'activité de réflexion présentée par Lavoie et al. (2017) en plus d'intégrer à celle-ci les résultats probants qui la soutiennent. De plus, la stagiaire a développé son rôle de facilitatrice pour accompagner les participantes à travers de l'écoute active, ce que lui a permis

de s'ajuster à la nature itérative du modèle et à conserver une ouverture et une curiosité lors des échanges.

Le deuxième objectif était de mettre en œuvre l'activité de réflexion guidée auprès d'infirmières en CHSLD. Cet objectif a été atteint par la réalisation de douze séances de réflexion auprès d'un total de 24 infirmières. Cette mise en œuvre a été soutenue par des facteurs facilitants l'activité de réflexion selon les résultats probants analysés, entre autres, le fait que les séances aient été réalisées en temps de travail rémunéré et que des groupes mixtes aient été formés afin d'augmenter le nombre de participantes de différents quarts de travail et pour diminuer le risque d'interruptions.

Le troisième objectif était de sensibiliser les infirmières à l'importance d'exercer leur jugement clinique en contexte d'incertitude ainsi que d'utiliser des outils d'évaluation standardisés afin de guider leur jugement clinique dans ce contexte. Cet objectif a été atteint en intégrant des situations réelles qui avaient généré un sentiment d'incertitude, en plus d'intégrer une situation d'évaluation en contexte réel au chevet d'un résident. De plus, l'inclusion de brefs rappels de certains concepts théoriques sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur lors de séances de réflexion a facilité leur compréhension. Par ailleurs, le partage d'expériences lors de la mise en œuvre des apprentissages a permis des échanges et de répondre aux questionnements dans l'application des outils. De plus, la stagiaire a ajouté une étape au début des séances de réflexion afin de permettre ces échanges et d'augmenter la sensibilisation à l'importance d'exercer leur jugement clinique.

Le quatrième objectif de stage était d'apprécier la satisfaction et la perception des infirmières quant à la contribution de cette activité à l'amélioration de leur jugement clinique pour la gestion de la douleur dans un contexte d'incertitude. Cet objectif a été atteint à travers la rétroaction que les infirmières participantes partageaient spontanément après chaque séance et par l'utilisation d'un questionnaire créé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal afin d'octroyer l'accréditation à une activité de formation continue (voir annexe D). Ce questionnaire a permis d'apprécier la satisfaction des infirmières participantes à l'égard de l'activité de réflexion guidée ainsi que le degré d'atteinte de chacun des objectifs de l'activité (voir tableau 3).

Le dernier objectif était le transfert de connaissances sur la gestion de la douleur et sur les facteurs qui influencent le jugement clinique en contexte d'incertitude à divers auditoires.

Cet objectif a été atteint par deux situations de transfert de connaissances, soit lorsque la stagiaire a présenté une affiche dans un colloque universitaire et lors de la présentation du modèle de réflexion pour le jugement clinique aux conseillères de la DSI intéressées par les retombées de ce stage. En plus, la stagiaire soumettra pour publication un article présentant la recension des écrits sur le lien entre l'incertitude et le jugement clinique dans la gestion de la douleur qui sera disponible dans une revue francophone de libre accès et donc facilement disponible aux infirmières. Toutefois, bien que cet objectif ait été atteint, d'autres activités de transfert de connaissances supplémentaires n'ont pas pu avoir lieu étant donné le contexte de la pandémie de la COVID-19 qui a immédiatement suivi la fin du stage en milieu clinique.

### **5.3 Atteinte des objectifs d'apprentissage**

Les objectifs d'apprentissage ont tous été atteints. Le premier objectif était de développer des connaissances ainsi que des habiletés à guider une démarche réflexive en groupe. Cet objectif a été atteint par la mise en œuvre avec succès du modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) auprès de 24 infirmières en CHSLD. À travers l'analyse des écrits sur la démarche de réflexion structurée par le modèle de jugement clinique, la stagiaire a élaboré un outil pour la facilitatrice décrivant l'activité de réflexion guidée pour la gestion de la douleur en contexte d'incertitude (voir tableau 1). En plus, la stagiaire a pratiqué l'application du modèle de réflexion pour le jugement clinique afin de se familiariser avec l'outil. Les échanges avec l'auteur du modèle ont été très enrichissants et ont permis à la stagiaire de clarifier certains aspects dans l'application du modèle, surtout dans les aspects de planification de temps dans ce processus itératif, ainsi que la place de contenu théorique dans les séances.

Le deuxième objectif était de développer des habiletés d'analyse critique des écrits scientifiques ainsi que dans l'application de leurs résultats à la pratique clinique. En étant une des compétences essentielles à la pratique avancée (interventions innovantes basées sur des résultats probants et adaptés à la pratique), la stagiaire a réalisé une recension des écrits afin d'acquérir ces habiletés, par exemple, en utilisant des tableaux permettant l'analyse du contenu des écrits ainsi que des grilles d'analyse de leur qualité et pertinence. Ces habiletés ont été développées lors des étapes de rédaction de la problématique et de la recension des écrits sur la gestion de la douleur en contexte d'incertitude. Par ailleurs, l'atteinte de cet objectif d'apprentissage a mené à la soumission d'une revue narrative des écrits pour publication.

Le dernier objectif était de développer des compétences de collaboration et de leadership lors de la mise en œuvre de l'activité de stage auprès des diverses parties prenantes, comme les gestionnaires et chefs d'unité, les ICASI et les infirmières participantes. Ces compétences de pratique avancée ont été déployées, entre autres, lors des rencontres de présentation du stage auprès des gestionnaires, auprès des infirmières lors des séances de réflexion ainsi que lors des rencontres informelles de la stagiaire lors des visites hebdomadaires aux centres pour la préparation des séances. D'ailleurs, la stagiaire a fait preuve de leadership en établissant une étroite collaboration et un climat de confiance avec les infirmières participantes de chaque milieu.

Les infirmières participantes ont exprimé que l'attitude d'écoute et sans jugement de la part de la stagiaire leur a permis de s'impliquer dans la réflexion sur leur pratique. D'ailleurs, leur ouverture et leur enthousiasme à partager leurs expériences et pour accueillir celles de leurs collègues lors de chaque séance ont été des éléments essentiels au succès de ce stage. Leur participation engagée dans la discussion lors de chaque séance leur a permis de poser un regard critique sur leur pratique en identifiant ainsi leurs besoins d'apprentissage tout en constatant leur capacité de les mettre en œuvre dans leurs milieux. Ainsi, la stagiaire a réussi en collaboration avec les infirmières participantes, les gestionnaires, l'ICASI, et la personne-ressource, à réaliser des séances de réflexion guidée dans un environnement accueillant et stimulant à la participation tant aux séances de réflexion que dans l'investissement de participantes dans l'élaboration d'un aide-mémoire et d'une feuille de travail pas-à-pas sur l'examen clinique comme de facilitateurs pour la mise en œuvre de leurs apprentissages.

## **5.4 Recommandations**

### *5.4.1 Pour la pratique clinique*

L'activité réflexive peut favoriser le changement dans la pratique clinique infirmière (Asselin et al., 2013; Dubé et Ducharme, 2014; Larue et al., 2013). Par les retombées de ce stage et les demandes des infirmières participantes, nous recommandons d'étendre l'activité de réflexion guidée à d'autres thèmes complexes générant de l'incertitude en CHSLD afin de stimuler les infirmières à se servir de leur sentiment d'incertitude pour identifier des occasions d'apprentissage, par exemple, lors de situations inattendues ou considérées comme intéressantes pour les infirmières. En plus, afin de favoriser l'intégration de nouvelles connaissances à la pratique clinique, nous recommandons que des activités de pratique

réflexive en petits groupes soient utilisées lors de l'implantation de nouvelles meilleures pratiques dans l'organisation.

#### *5.4.2 Pour la gestion*

Dans ce stage, les infirmières gestionnaires ont été des acteurs clés dans la mise en œuvre de l'activité de réflexion guidée, tant pour la mobilisation de leurs équipes que pour le soutien à leurs apprentissages. Ainsi, en considérant les retombées observées chez les infirmières participantes à cette activité, nous recommandons de continuer les efforts pour promouvoir et soutenir les activités de réflexion dans les unités de soins et au chevet des résidents. Par exemple, les infirmières gestionnaires peuvent continuer d'appliquer des stratégies facilitantes à la formation, telles que libérer les infirmières de leurs tâches, former de groupes mixtes avec des infirmières de différents quarts de travail ou de continuer à soutenir la formation des infirmières en temps rémunéré par l'organisation. En plus, les gestionnaires peuvent continuer à faciliter la mise en œuvre des apprentissages que les infirmières ont réalisés lors des activités de réflexion en soutenant leur capacité dans l'exercice de leur jugement clinique à travers une approche d'ouverture et de confiance.

#### *5.4.3 Pour la recherche*

Durant ce stage, des éléments sont ressortis qui pourraient être explorés dans le cadre de futurs travaux de recherche. Selon les connaissances de la stagiaire, d'autres rencontres de pratique réflexive sur l'évaluation clinique et d'autres situations complexes de soins ont eu lieu dans les CHSLD de l'organisation, cependant, une activité de réflexion guidée est la première à être réalisée dans un contexte de formation continue auprès des infirmières en CHSLD. Ainsi, des études auprès d'un grand nombre de participantes dans d'autres situations de soins pourraient augmenter les connaissances sur la mise en œuvre de cette stratégie pédagogique pour l'affinement du jugement clinique aux soins aux personnes âgées lors de situations complexes. En plus, des travaux de recherche pourraient être réalisés afin de déterminer les effets sur la qualité de la pratique auprès de résidents lors de la mise en œuvre d'une activité de réflexion guidée efficace auprès des infirmières ayant de l'expérience clinique et dans un contexte de formation continue.

#### *5.4.4 Pour la formation*

Dans ce stage, l'activité de réflexion guidée a été structurée par le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie et al. (2017) qui a permis d'obtenir des retombées

importantes sur le jugement clinique des infirmières, dans l'amélioration de leur confiance dans l'évaluation de la douleur et dans l'intégration de connaissances à la pratique clinique. En plus, les infirmières participantes ont partagé leur satisfaction quant à cette approche, leur enthousiasme à y participer en plus de réitérer qu'elle devait être utilisée dans « toutes les formations ». Ainsi, nous recommandons d'inclure l'application du modèle de réflexion pour le jugement clinique lors des activités de formation continue pour l'intégration des meilleures pratiques dans les unités de soins.

Par ailleurs, nous considérons judicieux de partager certaines des recommandations en lien avec le rôle de facilitatrice. Il est suggéré que celle-ci possède de l'expertise sur les thèmes abordés afin de soutenir l'élaboration d'hypothèses explicatives, ainsi que pour guider les participantes dans l'identification d'interventions conduisant aux résultats visés (Lavoie et al., 2017). Durant ce stage, la stagiaire a développé une expertise sur la thématique spécifique traitée, soit l'évaluation de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer en CHSLD. De plus, la stagiaire, qui était plus habituée à un rôle de formatrice que de facilitatrice, a dû s'adapter dans ce rôle d'accompagnement des participantes à expliciter leur processus de raisonnement clinique. Cela a été facilité à une attitude d'écoute et d'ouverture afin que les participantes puissent être actives dans leurs apprentissages. Il est donc recommandé de tenir compte de ces éléments lors de la mise en œuvre d'activités de réflexion guidée.

En conclusion, les différents objectifs de ce stage ont été atteints. En plus, la mise en œuvre avec succès de l'activité réflexive prévue pour ce stage et ses retombées nous a permis de proposer des recommandations pertinentes pour les infirmières qui souhaiteraient implanter une activité réflexive. Il serait pertinent d'explorer si cette activité de réflexion guidée par le modèle de réflexion pour le jugement clinique lors de l'évaluation de la douleur auprès des résidents ne pouvant l'autodéclarer, pourrait être transférable dans d'autres milieux de soins afin de répondre au besoin urgent d'améliorer la gestion de la douleur chez les personnes âgées dans nos organisations de santé. Par ailleurs, étant donnée l'amélioration de la confiance des infirmières dans leur processus de raisonnement et de jugement clinique, cette activité de réflexion guidée pourrait faire partie de stratégies de formation continue afin d'affiner le jugement clinique des infirmières lors de situations complexes, ambiguës ou incertaines si fréquentes chez les personnes âgées vivant avec TNC.



## Références

Aasmul, I., Husebo, B. S. et Flo, E. (2016). Staff Distress Improves by Treating Pain in Nursing Home Patients With Dementia: results From a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain & Symptom Management*, 52(6), 795-805. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.07.004

Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C., Van Dalen-Kok, A. H., De Waal, M. W. M., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., . . . Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471-1482. doi: 10.2147/CIA.S36739

Agit, A., Balci, C., Yavuz, B. B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M. E., Halil, M., . . . Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: pain. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 31(4), 186-193. doi: 10.1177/0891988718785765

Asselin, M. E., Schwartz-Barcott, D. et Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 905-914. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06082.x

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). Évaluation et prise en charge de la douleur. Repéré à <http://rnao.ca/bpq/translations/%C3%A9valuation-et-prise-en-charge-de-la-douleur>

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). Pour la qualité de vie personnes hébergées en CHSLD. 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)

Audétat, M.-C., Laurin, S. et Sanche, G. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes

de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 12, 223-229. doi:  
10.1051/pmed/2011109

Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R. et Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state - a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16, 1-10. doi: 10.1186/s12877-016-0295-1

Benner, P. et Tanner, C. (1987). Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition. *The American Journal of Nursing*, 87(1), 23-31. doi: 10.2307/3470396

Bourbonnais, A. (2009). *Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. [Montréal]: Université de Montréal.

Bourbonnais, A., Ducharme, F. (2010). Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante? Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 155-174). Québec: Presses de l'Université Laval.

Brown, M. et Mc Curry, M. (2019). An Integrative Review of Clinical Reasoning Teaching Strategies and Outcome Evaluation in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 11-17. doi:  
10.1097/01.NEP.0000000000000375

Burns, M. et McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. doi:  
10.12968/ijpn.2015.21.10.479

Cappelletti, A., Engel, J. K. et Prentice, D. (2014). Systematic Review of Clinical Judgment and Reasoning in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453-458. doi: 10.3928/01484834-20140724-01

- Carter, B. (2013). Reflecting in groups. Dans C. Bulman & S. Schutz (dir.), *Reflective practice in nursing* (5<sup>e</sup> éd., p. 93 - 121). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Chandler, R. et Bruneau, B. (2014). Barriers to the management of pain in dementia care. *Nursing Times*, 110, 12-16.
- Chandler, R., M.G. Zwakhalen, S., Docking, R., Bruneau, B. et Schofield, P. (2017). Attitudinal and knowledge barriers towards effective pain assessment and management in dementia: a narrative synthesis. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 523-537.
- Chapados, C., Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Clifford, C. et Doody, O. (2018). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(1), 26-36. doi: 10.1111/jpm.12436
- Cohen-Mansfield, J. (2014). Even with regular use of an observational scale to assess pain among nursing home residents with dementia, pain-relieving interventions are not frequently used. *Evidence - Based Nursing*, 17(1), 24. doi: 10.1136/eb-2012-101205
- Cranley, L. A., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A. et Nagle, L. (2012). Recognizing and responding to uncertainty: a grounded theory of nurses' uncertainty. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(3), 149-158. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS*, 4(1), 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50

- Davies, N., Manthorpe, J., Sampson, E. L., Lamahewa, K., Wilcock, J., Mathew, R. et aliffe, S. (2018). Guiding practitioners through end of life care for people with dementia: the use of heuristics. *PLOS ONE*, 13(11), e0206422. doi: 10.1371/journal.pone.0206422
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., . . . Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346-1354. doi: 10.1002/gps.4931
- Dewey, J. (1910). *How we think*. Boston: Heath.
- Dillane, I. et Doody, O. (2019). Nursing people with intellectual disability and dementia experiencing pain: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 0(0). doi: 10.1111/jocn.14834
- Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., . . . José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53(Supplement C), 152-162. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009)
- Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in Simulation Learning: A Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 109-114.
- Dreifuerst, K. T. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *The Journal of Nursing Education*, 51(6), 326-333. doi: 10.3928/01484834-20120409-02
- Dreifuerst, K. T. (2015). Getting started with debriefing for meaningful learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(5), 268-275. doi: [10.1016/j.ecns.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.01.005)

- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: a mixed method study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1).
- Ebright, P. R., Urden, L., Patterson, E. et Chalko, B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event Situations. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 34(11).
- Ersek, M., Neradilek, M. B., Herr, K., Jablonski, A., Polissar, N. et Du Pen, A. (2016). Pain management algorithms for implementing best practices in nursing homes: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 348-356. doi: [10.1016/j.jamda.2016.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.001)
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2008). Grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT). Montréal: auteur.
- Fläckman, B., Wimo, A., Sköldunger, A. et Engström, M. (2017). Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach. *BMC Geriatrics*, 17(1). doi: 10.1186/s12877-017-0454-z
- Flo, E., Gulla, C. et Husebo, B. S. (2014). Effective pain management in patients with dementia: benefits beyond pain? *Drugs & Aging*, 31(12), 863-871. doi: 10.1007/s40266-014-0222-0
- Fry, M., MacGregor, C., Hyland, S., Payne, B. et Chenoweth, L. (2015). Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12), 1622-1629. doi: 10.1111/jocn.12763
- Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T. et Lix, L. (2008). Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clinical Journal of Pain*, 24(8), 697-707.

- Gilmore-Bykovskiy, A. L. et Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-138. doi: 10.3928/19404921-20130110-02
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 572-578. doi: [10.1016/j.nepr.2015.10.013](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013)
- Hadjistavropoulos, C. T., Herr, G. K., Turk, H. D., Fine, A. P., Dworkin, E. R., Helme, T. R., . . . Williams, K. J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Pain*, 23 Suppl 1, S1-S43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31802be869
- Hadjistavropoulos, T., Claude, J. A. J., Hadjistavropoulos, H., Marchildon, G. P., Kaasalainen, S., Gallagher, R. et Beattie, B. L. (2011). STAKEHOLDER OPINIONS on a transformational model of pain management in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(7), 40-51. doi: 10.3928/00989134-20100503-03
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A. et Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology*, 13(12), 1216-1227. doi: [10.1016/S1474-4422\(14\)70103-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70103-6)
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L. et Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of advanced nursing*, 68(5), 1082-1089. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Heagney, J. (2016). *Fundamentals of project management*. (5<sup>e</sup> éd.). New York: American Management Association.
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R. et Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical

practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: [10.1016/j.pmn.2011.10.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002)

Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. et Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*, 343, d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065

Hyochol, A., Garvan, C. et Lyon, D. (2015). Pain and aggression in nursing home residents with dementia. *Nursing Research*, 64(4), 256-263. doi: 10.1097/NNR.0000000000000099

Jézégou, A. (2014). L'agentivité humaine: un moteur essentiel pour l'élaboration d'un environnement personnel d'apprentissage. *STICEF (Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Éducation et la Formation)*, 21.

Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos, T., Emili, A. et Ploeg, J. (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 29(5), 561-580. doi: 10.1177/0193945906295522

Keen, A., Embree, J., Lancaster, S. et Bartlett Ellis, R. J. (2017). Feasibility of using mixed-media vignettes to enhance nursing knowledge and attitudes about pain management. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(6), 282-288. doi: 10.3928/00220124-20170517-10

Kerr, D., Cunningham, C., Wilkinson, H. (2006). *Responding to the pain needs of people with a learning disability*. Repéré à <https://www.jrf.org.uk/report/pain-management-older-people-learning-difficulties-and-dementia>

Knowles, M. S. (2015). *The adult learner : the definitive classic in adult education and human resource development*. (Eighth edition..<sup>e</sup> éd.). New York, N.Y. : Routledge.



- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M. et Wells, T. (2006). Effects of the serial trial intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 21(3), 147-155. doi: 10.1177/1533317506288949
- Kovach, C. R., Simpson, M. R., Joosse, L., Logan, B. R., Noonan, P. E., Reynolds, S. A., . . . Raff, H. (2012). Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 5(4), 251-263. doi: 10.3928/19404921-20120906-01
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J. et Dumont, K. (2013). Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 76-87. doi: 10.3917/rsi.112.0076
- Lasater, K. et Nielsen, A. (2009). Reflective journaling for clinical judgment development and evaluation. *Journal of Nursing Education*, 48(1), 40-44. doi: 10.3928/01484834-20090101-06
- Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J. I., Goudreau, J. et Fima, O. (2017). Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : un modèle pour les formateurs en soins infirmiers. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3(1). doi: 10.17483/2368-6669.1100
- Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., Pepin, J. I., Tanner, C. A. et Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 7(2), 4. doi: [10.17483/2368-6669.1272](https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272)

- Lavoie, P., Pepin, J. et Boyer, L. (2013). Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test. *Dynamics*, 24(4), 36-41.
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., . . . Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective.(Case study). *BMC Health Services Research*, 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1690-1
- Lichtner, V., Dowding, D. et Closs, S. J. (2015). The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 15, 1-11. doi: 10.1186/s12911-015-0233-8
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A. et Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14(1), 138. doi: 10.1186/1471-2318-14-138
- Liu, J. Y. W. et Lai, C. K. Y. (2017). Implementation of observational pain management protocol for residents with dementia: a cluster- RCT. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3), e56-e63. doi: 10.1111/jgs.14763
- Manias, E., Bucknall, T. et Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751-769. doi: 10.1177/0193945904267699
- Manias, E., Gibson, S. J. et Finch, S. (2011). Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. *Pain Medicine*, 12(8), 1199-1215. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01181.x
- Mann, K., Gordon, J. et Macleod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health*

*Sciences Education : Theory and Practice*, 14(4), 595-621. doi:  
10.1007/s10459-007-9090-2

McGrath, D. et Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse Education in Practice*, 6(3), 175-181. doi:  
10.1016/j.nepr.2005.10.003

McMahon, M. A. et Dluhy, N. M. (2017). Ambiguity within nursing practice: an evolutionary concept analysis. *Research & Theory for Nursing Practice*, 31(1), 56-74. doi: 10.1891/1541-6577.31.1.56

Monroe, T. B., Parish, A. et Mion, L. C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.007

Nagels, M. (2010). L'analyse de l'activité infirmière: ses effets sur l'auto-efficacité collective de cadres formateurs confrontés au changement: Elsevier Masson SAS, Paris.

Nielsen, A., Stragnell, S. et Jester, P. (2007). Educational innovations. Guide for reflection using the clinical judgment model. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 513-516.

O'Connor, L. (2012). Critical care nurses' judgement of pain status: a case study design. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 215-223. doi:  
[10.1016/j.iccn.2012.01.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.004)

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD : collaboration interprofessionnelle. Montréal: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : cadre de référence*. Montréal: Auteur.

- Paré, G., Trudel, M.-C., Jaana, M. et Kitsiou, S. (2015). Synthesizing information systems knowledge: a typology of literature reviews. *Information & Management*, 52(2), 183-199. doi: [10.1016/j.im.2014.08.008](https://doi.org/10.1016/j.im.2014.08.008)
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 658-667. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04008.x
- 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. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01396.x
- Prkachin, K. M., Solomon, P. E. et Ross, J. (2007). Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 39(2), 88-106.
- Rababa, M. (2018). The association of nurses' assessment and certainty to pain management and outcomes for nursing home residents in Jordan. *Geriatric Nursing*, 39(1), 66-71. doi: [10.1016/j.gerinurse.2017.06.015](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015)
- Rolfe, G., Jasper, M. et Freshwater, D. (2011). *Critical reflection in practice: Generating knowledge for care*. (2<sup>e</sup> éd.). Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Schön, D. A. (2005). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Aldershot, Hants, England: Ashgate.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L. K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F. et Eefsting, J. A. (2007). Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment – an observational cohort study. *BMC Geriatrics*, 7(1), 3. doi: 10.1186/1471-2318-7-3

Société Alzheimer de l'Ontario. (2017). Qu'est-ce qu'un comportement réactif?

Repéré à <https://alzheimer.ca/fr/on/We-can-help/Resources/Shifting-Focus/What-are-responsive-behaviours>

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.

Tosato, M., Lukas, A., van der Roest, H. G., Danese, P., Antocicco, M., Finne-Soveri, H., . . . Onder, G. (2012). Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: results from the SHELTER study. *Pain*, 153(2), 305-310. doi: [10.1016/j.pain.2011.10.007](https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.007)

Wøien, H. et Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(3), 128-136. doi: 10.1016/j.iccn.2012.11.003

**Annexe A : Lignes directrices pour la rédaction de l'article**

## **L'infirmière clinicienne — Directives aux auteurs**

L'Infirmière clinicienne est une revue scientifique en ligne. Elle diffuse principalement les travaux des infirmières, qu'elles soient étudiantes, cliniciennes ou professeures. L'Infirmière clinicienne traite de sujets variés qui touchent la santé et les soins infirmiers. Les sujets présentés à la revue doivent être d'actualité et rigoureux sur le plan scientifique. Le manuscrit est rédigé selon une terminologie et un style appropriés à la réalité des soins infirmiers.

### **Exclusivité de publication**

Les manuscrits soumis à la revue doivent être inédits et ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Exceptionnellement, L'Infirmière clinicienne acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue. Par exemple, si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

### **Arbitrage des textes**

Lorsqu'un manuscrit est soumis à L'Infirmière clinicienne aux fins de publication, il est d'abord soumis à l'approbation du Comité de rédaction pour vérifier si le format ou style répond aux critères établis. Si le manuscrit respecte les normes de présentation, il est acheminé pour examen par les pairs, au moins deux réviseurs, spécialistes du sujet dont traite le texte. La révision rigoureuse de chaque manuscrit selon une procédure établie contribue à la qualité des textes publiés. Le processus d'évaluation est anonyme et aucun renseignement ne permet d'identifier l'auteur ou le réviseur.

Les réviseurs doivent fournir leur compte rendu dans un délai de quatre semaines. Les recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions, ou rejet du manuscrit) sont acheminées au Comité de rédaction qui prend une décision quant à la publication du texte. La rédactrice en chef informe l'auteur des évaluations des réviseurs. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteurs. Types de manuscrits acceptés pour publication.

Le processus complet d'arbitrage jusqu'à la publication du manuscrit sur le site de l'Infirmière clinicienne est d'environ 12 mois.

#### Coûts reliés à la publication pour les auteurs

L'infirmière clinicienne est une revue disponible gratuitement en ligne. Il va de soi que la publication d'un article scientifique représente des coûts importants pour la revue qui ne reçoit présentement aucun financement des universités du Québec ni d'aucun organisme subventionnaire. Les coûts de la revue sont associés à la gestion des articles (réponses aux auteurs, lecture des manuscrits, envoi à des réviseurs, suivi des corrections, mise en page et révision de l'ensemble du texte). Pour assurer la survie de cette revue gratuite et accessible sur le Web, nous devons maintenant exiger une part du coût de chaque article aux auteurs qui désirent publier. Nous demandons dorénavant aux auteurs un montant de 500 \$ pour couvrir une partie des frais de publication de chaque article. Cette somme sera exigée au moment où l'article sera accepté par les réviseurs.

#### Types de textes pouvant être présentés.

- L'article de fond

Le texte ne doit pas dépasser 15 à 20 pages excluant la liste de références, les figures, les tableaux, la page titre et le résumé.

- L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

- La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour. Elle apporte une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances. La revue des écrits doit présenter la méthodologie utilisée pour la revue des écrits.

- L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets



cliniques, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques. Cet article doit mettre en évidence ce que cela apporte de nouveau à la pratique infirmière.

- L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

- L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique, etc.

- L'article court

Le texte ne doit pas dépasser 8 à 10 pages excluant la liste de références, les figures, les tableaux, la page titre et le résumé.

- L'article court de recherche

Ce type d'article rapporte de façon succincte une recherche, une étude pilote, une étape d'une recherche de plus grande envergure ou encore des résultats préliminaires. Les résultats de recherche n'ont pas fait l'objet d'une publication antérieure. Le texte présente les différentes parties de la recherche, mais met l'accent sur les résultats et la discussion. Elle doit aussi souligner l'importance de cette recherche pour la pratique infirmière.

- Le compte-rendu critique/compte-rendu de colloque

Ce type d'article peut prendre différentes formes, mais présente une certaine critique de l'état actuel de la pratique et de la recherche en santé. Ce type d'article doit tenir compte des nouveautés et des écrits les plus récents et a pour but d'apporter des éléments nouveaux à la pratique infirmière et à la recherche en santé.

- Le compte-rendu clinique

Le compte rendu clinique traite d'une intervention clinique, d'une pratique ou nouveauté clinique ayant fait l'objet d'une évaluation ou d'une analyse rigoureuse. Le texte présenté doit apporter des éléments nouveaux à la pratique infirmière.

- La rubrique

La rubrique est un court texte (1 à 2 pages) qui fait état de son opinion sur un sujet qui touche la santé et les sciences infirmières. Il peut être fait sous forme de commentaires, réactions,

opinion, critique ou autre. Ce texte n'est pas soumis à un comité d'évaluation, mais sa pertinence est évaluée par le comité de direction.

#### Présentation du manuscrit

Le manuscrit doit être présenté en format électronique.

- Page titre

Mettre une page titre. Seule la page titre du manuscrit portera les indications permettant d'identifier les auteurs:

- Titre de l'article

Nom et prénoms de chaque auteur avec le dernier diplôme obtenu, titre administratif (infirmière, professeure, etc.) et l'affiliation professionnelle (nom de l'Université ou de l'établissement de santé).

Les coordonnées complètes de l'auteur auquel adresser toute correspondance (adresse, numéro de téléphone et de télécopieur, adresse électronique).

Aide financière reçue et remerciement.

- Résumé

Chaque article doit être accompagné d'un résumé en français d'un minimum de 200 mots et ne dépassant pas 250 mots. L'abrégé doit donner un aperçu de ce qui est traité dans l'article. Si c'est un article de recherche, le résumé devrait comprendre la problématique et le but, la méthode, les résultats, la discussion et les retombées de la recherche.

Nous demandons également un résumé en anglais (de 200 à 250 mots).

- Texte

Le texte doit être dactylographié à double interligne avec une police de type Arial 12 ou Times New Roman 12. Il ne faut pas ajouter de soulignement, ni de mot en italique, ni de caractère spécial dans le texte. La pagination et l'utilisation de marges de 1 pouce de chaque côté sont requises. Les sections du manuscrit doivent être clairement identifiées par un titre au centre de la page. Les sous-titres doivent être en italique et se retrouver à gauche de la page. Il ne faut pas mettre de notes de bas de page. Si vous devez mettre une définition ou une explication, mettre la note à la fin du texte.

- Références

Ajouter les références (auteurs consultés que vous nommez dans votre texte). Les références doivent être complètes et, dans la mesure du possible, elles sont récentes (moins de dix ans)

pour la majorité. Présenter les références selon les normes de la méthode APA (*Publication Manual of the American Psychological Association*, 6e édition). Elles doivent apparaître en ordre alphabétique, à double interligne à la suite du texte.

- Tableaux, figures, illustrations

Les figures, tableaux et illustrations sont présentés selon les normes prescrites par l'APA. Ajouter seulement les tableaux et schémas qui aident à la compréhension du texte. Les tableaux doivent comprendre des données pertinentes sans répéter le contenu du texte. Chaque tableau, figures ou illustrations est titré, numéroté et dactylographié sur une page à part à la fin de l'article. Les abréviations y sont exclues. Mettre tout au plus 5 tableaux, figures ou illustrations.

#### Envoyer un manuscrit

Vous devez faire parvenir un exemplaire du manuscrit complet, dans sa version électronique, accompagné d'une lettre indiquant le type de manuscrit que vous envoyez. Tous les documents doivent être adressés à la rédactrice en chef par courrier électronique à l'adresse suivante : [revue.inf.clinicienne@hotmail.ca](mailto:revue.inf.clinicienne@hotmail.ca)

- Documents à envoyer

Un exemplaire électronique des documents suivants :

- Lettre de présentation indiquant quel type d'article vous soumettez.
- Page titre incluant le nom de tous les auteurs, l'adresse de correspondance, remerciements.
- Manuscrit incluant :
  - Titre de l'article
  - Résumé (250 mots maximum)
  - Texte (8 à 10 pages pour l'article court et 15 à 20 pages pour l'article de fond)
  - Liste de références (APA, 6e édition)
  - Tableaux, figures, illustrations (APA, 6e édition)

## **Annexe B : Invitation à l'activité de réflexion guidée**

## **Activité réflexive guidée pour l'affinement du jugement clinique en contexte d'incertitude lors de la gestion de la douleur chez les personnes âgées**

---

*Activité gratuite pour infirmières*

*Dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières*

---

**RENCONTRES** : 3 séances avec un intervalle de deux semaines entre chaque rencontre

**DURÉE** : 1 heure par séance

**LIEU** :

*En CHSLD, la douleur affecte la plupart des résidents dont la majorité souffre souvent de troubles neurocognitifs (TNC). Ces troubles peuvent les empêcher d'autodéclarer leur douleur ce qui peut provoquer de l'incertitude chez l'infirmière et influencer son jugement clinique.*

**CIBLE** : Cette activité s'adresse aux infirmières travaillant en CHSLD qui désirent améliorer la qualité de leurs soins et la qualité de vie des résidents. Elle permettra de mieux comprendre l'impact des troubles cognitifs sur le jugement clinique des infirmières lors de la gestion de la douleur. Si vous souhaitez affiner votre jugement clinique, je vous invite fortement à participer.

### **OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE**

- Reconnaître l'impact du sentiment d'incertitude lors de la gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ne pouvant l'autodéclarer ;
- Comprendre comment dépister la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques, et ce, dans un contexte d'incertitude ;
- Reconnaître l'importance d'utiliser des outils d'évaluation pour guider le raisonnement clinique et affiner le jugement clinique dans ce contexte ;
- Comprendre comment établir un plan de traitement de la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques dans ce contexte.

**MÉTHODE PÉDAGOGIQUE** : Discussion de cas et approche réflexive en petits groupes. Mise en application guidée de l'évaluation de la douleur.

**HORAIRE** : Cette activité sera offerte sous la forme de trois rencontres en petit groupe durant les mois de novembre et décembre 2019.

Les séances se dérouleront dans votre milieu pendant des heures de travail selon les horaires suivants :

CHSLD [REDACTED]	Équipe Nuit/Jour	Équipe Jour/Soir
Séance n° 1 jeudi 14 nov. Séance n° 2 mardi 26 nov. Séance n° 3 mardi 10 déc.	7 h 30 à 8 h 30 Salle de formation	14 h 30 à 15 h 30 Salle de formation
CHSLD [REDACTED]	-	Équipe Jour
Séance n° 1 mercredi 13 nov. Séance n° 2 mercredi 27 nov. Séance n° 3 mercredi 11 déc.	-	9 h 30 à 10 h 30 Salle de conférence au sous-sol

**FORMATRICE** : H. Leticia Urrutia M. — Infirmière clinicienne et candidate à la maîtrise, *Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal.*

**SOUS LA SUPERVISION DE :**

Directrice de maîtrise : Anne Bourbonnais, Inf., Ph. D. — Professeure agrégée, *Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal.*

Personne-ressource : Samia Tomhé, Inf., M. Sc. Inf. — Conseillère-cadre à la DSI-SAPA Hébergement, [REDACTED]

**Du café et des biscuits seront offerts**

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me contacter et au plaisir de vous rencontrer,

**Leticia Urrutia M.**

*Courriel* : [hilca.leticia.urrutia.maluenda@umontreal.ca](mailto:hilca.leticia.urrutia.maluenda@umontreal.ca)

*Tél.* : [REDACTED]

## **Plan de l'activité de réflexion guidée**

**Séance n° 1 (60 minutes)** : Prise de conscience de l'impact que les troubles cognitifs peuvent avoir dans le jugement clinique infirmier sur la reconnaissance, l'évaluation et le traitement de la douleur et du sentiment d'incertitude comme élément déclencheur de la réflexion.

- Discussion d'un cas clinique complexe apporté par les participantes
- Réflexion guidée en petit groupe pour affiner le jugement clinique

**Séance n° 2 (60 minutes)** : Prise de conscience de l'utilisation des meilleures pratiques, tels que l'outil d'observation de la douleur dans le sentiment d'incertitude.

- Discussion d'un cas clinique complexe apporté par les participantes
- Réflexion guidée en petit groupe pour affiner le jugement clinique

**Séance n° 3 (60 minutes)** : Évaluer la douleur chez un résident directement dans l'unité de soins.

- Mise en application de l'évaluation de la douleur auprès d'un résident
- Réflexion guidée en petit groupe pour affiner le jugement clinique

### **Évaluation de l'appréciation de l'activité de réflexion guidée**

- Court questionnaire

**Veillez noter que les participantes à cette activité de réflexion guidée s'engagent au respect de la confidentialité, de la liberté d'expression et de la reconnaissance des différents styles d'apprentissages.**

## **Annexe C : Situation clinique**



## Situation clinique

---

### *M. Petitpas*

---

M. Petitpas, âgé de 72 ans, vit depuis 24 mois au CHSLD où je suis infirmière. Ancien médecin, il reçoit la visite de ses deux filles qui habitent à Montréal.

Il est atteint d'un TNC diagnostiqué depuis 7 ans et de la maladie de Parkinson depuis 10 ans. Il est désorienté dans le temps et l'espace. Il comprend les consignes simples. Pour exprimer ses besoins, il marmonne des mots qui sont difficilement compréhensibles. Il a besoin d'aide complète pour effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Il présente de l'incontinence urinaire et fécale.

M. Petitpas est généralement calme et souriant. Il passe la journée à la salle à manger et complète de mots croisés, bien qu'ils soient illisibles. Depuis trois jours, M. Petitpas passe la journée à marcher dans les corridors. Il ne veut plus s'asseoir à la salle à manger, il ne sourit pas et se frotte les mains. Il mange peu, mais il reste debout. Il dort bien la nuit.

Ce soir, il est tombé, mais il n'y a pas eu de conséquences à sa chute. M. Petitpas était trop fatigué, car il avait marché ou resté debout presque toute la journée ainsi il a été installé au lit où il s'endort. Ses signes vitaux sont normaux et stables.

Comme infirmière, je suis inconfortable avec la détérioration de M. Petitpas et je m'interroge sur l'interprétation à donner à ce changement de comportement.

**Annexe D : Grille d'évaluation de l'activité de réflexion guidée**

### ÉVALUATION DE LA FORMATION

**Titre de l'activité éducative : Activité réflexive guidée pour l'affinement du jugement clinique en contexte d'incertitude lors de la gestion de la douleur chez les personnes âgées**

**Date (s) : Novembre à décembre 2019**

<b>Les objectifs d'apprentissage</b>	<b>Maîtrise de l'objectif avant la formation (0 à 10)</b>	<b>Maîtrise de l'objectif après la formation (0 à 10)</b>
Reconnaître l'impact du sentiment d'incertitude lors de la gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs ne pouvant l'autodéclarer.		
Comprendre comment dépister la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques, et ce, dans un contexte d'incertitude.		
Reconnaître l'importance d'utiliser des outils d'évaluation pour guider le raisonnement clinique et affiner le jugement clinique dans ce contexte.		
Comprendre comment établir un plan de traitement de la douleur chez une personne âgée selon les meilleures pratiques dans ce contexte.		

Sur une échelle de 1 à 4, indiquez jusqu'à quel point les énoncés suivants sont vrais pour vous.

1 : Très incorrect	3 : Correct
2 : Incorrect	4 : Très correct

Adaptation de : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CHUM et McGill (2006). *Guide de gestion de la formation des organisations de santé de services sociaux*. Montréal

<b>L'approche pédagogique</b>					
Les contenus de l'activité éducative sont pertinents.	1	2	3	4	N/A
Les présentations des contenus ont favorisé mes apprentissages (PowerPoint, multimédia, audio, vidéo, etc.).	1	2	3	4	N/A
Les activités pédagogiques (exercices, discussion, études de cas, etc.) ont facilité mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
Il y a interaction entre les participantes pour au moins 25 % de la durée de l'activité.	1	2	3	4	N/A
Les échanges entre les participantes ont été utiles.	1	2	3	4	N/A
Le rythme de l'activité a été adéquat.	1	2	3	4	N/A
Le matériel pédagogique utilisé a été utile.	1	2	3	4	N/A
<b>Le formateur (conférencier, animateur, professeur)</b>					
Maîtrise le sujet enseigné.	1	2	3	4	N/A
A suscité mon intérêt.	1	2	3	4	N/A
A donné des explications compréhensibles.	1	2	3	4	N/A
A fourni des exemples éclairants.	1	2	3	4	N/A

A été à l'écoute des participantes.	1	2	3	4	N/A
<b>L'environnement</b>					
Les locaux et les équipements utilisés sont adéquats.	1	2	3	4	N/A
La composition du groupe est adéquate.	1	2	3	4	N/A
Le climat au sein du groupe a favorisé mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
L'horaire prévu a été respecté.	1	2	3	4	N/A
<b>L'évaluation globale</b>					
La formation que je viens de suivre sera très utile à mon travail.	1	2	3	4	N/A
L'activité respectait-elle le <i>Guide éthique de la formation continue de la Faculté des sciences infirmières</i> ? Oui ou non ? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Avez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative ? Oui ou non ? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Qu'est-ce qui a été le plus utile pour moi dans cette formation?					

Comment cette activité éducative pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour moi?
Autres commentaires